За каждый ответ так же давались баллы от 0 до 6:

0-2 балла - ваши суставы здоровы. 3-5 — у вас есть предрасположенность к развитию артроза. 6-8 — наблюдаются начальные признаки износа хрящей.	9-11 — умеренно выраженный артроз. 12-14 — развернутая стадия заболевания. 15-18 — далеко зашедший артроз.

Из 26 опрошенных 14 (54%) человек набрали 3-5 баллов и 12 (46%) человек в 0-2 балла. Т.о., у половины нормостеников обнаружена предрасположенность к развитию артроза.

Астеникам была предложен следующий вариант опроса:

1. Ознакомившись с вопросом или суждением, надо ответить «да» или «нет». 2. Считаете ли Вы, что внутренне напряжены? 3. Я часто так сильно во что-то погружен, что не могу заснуть. 4. Я чувствую себя легко ранимым. 5. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми. 6. Часто ли без особых причин у Вас возникает чувство безучастности и усталости? 7. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассматривают. 8. Часто ли Вас преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться? 9. Я довольно нервный. 10. Мне кажется, что меня никто не понимает. 11. Я довольно раздражительный. 12. Если бы против меня не были настроены, мои дела шли бы более успешно. 13. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности. 14. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует. 15. У меня были очень странные и необычные переживания. 16. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без видимых причин? 17. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно. 18. Легко ли изменить Ваше настроение? 19. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость. 20. Я хотел бы быть таким же счастливым, какими кажутся другие люди. 21. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.	22. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее? 23. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности? 24. Критика или выговор меня очень ранят. 25. Временами я бываю так беспокоен, что даже не могу усидеть на одном месте. 26. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей? 27. Я часто испытываю недовольство. 28. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы. 29. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться. 30. Большей частью я счастлив. 31. Я недостаточно уверен в себе. 32. Иногда я кажусь себе действительно никчемным. 33. Часто я чувствую себя просто скверно. 34. Я много копаюсь в себе. 35. Я страдаю от чувства неполноценности. 36. Иногда у меня все болит. 37. У меня бывает гнетущее состояние. 38. У меня что-то с нервами. 39. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве. 40. Самая тяжелая борьба для меня - это борьба с самим собой. 41. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?

За положительный вариант давался 1 балл, за отрицательный – 0. Если сумма баллов больше 24 – то выражена склонность к неврозам.

Из 7 испытуемых только 1 (14%) набрал 26 баллов, 2 (29%) человека набрали по 21 и 23 балла, у остальных ниже 20 (57%). Т.о., у трех (43%) выявлена склонность к неврозам.

Т.о., на основании проведенных нами исследований было выявлено преобладание гиперстенического конституционального типа над остальными. Так же результаты второго этапа исследования показали, что, действительно, у каждого типа конституции имеется предрасположенность к определенному виду заболевания. Эти тесты нельзя считать диагностическими, но они могут служить первым толчком для необходимого дальнейшего обследования. Всем испытуемым с выявленными предрасположенностями были даны определенные рекомендации и советы обратиться к врачу. Мы считаем, что данные тесты, помогут без особых усилий и большой траты времени, дать рекомендации человеку относительно его здоровья и образа жизни, в соответствии с тем конституциональным типом, к которому он относится.

Список литературы

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин // М.: Наука, 1980. 196 с.
2. Клиорин А.И. Биологические проблемы учения о конституциях человека / А.И. Клиорин, В.П. Чтецов // Ленинград: Наука, 1979. 164 с.
3. Никитюк Б. А. Конституция человека / Б.А.Никитюк // Итоги науки и техники. ВИНИТИ. Сер. Антропология. 1991. № 4. 149 с.
4. Патологическая физиология / В.А. Фролов [и др.]. М.: ИД «Высшее Образование и Наука», 2012. С. 53.
5. Патофизиология: учебник в 2 т. / под. ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 5е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т 1. С. 290-293.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Раскина Е.А., Макеева А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, ek-raskina@mail.ru

Ведущей причиной смертности в большинстве стран современного мира остаются заболевания сердечно-сосудистой системы. Доля умерших от болезней кровообращения в структуре смертности населения от всех причин в Российской Федерации составляет 55,9%, в станах Европы – 47% [1]. Высокая смертность от сердечных патологий обусловлена широкой распространенностью артериальной гипертонии (АГ), которая является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и составляет 43,5% по результатам эпидемиологического исследования регионов РФ, проведенного за 2012-2014 годы.

Согласно рекомендациям Российского медицинского общества по АГ 2013 года и Европейского кардиологического общества 2013 года, наряду с АГ факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений являются такие факторы, как курение, низкая физическая активность, нарушение углеводного обмена, дислипидемия, ожирение, отягощенный наследственный анамнез ССЗ [2, 3].

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости факторов риска ССЗ среди пациентов с АГ в зависимости от возраста больного, а также оценка распространенности нарушений углеводного и липидного обмена у данной категории пациентов.

Исследование проводилось путем анализа данных 356 медицинских карт стационарных больных с АГ в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст - 48,6 ± 10,6 года), получавших лечение в условиях городской клинической больницы № 17 города Воронежа с января по декабрь 2014 года. Из них мужчины составили 45,8 % (163 человека) и женщины - (193 человека) 54,2 %. Анализировались данные анамнеза, физикального обследования, лабораторные показатели, результаты инструментальных методов исследования.

При изучении записей в медицинской документации пациентов с АГ выясняли наличие таких значимых факторов риска ССЗ, как курение, возрастной фактор, половая принадлежность, ожирение, дислипидемия, сахарный диабет.

Факторы риска ССЗ оценивались в соответствии с рекомендациями экспертов Российского медицинского общества по АГ (2013 год).

