

ния по антропометрическим признакам, произведена оценка структурных особенностей регионального генофонда. Результаты анализа матрицы генетических расстояний свидетельствуют о доминирующем влиянии генетических факторов на межгрупповую антропометрическую изменчивость. Доказывается, что определяющую роль в формировании современной структуры генофонда региона играла миграционная активность; изоляция расстоянием и дрейф генов не оказали существенного влияния на межпопуляционную дифференциацию. Территориальная структура генофонда, характеризующаяся мозаичностью и наличием резких контрастов, представляется неустойчивой в микроэволюционном отношении. Неустойчивостью характеризуется и этническая компонента структуры генофонда – на это указывает несоответствие генетических расстояний между основными этническими группами, населяющими регион, современным паттернам потока генов, исследованным по данным о национальной самоидентификации призывников и их родителей. Рассмотрена проблема влияния аутбридинга на телосложение; дана генетическая интерпретация морфологических различий между представителями смешанных и несмешанных этнических групп.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ЭНДОБРОНХИТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Яковлева Л.П., Гаврильев С.С., Корнилов А.А.
Якутский научно-исследовательский институт
туберкулеза Министерства здравоохранения
Республики Саха (Якутия), Якутск

Актуальность проблемы. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения больных легочным туберкулезом является сопутствующая бронхиальная патология, в частности, гнойный эндобронхит. Снижение эффективности, удлинение сроков лечения, частота обострений у данного контингента больных представляют эпидемиологическую и социально-экономическую проблему. Таким образом, актуальность разработки методов лечения гнойных эндобронхитов у больных туберкулезом легких несомненна. В связи с высокой эффективностью, практическим отсутствием побочных воздействий на организм и экономичностью во многих отраслях медицины нашли применение методы местной и общей озонотерапии. Целью данной работы явилась оценка клинической эффективности использования озона в лечении сопутствующего гнойного эндобронхита у больных туберкулезом легких. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 58 больных туберкулезом легких с сопутствующим гнойным эндобронхитом в возрасте 18-59 лет. Мужчин было 39 (67,2%), женщин - 19 (32,8%). При фибробронхоскопии в 44 случаях (75,9%) диагностирован дренажный гнойный эндобронхит крупных бронхов, в 14 случаях (24,1%) - одно- и двухсторонний гнойный эндобронхит. 31 пациенту основной группы на фоне противотуберкулезного лечения проводилась озонотерапия в виде внутривенных капельных инфузий 200

мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1-2 мг/л. Курс лечения состоял из 10-30 процедур, проводившихся еженедельно. 27 больным контрольной группы лечение сопутствующего эндобронхита проводилось антибиотиками широкого спектра действия (ШСД). При анализе результатов проведенного лечения оценивались сроки исчезновения симптомов интоксикации и нормализации гемограммы, частота и сроки излечения ГЭБ, подтвержденного бронхологическим исследованием. Результаты исследования и их обсуждение. У больных, получавших кроме противотуберкулезного лечения озонотерапию, клинические симптомы интоксикации и патологические изменения в периферической крови перестали определяться в сроки (через 63,3±5,2 и 78,8±4,3 дней соответственно), достоверно меньшие, чем при проведении лечения ПТП и антибиотиками ШСД (через 76,4±6,2 и 94,6±4,1 дня соответственно). В основной группе излечение ГЭБ наступило в 95,3% случаев, в то время как в контрольной - в 44,4% ($p<0,05$). При этом через 4 мес после начала проведения озонотерапии положительный результат достигнут у 48,4% больных основной группы, в контрольной группе к этому времени ГЭБ перестал определяться лишь в 11,1% случаев ($p<0,05$). Побочных эффектов и осложнений при внутривенных инфузиях ОФР не наблюдалось. Таким образом, проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность озонотерапии гнойного эндобронхита у больных туберкулезом легких.

АРТРАЛГИИ – ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПОДРОСТКОВ

Янышева А.В., Маслова Е.С., Домбовская М.А.,
Зыков П.Л.
МУЗ Поликлиника №1, Иркутск

Главное управление общего и профессионального образования администрации Иркутской области, Россия

Вопросы охраны здоровья подростков и молодежи являются приоритетными направлениями в организации муниципального здравоохранения. Анализ заболеваемости обучающихся подростков выявляет тенденцию к росту заболеваемости практически по всем классам болезней, особенно по заболеваниям костно-мышечной системы. По данным поликлиники № 1, темп прироста заболеваемости по болезням костно-мышечной системы в 2003 году составил 9,8%. В связи с интенсификацией учебного процесса и преобладанием гиподинамии в поведенческих стереотипах, у большинства подростков регистрируются такие признаки и симптомы как плоскостопие, сколиоз, боли в нижней части спины и др. Однако, наиболее частым признаком, характеризующим патологию опорно-двигательного аппарата у молодежи являются боли в суставах.

