2. Анкирская А.С. Сравнительная характеристика состояния микроэкологии влагалища у женщин репродуктивного возраста и в постменопаузе / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева, В.Е. Балан, Ж.Т. Есефидзе // Проблемы репродукции, 2007. – № 2. – С. 98–103.
3. Гранитов, В.М. Хламидиозы. М., 2000. - 83 с.
4. Кира Е.Ф. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщин (обзор литературы) / Е.Ф. Кира, С.З. Муслимова // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 8–14.
5. Козлова В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер // Рук-во для врачей. – М.: Изд-во «Триада – Х», 2003. - 439 с.
6. Мельников В.А. Возможность прогнозирования и предупреждения осложнений первого триместра беременности на основании состояния биоценоза влагалища / В.А. Мельников, Н.В. Лазарева, О.В. Тюмина // Медицинский альманах. 2009. – № 4 (9). – С. 50–52.
7. Рагчаа, Дашрэнчин Обоснование рациональной терапии заболеваний урогенитального тракта, ассоциированных с уремикоплазмами/ дисс. кан. мед. наук, - Иркутск, 2007. 123с.
8. Рар В.А. Изучение распределения двух видов уреоплазм и определение уровня колонизации инфицированных уреоплазмами женщин с различными клиническими симптомами. / В.А. Рар, Т.Г. Максимова, Е.Г. Ремпель и др // Сборник статей. Технологии генодиагностики в практическом здравоохранении. – М. – 2002. – С. 180–185.
9. Рудакова Е.Б., Папилломавирусная инфекция и влагалищный микробиоценоз // Лечащий врач выпуск, www.lvrach.ru/2012/03/15435374.
10. Савичева, А.М. Лабораторная диагностика и терапия репродуктивно значимых инфекций / А.М. Савичева // Лечащий врач. 2008. - № 3. — С. 50-56.
11. Тихомиров А.Л. Сохранение репродуктивного здоровья женщины после искусственного прерывания беременности. / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Вопрос гинекологии, акушерству и перинатологии 2005; 4: 93–97.

Кузьмин С.А., Боев М.В., Григорьева Л.К., Солодовников В.В., Боев В.А.
Результаты оценки состояния здоровья граждан, поступающих на военную службу по контракту (на примере Оренбургской области)

*Оренбургский государственный медицинский университет
(Россия, Оренбург)*

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-05

idsp: 000001:lj-30-09-2017-05

В условиях перехода Вооруженных Сил Российской Федерации на профессиональную основу вопросы качественного обследования, медицинского освидетельствования и отбора граждан, поступающих на военную службу по контракту, приобретает все более актуальное значение.

Успех набора граждан на военную службу по контракту в существенной степени зависит от показателей состояния их здоровья, физического развития, физической подготовленности, а также медико-социальных характеристик и качества жизни.

Цель исследования: провести оценку состояния здоровья граждан, поступающих на военную службу по контракту (на примере Оренбургской области) за десятилетний период с 2006 по 2015 г.г.

Материалы и методы: настоящее исследование проводилось на базе Федерального казенного учреждения «Военный комиссариат Оренбургской области» Минобороны России. Были изучены учетные и отчетные документы на граждан, призываемых на военную службу, в период окончательного медицинского освидетельствования перед заключением контракта на прохождение военной службы.

Результаты и обсуждения: в соответствии с Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе», контракт о прохождении военной службы заключается с гражданами в возрасте от 18 до 40 лет.

Нами проведено анонимного анкетирования путем случайной выборки 850 граждан, изъявивших желание добровольно поступить на военную службу по контракту. Результаты анкетирования показали, что возрастной состав респондентов характеризовался преобладанием лиц в возрасте от 19 до 25 лет, доля которых равнялась

– 72%, лиц в возрасте от 26 до 30 лет было – 20,4%, а лиц в возрасте от 31 до 40 лет – 7,6%. Таким образом, 92,4% граждан поступающих на военную службу по контракту составили молодые люди в возрасте от 19 до 30 лет. Все граждане ранее прошли военную службу по призыву.

Проводя анализ результатов медицинского освидетельствования граждан поступающих на военную службу по контракту, нами было установлено, что доля граждан с категорией годности к военной службе «А» – годен к военной службе за изучаемый период составила от 74,1% (минимальный показатель) в 2008 году до 86,4% (максимальный показатель) в 2006 году, а категория годности «Б» – годен к военной службе с незначительными ограничениями, соответственно от 12,7% до 25,3%. На долю других категорий годности к военной службе приходилось незначительное количество граждан, они не подлежат отбору на военную службу по контракту.

Не менее важную роль играет самооценка гражданами своего состояния здоровья. При анонимном анкетировании субъективная оценка собственного здоровья респондентов была следующей: 99,4% будущих контрактников считали себя практически здоровыми, только 0,1% опрошенных лиц считали себя не полностью здоровыми и 0,5% затруднились дать какой либо ответ на поставленный вопрос. Редко болели простудными заболеваниями 80,8% респондентов, около 0,4% изучаемых граждан болели простудными заболеваниями 3 и более раз в год. Имели какие-либо хронические заболевания, находящиеся в стадии стойкой ремиссии, менее 0,5% будущих контрактников. По результатам опроса у 21,7% граждан были ранее небольшие оперативные вмешательства.

