

зование как у пациентов в Гомельской области, так и у пациентов в регионе Тоскана. Анализируя полученные результаты, можно утверждать, что с увеличением уровня образования, увеличивается уровень знаний о самом заболевании и его последствиях. Однако уровень информированности у пациентов с СД 2 типа в Гомельской области ниже уровня информированности пациентов региона Тоскана.

При лечении сахарного диабета инсулином у пациентов с СД 2 типа в Гомельской области увеличивается уровень знаний о самом заболевании и его последствиях.

Анализируя уровень информированности пациентов с СД 2 типа в регионе Тоскана получили противоположные данные вышеизложенным. Пациенты в регионе Тоскана, получающие лечение таблетированными сахароснижающими препаратами, имеют более высокий уровень знаний о самом заболевании и его последствиях, в отличие от пациентов, которые на инсулине.

Использование Интернета, как основного источника знания, не влияет на показатели уровня информированности по всем разделам анкеты у пациентов с СД 2 типа как на территории Гомельской области (Беларусь), так и в регионе Тоскана (Италия).

Выводы

Диабет является управляемым заболеванием и его течение во многом зависит от активной позиции обученного пациента, от его уровня знания как исходного, так и приобретенного в течение заболевания. Анализируя данные, можно сделать вывод, что респонденты не обладают достаточным уровнем знаний о самом заболевании и его последствиях. Низкий уровень информированности у пациентов с СД 2 типа относительно самого заболевания и его самоконтроля в Гомельской области свидетельствуют о необходимости интенсифицировать, существующие программы по обучению; разработать новые подходы к образованию, а также сориентировать медицинский персонал, работающий с пациентами с диабетом, на наличие пробелов в знании и понимании заболевания. Обучение при диабете является точкой пересечения между исследованиями и клинической практикой. Оно требует программирования, основательной документации, периодического контроля и оценки со стороны экспертов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Введение в диабетологию: рук-во для врачей / И. И. Дедов, В. В. Фадеев. — М., 1998. — 338 с.
2. The role of HLA class II genes in insulin-dependent diabetes mellitus: molecular analysis of 180 Caucasian multiplex families / J. A. Noble [et al.] // Am. J. Hum. Genet. — 1996. — Vol. 59, № 5. — P. 1134–1148.
3. Experience of educational diabetes camps in Belarus / Y. Vainilovich [et al.] // 18th International Diabetes Federation Congress. — Paris, 2003. — P. 2853.

УДК 616.833.54-009.7-08:615.814.1

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСОПАТИИ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Барбарович А. С., Азёмша О. Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Я. Латышева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Боль в поясничном отделе позвоночника — наиболее частая причина обращения пациентов к врачу (до 78 %), приводящая к временной нетрудоспособности и инвалидности.

До настоящего времени в практической работе врача применяется классификация И. П. Антонова, которая предусматривает 3 стадии заболевания:

- рефлекторную — люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия, когда рефлексы и чувствительность сохранены;

- корешковую — снижаются рефлексы и нарушается чувствительность;
- компрессионно-ишемическую, когда снижается интенсивность боли, отмечается парез стопы, снижаются рефлексы и нарушается чувствительность.

Термин дорсопатия позвоночника — собирательный, он включает болевые синдромы, возникающие в позвоночнике и вызванные дегенеративно-дистрофическими изменениями в его структурах [1].

Дорсопатии подразделяются на деформирующие, связанные со сколиозом позвоночника, приобретенным или генетически наследуемым, остеохондрозом, который характеризуется дегенеративно-дистрофическими изменениями в межпозвонковом диске, сопровождающимися их протрузией или выпячиванием, спондилolistезом (смещением одного позвонка по отношению к другому) и др.

Основными методами диагностики дорсопатий является клиничко-рентгенологическое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ) [1].

В последние годы, наряду с медикаментозной терапией, все чаще стали применяться различные эфферентные методы лечения, к которым относится и рефлексотерапия.

Цель

Проведение рефлексотерапии для купирования болевого синдрома, снижения уровня тревожности и повышения качества жизни пациентов с дорсопатией на поясничном уровне.

Материалы и методы исследования

Проводились сеансы рефлексотерапии со стандартным лечением дорсопатии. Курс составлял 10 процедур, проводимых ежедневно, либо через 1–2 дня. Экспозиция 30–50 мин. Рецепт используемых точек: VG26, V40, R2, P5, V40, VG26, VB34, V65, V60, V34 [2–5]. Для оценки болевого синдрома, степени тревожности и оценки качества жизни применялись опросники: ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли), шкала самооценки уровня тревожности (Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина), SF-36 Health Status Survey.

Рефлексотерапия проведена 31 пациенту (9 (29 %) женщин; 22 (71 %) мужчины) возрасте 23–71 лет. Диагноз, подтвержденный КТ, МРТ исследованием: дискогенная дорсопатия (26 (83,9 %) человек); контрольная группа с недискогенной дорсопатией (3 (9,7 %) человека); состояние после оперативного лечения грыжи диска (2 (6,5 %) человека).

