

Результаты: при введении кофеин-бензоата натрия животным контрольной группы наблюдается статистически достоверное увеличение АД на 46 % (по сравнению с исходным фоном). Введение раствора кофеин-бензоата натрия животным, которым предварительно был введен препарат сравнения гиприл-А, вызвала статистически достоверное повышение уровня АД на 16 %. В группе животных, которым предварительно был введен АМЛИД: после введения кофеин-бензоата натрия уровень АД увеличился на 17 %, что также является статистически достоверно ниже, чем в контроле.

Вывод: Исследуемый комбинированный препарат АМЛИД при однократном внутривенном введении крысам в дозе 4 мг/кг снижает уровень гипертензии на 21 % по сравнению с экспериментальной патологией, что по эффективности не уступает действию препарата сравнения Гиприла-А.

САМОАКТИВНЫЙ СУБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Олейник Е.А., Олейник А.А.

*Белгородский государственный университет
Белгород, Россия*

Ведущей жалобой у большинства больных с поясничным остеохондрозом является боль. Ликвидация болевого синдрома является одной из главных задач для данной категории больных, так как для пациента степень регресса болевого синдрома является первостепенным критерием в оценке эффективности и качества лечения. Поэтому наиболее точное определение степени выраженности болевого синдрома до, во время и после проведения реабилитационных медицинских мероприятий необходимо для установления динамики клинических проявлений и регистрации положительных сдвигов со стороны нарушений жизнедеятельности больного.

Учитывая данный факт, нашей целью стало - разработать простой, наглядный, удобный для количественного анализа, способ оценки выраженности болевого синдрома, при котором больной принимает самое активное участие.

Для оценки болевого синдрома нами разработан комбинированный метод оценки болевого синдрома, предусматривающий одновременное использование вербальной оценочной шкалы и визуальной аналоговой шкалы, который мы назвали самоактивным субъек-

тивно определяющим методом оценки выраженности болевого синдрома.

Способ заключается в том, что пациенту предлагается самому, по разработанной карте-шкале определить выраженности болевого синдрома, как при первичном осмотре, так и при выписке из стационара после проведенных медицинских реабилитационных мероприятий.

Разработанная карта - шкала представляет собой вертикальный отрезок прямой линии длиной 100 мм, начальная точка которой соответствует отсутствию боли – 0 мм, а конечная – невыносимым болевым ощущениям – 100 мм. Данная прямая разделена на 5 равных участков по 20 мм, которые соответствуют определенной степени выраженности болевого синдрома. Клинические проявления болевого синдрома описаны на каждом соответствующем участке. 1 участок - 80-100 мм. - резкая постоянная боль, заставляющая больного принимать вынужденное положение; 2 участок - 60-80 мм. - постоянная боль с периодическим усилением у находящегося в покое больного; 3 участок - 40-60 мм. - постоянная боль, усиливающаяся при движении больного; 4 участок - 20-40 мм. - умеренная боль, исчезающая самостоятельно в покое; 5 участок - 0-20 мм. – отсутствие боли или боль незначительного характера, возникающая после тяжелой работы или длительной физической нагрузки.

Первоначально больной выбирает порядковый участок вертикальной прямой соответствующий описанию присутствующей боли. Затем с целью большей детализации изображает выраженность боли, которую он испытывает во время обследования, в виде отметки на вертикальной линии на одном из 20 делений в пределах данного участка.

Окончательная оценка восприятия пациентом своих болевых ощущений производится врачом путем определения значения отметки в интервале от 0 до 100 мм.

Разработанная методика определения выраженности болевого синдрома использована при обследовании 455 больных поясничным остеохондрозом, из которых 238 согласились на хирургическое лечение. Полученные данные указывают, что большинство пациентов, которым была предпринята операция (184 человека, 77,3%) оценили степень выраженности болевого синдрома 40 – 60 мм., то есть как постоянную боль, усиливающуюся при движении. Этот уровень интенсивности болевого синдрома соответствовал неудовлетворительной оценке качества жизни, так как при интенсивности болевого синдрома в 20 – 40 мм. пациенты, как правило, были еще не согласны подвергнуться хирургич-

ческому лечению и отдавали предпочтение консервативным методам.