При анализе субъективной оценки состояния здоровья будущих военнослужащих – контрактников, полученной при помощи опросника MOS SF – 36, установлено, что преобладали мужчины с оценкой своего состояния здоровья «отличное» – 62,2%. Число молодых людей, оценивших свое здоровье как «очень хорошее» и «хорошее» было примерно одинаково и составило 20,0% и 17,6% соответственно. В то же время число мужчин, оценивших состояние своего здоровья на «посредственное» было незначительным и составило всего лишь 0,2%.

Следующей задачей нашей работы являлось определение антропометрических данных и физической подготовленности у 350 граждан мужского пола. Наибольшее количество исследуемых лиц имели рост от 170 до 179 см, их доля составила – 56,86%; 2 место занимали мужчины с ростом от 180 до 189 см – 23,14%; 3 место граждане с ростом от 160 до 169 см – 18,57%; наименьшее количество составили будущие контрактники с ростом выше 190 см – 1,43% от принявших участие в проводимом исследовании.

Изучив соотношение роста и массы тела (индекс массы тела) было установлено, что 58% граждан имели нормальное соотношение роста и массы тела; 29,4% – повышенное питание; 5,4% – ожирение 1 степени; 4,9% – пониженное питание; 1,7% – ожирение 2 степени; 0,6% – недостаточность питания.

На следующем этапе нашего исследования была проверена физическая подготовленность у исследуемой категории граждан, которая оценивается по результатам и условиям выполнения упражнений на выносливость, силу и быстроту.

При оценке результатов физической подготовленности (выполнения минимальных требований по 3 упражнениям) были получены следующие результаты: дистанцию 1000 метров с необходимым результатом пробежали только 82% испытуемых, а норматив по подтягиванию на перекладине и бегу на 100 метров выполнили 99,7% граждан, поступающих на военную службу по контракту.

В ходе нашего исследования были изучены морально-деловые качества у данных граждан методом тестирования на познавательные способности и нервно-психическую устойчивость. Получены следующие результаты: познавательные способности от 1 до 4 баллов имели 1,2 % исследуемых; познавательные способности на 5 баллов – 5,8 %;

познавательные способности на 6 баллов – 26,1%; познавательные способности на 7 баллов – 30,6%; познавательные способности на 8 баллов – 26,3%; познавательные способности на 9 баллов – 9,1%; познавательные способности на 10 баллов – 0,6%.

Среди тестируемых было следующее распределение с учетом уровня нервно-психической устойчивости: от 1 до 4 баллов – 0%; 5 баллов – 1,9%; 6 баллов – 6,3%; 7 баллов – 16,5%; 8 баллов – 26,7%; 9 баллов – 31,1%; 10 баллов – 17,5%.

Таким образом, в результате исследования дана комплексная оценка состоянию здоровья будущих военнослужащих контрактной службы, включая интегральный показатель – категорию годности к военной службе по состоянию здоровья, физическое развитие, физическую подготовленность, уровень познавательной способности и нервно-психической устойчивости. В Оренбургской области имеется достаточный ресурс граждан, которые могут рассматриваться в качестве кандидатов для поступления на военную службу по контракту в ВС РФ. Для успешного выполнения задач, возложенных на армию и военно-морской флот, необходимо отбирать граждан с высоким уровнем состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности.

1. Ворона А.А. Влияние состояния здоровья военнослужащих на сплоченность воинских подразделений. // Военно-медицинский журнал. - №5., 2011. - С. 16 – 19.
2. Диденко И.В. Психофизиологические и психологические особенности адаптации военнослужащих на различных этапах служебно-боевой деятельности: Автореф. дис... канд. психол. наук. - Ростов-на-Дону, 2007. - 19 с.
3. Закурдаев В.В., Резванцев М.В. Обоснование и поиск индикаторов здоровья населения и военнослужащих. // Военно-медицинский журнал. - №9., 2014. – С. 19 – 25.
4. Крюков Н.Н., Качковский М.А. Методологические аспекты оценки качества жизни военнослужащих. // Военно-медицинский журнал. - №4, 2005. - С. 8 – 9.

Маль Г.С., Арфина М.В.

Изучение влияния фармакологической коррекции статинами на морфометрические показатели у больных ИБС

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Россия, Курск)*

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-06

idsp: 000001:lj-30-09-2017-06

Аннотация

В статье отражены результаты проведенного изучения морфометрических показателей (толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий), позволивших оценивать эффективность фармакологической коррекции гиперлипидемии.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, ИБС, комплекс интима-медиа.

Наиболее эффективным гиполипидемическим препаратом служит розувастатин – препарат IV генерации. В исследованиях STELLAR (2003), SOLAR (2007), COMPELL (2006), MERCURY (2006), ORION (2008), JUPITER (2008), LUNAR (2012) доказано, что розувастатин значительно превосходит другие статины по своему гиполипидемическому эффекту. ХС ЛНП на фоне терапии снижается на 52–63% для доз 10 и 40 мг соответственно [2].

У пациентов ИБС, включенных в исследование, на амбулаторном этапе толщина КИМ не превышала 1,5 мм и соответствовала $1,2 \pm 0,04$ мм.

Анализ изменений толщины КИМ при приеме розувастатина 10 мг/сут. у больных ИБС с изолированной гиперхолестеринемией (ГХС) показал регресс толщины КИМ на 9%, а у больных с сочетанной ГХС – 8,8%. Статистически значимых различий в группах среди больных с изолированной и сочетанной ГХС не выявлено.