Целью настоящего исследования явился анализ, направленный на оценку частоты распространенности и характеристики артралгий у подростков 15-18 лет,

обучающихся в системе начального профобразования (НПО).

При сплошном обследовании 179 подростков, 68% (122 человека) предъявляли жалобы на боли в суставах в анамнезе или на момент осмотра. По характеристике артралгий – у 6,6% (8 подростков) боли в суставах были постоянными, а у 93,4% (114 человек) носили преходящий характер. Продолжительность болевого синдрома у 68% (83 человека) составляла от 30 минут до 3 часов в сутки, у 23,8% (29 человек) боли в суставах длились от 10 дней до 1 месяца, 8,2 % (10 человек) отмечали длительные (до 6 месяцев) артралгии.

Дебют болевого синдрома у 57,4 % опрошенных (70 человек) приходился на возраст 15 – 18 лет, у 33,6 % подростков боли дебютировали с 12 до 14 лет. В единичных случаях болевой синдром со стороны суставов начинался в возрасте до 10 лет.

У 78% опрошенных наблюдались полиартралгии, в 22% подростки жаловались на боли в одном суставе, чаще такие артралгии были связаны с травмами.

Анализ характеристики болевого синдрома по локализации определил следующие ранговые места. На первом месте по частоте локализации болей в суставах у подростков стоят артралгии в тазобедренных суставах и нижней части спины – 31,1% (38 человек). На втором месте – 30,3% (37 человек) – боли в локтевых суставах. Третье место в одинаковом проценте случаев – (20%) - разделили боли в коленных и мелких суставах кистей. Значительно реже наблюдались

другие локализации артралгий - плечевые, голеностопные, лучезапястные суставы.

Важным моментом исследования явилось изучение причинно-следственного фактора возникновения болей в суставах. 35,2% (43 подростка) указывали на связь артралгий с метеочувствительностью. Столько же подростков отмечали появление болей после переохлаждения. Влияние инфекционных агентов (повышение температуры тела, клинические признаки носоглоточной инфекции, герпес и др) на развитие болей в суставах отмечено у 38,4% (47 человек). Необходимо отметить высокий процент корреляции болевого синдрома с травмами нижних конечностей – растяжением связок и подвывихами (65,4%). Однако, преобладающее большинство опрошенных - 80,3% (98 человек) связывали возникновение артралгий с физическими нагрузками.

Таким образом, анализ частоты и характеристики артралгий у подростков, обучающихся в системе НПО показывает высокую распространенность данного признака, полиартикулярность поражения, высокую корреляцию артралгий с травмами и физическими нагрузками. В связи с этим, приоритетными направлениями развития здоровьесберегающих технологий среди обучающихся подростков должны стать программы, направленные на совершенствование физического развития и углубление физической подготовки.

Влияние артралгий на экспертизу профпригодности и качество жизни подростков должно стать целью дальнейших исследований.

Научное студенческое сообщество и современность. Медико-биологические науки

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА БЕЛГОРОДА

Акинина Д.В., Присный А.А.

*Белгородский государственный университет,
Белгород*

В последнее десятилетие произошло резкое ухудшение здоровья детского населения нашей страны, что объясняют возросшим экосоциальным неблагополучием, падением уровня жизни, недостаточностью полноценного сбалансированного питания в семье и школе и другими факторами.

У детей констатируют дефицит массы тела, падение уровня физиометрических параметров, возникновение хронических заболеваний, нарушение состояния сердечно-сосудистой системы. Это вызывает необходимость изучения особенностей растущего организма на разных этапах его развития (1).

В настоящее время одной из актуальных проблем, требующих пристального внимания, является изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы в период полового созревания. Именно в этом возрастном периоде происходят интенсивные изменения всей сердечно-сосудистой сис-

темы, характеризующиеся опережающими морфологическими перестройками сердца, крупных сосудов и микроциркуляции (2).

Целью нашего исследования было изучение функциональных показателей сердечно-сосудистой системы подростков, обучающихся в средних учебных заведениях города Белгорода.

В экспериментальных исследованиях участвовали 112 школьников 11-13 лет, учащиеся шестых-восьмых классов гимназии № 2 города Белгорода. Среди них было 59 девочек и 53 мальчика. У всех испытуемых одновременно регистрировались частота сердечных сокращений (пальпаторно), систолическое и диастолическое артериальное давление (аускультативным методом Короткова), систолический объем крови, минутный объем кровообращения и работа сердца (расчетным методом), соматометрические показатели.

Анализ показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы показал закономерное увеличение с возрастом величины систолического и диастолического давления, параллельно с нарастанием продольных размеров и массы тела. Резкий скачок систолического давления наблюдается у мальчиков 1990 года рождения (таблица 1).