Достоинством предлагаемой методики является её простота, наглядность и удобство количественного анализа, что позволяет в дальнейшем проводить прогнозирование степени регресса болевого синдрома после планируемых медицинских мероприятий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Полянская И.А.

*Кемеровская государственная медицинская
академия
Кемерово, Россия*

Хронические неинфекционные заболевания, среди которых ведущую роль играют болезни системы кровообращения вполне обоснованно называются сегодня «болезнями цивилизации» и именно они определяют уровень заболеваемости, трудопотерю по болезни и смертности населения. Научной концепцией предупреждения хронических неинфекционных заболеваний стала концепция факторов риска. Большинство факторов риска поддается коррекции и представляют интерес для профилактики.

Одним из этапов профилактической работы является изучение распространенности факторов риска с целью оценки риска развития неинфекционной патологии. Кемеровской государственной медицинской академией совместно с Кемеровским областным центром медицинской профилактики в 2008-2009 г.г. был проведен социологический опрос жителей области. В опросе участвовало 980 кузбассовцев от 18 до 70 лет, 21,0±1,3% мужчин и 79,0±1,3% женщин.

В результате опроса выявлено, что 81,3±1,2% респондентов имеют 2 и более факторов риска, связанных с образом жизни.

При расчете индекса массы тела установлено, что избыточный вес имеют 28,7±1,4%, ожирение – 22,6±1,3%. При оценке физического состояния выявлено: 39,3±1,6% в основном сидят в течение дня. При оценке режима питания опрошенные ответили, что принимают пищу 1-2 раза в день – 21,9±1,3%, 3-4 раза в день – 68,6±1,5%, 5-6 раз в день – 9,5±0,9%. Каждый день употребляют мясо – 33,7±1,5%, рыбу – 6,7±0,8%, молочные продукты – 42,3±1,6%, хлебобулочные изделия – 71,9±1,4%, картофель – 45,3±1,6%, овощи – 45,1±1,6%, фрукты – 28,1±1,4% респондентов, вообще не употребляют молоко 13,3±1,1%.

78,0 ± 2,9 % мужчин и 17,1±1,3% женщин выкурили за свою жизнь более 100 сигарет, из них 69,7± 2,8% курят каждый день. У 9,7±1,8% стаж курения составляет 40-50 лет, у 14,1±2,08 – 30-39 лет, у 10,8±1,8% – 21-29 лет, у 17,6±2,2% – 15-20 лет, у 10,8±1,8% – 11-15 лет, у 25,5±2,6% – 5-10 лет, у 11,5±1,9% – до 5 лет. Хотят бросить курить 68,0±2,8%.

Абсолютно удовлетворены психологическим климатом в коллективе всего 32,6±1,5% респондентов, отношениями в семье – 46,8±1,6%.

Высокая распространенность факторов риска диктует необходимость разработки новых подходов к реализации профилактических мероприятий для различных групп населения с последующей оценкой эффективности.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Сабанчиева З.Ю., Бобровский И.Н.

*ГОУ ВПО Ставропольская государственная
медицинская академия
Ставрополь, Россия*

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются важнейшей медико-санитарной проблемой в связи с тяжелыми последствиями, влияющими на состояние здоровья населения, и, следовательно, являются одним из немногочисленных эпидемиологически значимым маркером, как общественного здоровья, так и эколого-эпидемической ситуации индивидуального здоровья в вопросах репродуктивного генезиса нации.

Целью нашего исследования было изучение заболеваемости в г. Ставрополе лиц молодого возраста от 14 до 20 лет в течение 1993-2009 годов. Сведения были получены путем выкапировки данных из статистических материалов Медицинского информационно-аналитического центра при Министерстве здравоохранения Ставропольского края (руководитель – д.м.н., профессор А.Д. Соломонов) и данных лечебно-профилактических учреждений г. Ставрополя ("Деятельность кожно-венерологических учреждений, за указанный промежуток времени, – формы 9 и 34").

При проведении анализа динамики заболеваемости сифилиса нами установлено, что к 2009г. наблюдается снижение уровня заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет более чем в 9 раза. А в возрастной группе 15-17 лет – в 8,4 раза, в группе 18-20 лет – в 1,47 раза.

Заболеваемость гонореей лиц молодого возраста показывает, что наблюдается сниже-