Результаты исследования представлены на рисунке 1.

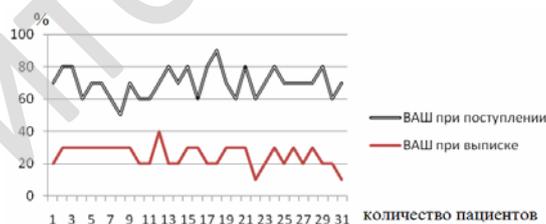


Рисунок 1 — Оценка болевого синдрома по ВАШ-методике

При поступлении пациенты оценивали болевой синдром как умеренный, либо выраженный, после курса рефлексотерапии — как легкий.

Оценка личностной и реактивной тревожности в процессе лечения отражена в рисунке 2.

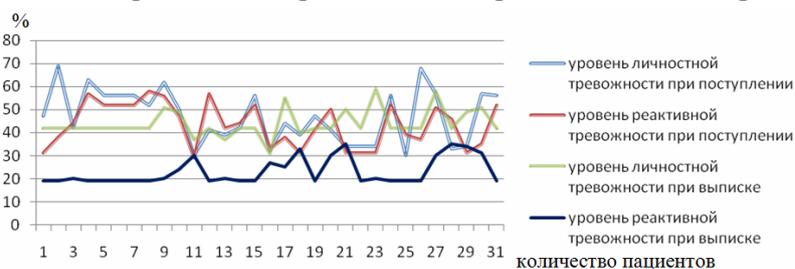


Рисунок 2 — Оценка личностной и реактивной тревожности по шкале самооценки уровня тревожности до и после лечения

Как следует из рисунка 2, до начала лечения эти показатели были на высоком уровне, после рефлексотерапии уровень личностной тревожности изменился незначительно, уровень реактивной тревожности достоверно снизился по отношению к контрольной группе ($p < 0,05$).

При сравнительной оценке эффективности рефлексотерапии установлена положительная динамика физического и психического здоровья (по опроснику качества жизни) пациентов с дорсопатией.

Выводы

1. Рефлексотерапия пациентов с дорсопатией на поясничном уровне включает индивидуальные комплексные методы воздействия на точки акупунктуры.

2. Акупунктура является одним из эфферентных методов лечения, которая эффективно купирует болевой синдром, улучшает качество жизни, уменьшает реактивную тревожность в комплексном лечении болевого синдрома на поясничном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каменев, Ю. Ф. Клинические основы противоболевой терапии: природа хронической боли, условия ее возникновения и ликвидации / Ю. Ф. Каменев, В. Б. Каменев. — СПб.: СПбГУ. — 2006. — 456 с.
2. Шнорренбергер, К. К. Учебник китайской медицины для западных врачей / К. К. Шнорренбергер. — М.: «Balbe». — 2007. — 560 с.
3. Шнорренбергер, К. К. Терапия акупунктурой. Хирургия, урология, ортопедия (включая ревматологию), дерматология, гинекология, помощь при родах / К. К. Шнорренбергер. Т. 2. — М.: Balbe, 2003. — 328 с.
4. Табеева, Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. — М.: Медицина, 1982. — 560 с.
5. Стояновский, Д. Н. Рефлексотерапия. Практическое руководство / Д. Н. Стояновский. — М.: Эксмо, 2008. — 960 с.

УДК 543.856:[577.31+579]

ХАРАКТЕРИСТИКА МОЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ МЫЛА НА ОСНОВЕ ТЕРМОДИНАМИЧЕСКОГО И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ

Барыбкина Е. Г., Чернышева А. Р., Антюхова Т. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. В. Чернышева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Процесс мытья — это процесс очистки загрязненной поверхности жидкостью, содержащей моющее вещество или систему моющих веществ. Моющий процесс состоит из трех стадий: 1) отрыв грязевых частиц от очищаемой поверхности; 2) перевод отдельных грязевых частиц в моющий раствор; 3) удержание плавающих частиц в моющем растворе до его смены. Следовательно, моющее средство также должно обладать двойной функцией: способностью взаимодействовать с загрязняющим веществом и переводить его в воду или водный раствор. При этом моющие вещества должны легко адсорбироваться на пограничной поверхности, т. е. обладать поверхностной активностью, а именно являться поверхностно-активными веществами (ПАВ). Поэтому молекула моющего вещества должна иметь гидрофобную и гидрофильную части. Гидрофобная часть молекулы моющего вещества обладает способностью взаимодействовать с поверхностью гидрофобного загрязняющего вещества. Гидрофильная часть моющего вещества взаимодействует с водой, проникает в воду и увлекает с собой частицу загрязняющего вещества, присоединенную к гидрофобному концу.

Цель

Исследовать физико-химические и микробиологические свойства мыл, реализуемых в открытой продаже на территории Беларуси. К задачам исследования отнесены сравнение основных характеристик мыл, такие как поверхностная активность, щелочность, способность к пенообразованию и микробиологическая активность.