

ния уровня спастичности. Операции проводятся в настоящее время как на различных уровнях центральной и периферической нервной системы, так и непосредственно на мышцах-«мишенях». В нейрохирургической практике применяется стереотаксические операции на определенных структурах головного мозга, электрическая стимуляция центров локомоторики в спинном мозге, задняя селективная ризотомия.

Анализ литературы показывает, что проблема коррекции постинсультной спастичности в течение многих лет занимает одно из важных мест в клинической практике.

### **ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СРЕЗА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Маль Г.С., Бочарова Ю.А.,  
Мунинова К.К.**

*Курский государственный медицинский университет*

При проведении фармакоэпидемиологического исследования кардиологических препаратов, используемых для лечения АГ и ИБС в условиях кардиологических стационаров МУЗ было обращено на потребительские свойства препаратов, степень их новизны, а также рассмотрены вопросы анализа потребления лекарственных препаратов кардиологических отделений.

Для изучения фармакоэпидемиологии основных групп гипотензивных препаратов у больных с артериальной гипертензией были использованы оригинальные вопросники, разработанные на кафедре клинической фармакологии ГОУ ВПО КГМУ Росздрава.

В опросе приняло участие 8,3% кардиологов и 91,7% участковых врачей-терапевтов, средний стаж опрошенных составил 16,1 лет. Опрошенные респонденты отмечали, что при АГ II степени в 13,7% случаев назначались следующие комбинации гипотензивных препаратов: «БАБ+диуретик» — 13,7%, «БРА+диуретик» — 6,25%, «и-АПФ+диуретик» — 45%, «и-АПФ+БКК» — 11,25%, «БАБ+и-АПФ» — 17,5%, «БАБ+БКК» — 6,25%; при АГ III степени использовались следующие комбинации: «БРА+диуретик+БКК» — 8%, «и-АПФ+диуретик+БКК» — 24,6%, «и-АПФ+диуретик+БАБ» — 49%, «диуретик+БАБ+БКК» — 18%.

Среди гипотензивных препаратов при лечении АГ в 50% случаев назначались и-АПФ, в 22% — диуретики, в 20% — БАБ, в 4% — БРА и в 4% — БКК.

Выявленные особенности гипотензивной терапии создают необходимость и возможность постоянного проведения образовательных программ для врачей — кардиологов и терапевтов муниципальных учреждений здравоохранения. Предложенные анкеты для оценки фармакоэпидемии рекомендуется использовать в работе врачей для оценки проводимых мер при лечении АГ.

Для повышения эффективности и снижения затратности при оказании медицинской помощи больным с АГ и ИБС целесообразно проводить динамический контроль за фармакоэпидемиологической ситуацией в регионе.

### **«ЦВЕТНЫЕ» СИМПТОМЫ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

**Михайленко О.А., Субботина В.Г.,  
Оленко Е.С., Екимова Н.В.,  
Локтинова А.В.**

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского Росздрава»,  
Саратов, Россия*

В практической медицине с древних времен для удобства распознавания и ясности симптомов их сравнивали с известными явлениями и цветами. Говоря о роли «цветных» симптомов в медицине, прежде всего имеют в виду симптомы, характеризующие кожные покровы при различных патологиях. Ярким примером является желтушное окрашивание склер и кожи. Так, гемолитическая желтуха сопровождается лимонно-желтым окрашиванием кожи, паренхиматозная — шафраново-желтым цветом с красноватым оттенком, механическая — темно-оливковым, зеленым. Многие заболевания сопровождаются побледнением кожи, оттенки которого весьма разнообразны. Например, ювенильный хлороз сопровождается алебастровой бледностью, В12-дефицитная анемия — восковидной, перламутровая — при нефротическом синдроме. Цвет кожи «кофе с молоком» сопровождается бактериальной эндакардит. При надпочечниковой недостаточности («бронзовая болезнь») наблюдается гиперпигментация в области ладоней, окружности сосков, белой линии живота. Тромбоцитопеническая пурпура сопровождается геморрагическими пятнами, при врожденной краснухе такое явление носит название симптома «черничной булки». Землесто-

