

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

Сабанчеева 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-

ние уровня заболеваемости во всех группах больных в 3,5 раза. Причем снижение в группе 0-14 лет - более чем в 9 раз, в группе 15-17 лет – в 8,4 раза, в группе 18-20 лет – в 5 раз за исследуемый период.

При изучении динамики заболеваемости трихомониазом выявлены колебания показателей. Так, на фоне общей тенденции к снижению заболеваемости этой нозологической формой в 1999 г. отмечается незначительный рост заболеваемости во всех возрастных группах больных. Однако надо отметить, что доля детей в заболеваемости этой нозологической формой с 1993 до 2009 г. постепенно снижается, в возрастной группе 0-14 лет - снизилась к 2009 г. в 1,7 раза, в группе 15-17 лет- 3,7 раза, в группе 18-20 лет- 3,7 раз.

В динамике заболеваемости хламидиозом в 1994 г. по сравнению с 1993 г. отмечалось значительное увеличение числа зарегистрированных больных, а к 2009 г. произошло резкое снижение заболеваемости. В структуре в 2008 г. заболеваемости этой нозологией доля 0-14-летних пациентов в своей возрастной группе составила 0,97%, что является наибольшим показателем за исследуемый период. В группе 15-17-летних подростков число зарегистрированных больных и доля в структуре заболеваемости также увеличились в 1994 г. С 1994 г. по 2009 г. в данных группах заболевших отмечается положительная динамика: снижение абсолютного числа больных, однако процентное соотношение в исследуемых возрастных группах осталось на уровне - 2,33% за прошедшие годы. В группе 18-20 лет также отмечался подъем заболеваемости в 1994, 1996 и 1997 гг.

Динамика заболеваемости урогенитальным герпесом носит неустойчивый и волнообразный характер. В 1994 г. по сравнению с предыдущим годом отмечается увеличение абсолютного числа зарегистрированных больных. Однако в исследуемых группах заболеваемость урогенитальным герпесом резко снизилась с 1,89% до 0,36% у 0-14-летних пациентов, с 4,34% до 1,46% у 15-17-летних и с 12,24% до 5,76% у 18-20-летних. В 1997 г. в группе 0-14 лет продолжилось снижение заболеваемости, но в группе 15-17 лет вновь произошло увеличение числа зарегистрированных больных до 2,68%, тоже в группе 18-20 лет - до 7,29%. В 1999 г. вновь отмечается подъем заболеваемости по всем возрастным группам, кроме группы 0-14 лет, где на фоне общего увеличения проявляется тенденция к снижению числа заболевших урогенитальным герпесом.

За период 1993 по 2009 гг. при общем снижении показателей заболеваемости ИППП практически не меняется соотношение возраст-

ных групп, оставаясь на уровне 3% для группы 15-17 лет и 9-10% – 18-20 лет.

Таким образом, на протяжении 15 лет с 1993 по 2009 гг., в г. Ставрополе отмечается положительная динамика уменьшения заболеваемости ИППП, среди лиц молодого возраста, соответствующая общей тенденции по РФ. Заметно снизились показатели по сифилису, гонорее, трихомониазом. Однако сохраняется нестабильная ситуация по хламидиозу, урогенитальному герпесу и аногенитальными бородавкам имеющая волнообразное течение.

ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Семенов В.Г., Бобровский И.Н.

*ГОУ ВПО Ставропольская государственная
медицинская академия
Ставрополь, Россия*

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу того, в известном числе случаев патология молодого возраста объясняется либо экологическими факторами, воздействующими на организм матери, либо наследственными аномалиями и заболеваниями соединительной ткани. Широкая распространенность дисплазий соединительной ткани среди лиц молодого возраста придает этой проблеме не только медицинскую, но и социальную значимость, ведь врожденные и/или наследственные дефекты соединительной ткани приводят к нарушениям жизненно важных функций организма, в осуществлении которых принимает собственно соединительная ткань.

По сведениям одних авторов, частота распространения ПМК среди населения различных стран, включая Россию, колеблется в пределах 3-10%. По мнению других авторов популяционная частота ПМК в зависимости от используемых критериев диагностики составляет от 1,8% до 3,8%, однако большинство авторов указывают на 10-15%.

Клиническая картина дисплазий соединительной ткани определяется собственно патологией фибриллина и коллагена (первичный генез) с развитием аневризм сосудов, нарушением микроциркуляции, дивертикулезом внутренних полых органов, спонтанными разрывами легких, нарушением нервной и эндокринной систем, повышенной фрагментарностью ДНК и формированием вторичных нарушений: легкостью присоединения инфекции, высокой вероятностью развития опухолей, вегетативными и неврологическими расстройствами,