Курящими признавались лица, выкуривающие больше одной сигареты или папиросы в день. По данным классификации ВОЗ, ожирением считали превышение индекса массы тела (ИМТ) более 29,9 кг/м2, рассчитанного по формуле: отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Повышение уровня липидов оценивали в соответствии с Европейскими рекомендациями по коррекции нарушений липидного обмена (2011) и Российскими рекомендациями V пересмотра (2012).

Гиперхолестеринемию (ГХС) диагностировали при превышении общего холестерина в крови более 5 ммоль/л, гипертриглицеридемию - при значениях триглицеридов (ГТГ) выше 1,7 ммоль/л, низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) определяли по снижению концентрации ниже 1,1 ммоль/л у мужчин и 1,3 ммоль/л у женщин. Гипергликемию оценивали при превышении глюкозы в плазме венозной крови натощак выше 6,1 ммоль/л.

Для оценки распространенности факторов риска ССЗ среди больных с АГ среди пациентов были выделены четыре группы. В первую группу вошли пациенты в возрасте от 31 до 45 лет, вторую группу составили больные в возрасте от 45 до 55 лет, третью группу – мужчины и женщины в возрасте от 55 до 65 лет, четвертую – пациенты в возрасте от 65 лет и старше.

Анализ данных медицинских карт стационарных больных с АГ по возрастным группам показал, что распространенность АГ статистически значимо увеличивается с возрастом от 5,3 % у 31- 44-летних пациентов до 36,5 % в возрастной группе старше 64 лет. Доля встречаемости АГ среди мужчин в возрастной группе моложе 50 лет значительно превышала таковую у женщин и составляла 74,1%. А в старших возрастных группах увеличивается распространенность АГ у женщин, так среди больных женского пола в возрасте 55-54 лет этот показатель достигал 61,7%, в возрасте старше 65 лет – 57,5%. Наиболее высокая распространенность АГ у женщин после 50 лет, вероятно, обусловлена дефицитом эстрогенов.

Исследование модифицированных факторов риска АГ показало, что доля курящих мужчин составила 18,8%, встречаемость курения среди женщин - 1,4%. Курение среди пациентов с АГ достоверно чаще встречалось среди мужчин (41,3%) по сравнению с женщинами, что указывает на высокую его значимость у мужчин как фактора риска АГ.

Анализ антропометрических показателей выявил наибольшую частоту встречаемости ожирения среди пациентов с АГ старших возрастных групп. Ожирение наблюдалось у 17,3% больных в возрасте 55 – 64 лет и у 19,6% исследуемых в возрасте старше 65 лет.

При исследовании спектра липидов крови дислипидемия в виде низкого уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, высоких значений триглицеридов и общего холестерина крови была достоверно наибольшей у больных с АГ старших возрастных групп. Дислипидемия достоверно чаще обнаруживалась у 28,7% пациентов в возрасте 55-64 лет и 36,5% больных в группе старше 65 лет. Выявлено значительное преобладание распространенности дислипидемии у пациентов женского пола старшего возраста и у мужчин моложе 50 лет.

Известно, что одним из значимых факторов риска развития АГ является наличие сахарного диабета [4]. Наиболее высокая частота распространенности сахарного диабета зарегистрирована в группе больных с АГ старше 65 лет.

Данные проведенных исследований свидетельствуют о сравнительно высокой частоте встречаемости таких факторов риска ССЗ, как нарушения углеводного и жирового обмена, курения, дислипидемии у больных с АГ. Проведение профилактических мероприятий, таких как·разъяснительные беседы о вреде курения, необходимости соблюдения диеты, пропаганда занятий физкультурой и спортом способствуют уменьшению развития сердечно-сосудистых осложнений.

Список литературы

1. Чазова И.Е. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией / И.Е. Чазова, Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. [и др.] // Кардиология. 2014. № 10. С. 4-13.

2. Чазова И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. (Клинические рекомендации) / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова // Кардиологический вестник. 2015. № 1. С. 3-30.

3. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013 / Giuseppe Mancia [et al.] // Российский кардиологический журнал. 2014. № 1 (105). С. 7-94.

4. Перфильева М.В. Влияние некоторых этиологических факторов на риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы в различных возрастных группах /, А.В. Макеева, Е.А. Раскина [и др.] // Тезисы Российского национального конгресса кардиологов. 2015. С. 497-498.

МОНИТОРИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Решетина Н.В., Конобеевская Г.И., Лидохова О.В.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронеж, Россия, natalia_reshetina@mail.ru

В настоящее время, согласно статистическим данным, более миллиона российских детей страдают различными нарушениями зрения – близорукостью, дальнозоркостью, спазмом аккомодации и другими заболеваниями глаз. По данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре заболеваемости детей болезни глаза и его придаточного аппарата занимают пятое ранговое место. Согласно медицинским осмотрам, снижение остроты зрения наблюдается у 8% детей дошкольного возраста и более чем у 20% школьников, причём число детей с нарушениями зрения при обучении в школе постоянно увеличивается [1, 2]. Сниженное зрение во многом влияет на работоспособность, развитие ведущих физиологических систем организма ребёнка, качество обучения, восприятия и осмысления детьми окружающего мира.

Целью нашего исследования явилось определение факторов, влияющих на ухудшение зрения у школьников. Исследования проводились в МБОУ СОШ № 2 города Моршанска Тамбовской области.

В результате изучения медицинских карт учащихся выяснилось, что в школе с числом обучающихся 608, численность детей с различной патологией зрения составила 78 учащихся. Школьникам, имеющим нарушения зрения (по данным медицинских карт) было предложено пройти анкетирование. В ходе анкетирования (67 учащихся) установлено, что в школу