серый оттенок кожи может быть проявлением как хронического лейкоза, так и рака желудка. Признаком митрального стеноза являются фиолетово-красные щеки. Эритремия сопровождается вишнево-красным (багровым) цветом кожи на лице, шее, кистях рук. Малиновая окраска языка, эритема ладоней наблюдается при циррозе печени, ярко-красный, блестящий «полированный» язык — при анемии Аддисона-Бирмера. При скарлатине развивается симптом «пылающего» зева. Симптом «кровавой росы» проявляется при снятии дифтеритических пленок. Симптом голубых склер (лептосклерия) — серовато-голубая окраска склер глазных яблок, признак синдрома Ван-Дер-Хуве, полициемии. Изменения цвета могут затрагивать не только кожные покровы и слизистые, но и физиологические выделения больных. Так, мокрота в виде «малинового желе» наблюдается при раке легкого, «стекловидная мокрота» — при атопических формах бронхиальной астмы, мокрота желто-зеленого цвета — при гнойных заболеваниях легких. Ржавый цвет мокроты — характерный признак крупозной пневмонии. Дегтеобразный стул (мелена) характерен для кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Стул в виде «болотной тины» или «лягушачьей икры» появляется при сальмонеллезе. Рвота «кофейной гущей» — при желудочных кровотечениях. Таким образом, невзирая на современные достижения медицины сегодня, все эти обозначения остаются в повседневной практике врача, и специалисты по данным характерным описаниям могут понять, о каком заболевании идет речь.

## **ОЦЕНКА ФАКТОРОВ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ**

**Ожева Р.Ш.**

*Медицинский институт  
ГБОУ ВПО «Майкопский  
государственный технологический  
университет»,  
Республика Адыгея, г. Майкоп*

Сегодня российское население, особенно детский и подростковый контингент, продолжает испытывать чрезмерные нагрузки и воздействие целого ряда агрессивных факторов, а также болезней, обусловленных экзогенными и эндогенными факторами, и их сочетанным влиянием. Количество детей, нуждающихся в медико-биологической и социальной адаптации, постоянно растет [1, 2, 5]. Вопрос о новых принципах

определения здоровья детей сегодня стоит достаточно остро [2]. Разработанное ранее и применяемое до настоящего времени в медицинских кругах и детских образовательных учреждениях понятие «группы здоровья», хотя и используется повсеместно, подвергается учеными и практиками серьезной критике.

### **Материал и методы исследования.**

Были проанализированы результаты диспансерного осмотра школьников, профосмотра детских дошкольных учреждений и неорганизованных детей. Всего обследовано 86748 на 01.01.10 г., в том числе дети до 14 лет — 69823, подростки — 16925. Оценка факторов риска проводилась на основе экспертиз, проведенных Роспотребнадзором по Республике Адыгея [6]. Оценка состояния здоровья детей и подростков проводилась по общепринятым методикам [3-5] в соответствие с периодизацией возраста [3].

В Республике Адыгея в 2009 г. уровень общей заболеваемости детей от 0 до 14 лет увеличился на 8,2% и составил 1267,5 случаев на 1000 детей (в 2008 г — 1163,8). Уровень общей заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет увеличился на 11,0% и составил 992,6 случаев на 1000 подростков республики (в 2008 г. — 883,3) (табл. 1).

У детей до 14 лет увеличение общего уровня заболеваемости произошло за счет следующих нозологических форм: болезни костно-мышечной системы — 1,2 раза, болезни кровеносной системы — 1,5 раза, болезни нервной системы — 1,2 раза, болезни органов пищеварения — 1,17 раза, травмы, отравления — 1,02 раза, болезни кожи и подкожной клетчатки — 1,1 раза.

У подростков в возрасте от 15 до 17 лет увеличение общего уровня заболеваемости произошло за счет таких нозологических форм, как болезни кровеносной системы — 1,3 раза, болезни нервной системы — 1,15 раза, болезни мочеполовой системы — 1,0 раза, болезни органов дыхания — 1,2 раза, болезни кожи и подкожной клетчатки — 1,6 раза, болезни органов пищеварения — 1,2 раза.

В структуре заболеваемости детей и подростков первое место занимают болезни органов дыхания (у детей от 0 до 14 лет — 53,6% от общего числа заболеваний и 42,1% у подростков).

Анализ результатов профилактических медицинских осмотров детей и подростков школьников показывает, что наиболее часто выявляемой патологией у детей является нарушения осанки — 10,2% от общего числа осмотренных детей, у 3,1% детей выявляется понижение остроты зрения. Распространенность данных патологий указывает на значительную роль факторов «школьной» среды на формирование