

Висцеральная жировая масса у человека с нормальной массой тела равнялась $1,21 \pm 0,33$ кг, у человек с избыточной массой и с ожирением выявились от $3,48 \pm 0,66$ кг до $9,17 \pm 3,15$ кг. Площадь висцерального жира тела при обследованных с нормальной массой тела были $45,8 \pm 17,8$ см². При избыточной массой тела площадь висцерального жира увеличивался по сравнению с людьми нормальной массой на $75,1 \pm 18,8$ см² (он был равен $120,90 \pm 36,71$ см²), при 1 степени ожирения увеличивался на $42,02 \pm 14,84$ см² с предыдущей ($162,92 \pm 51,55$ см²), при 2 степени ожирения на $87,66 \pm 12,71$ см² ($250,58 \pm 64,26$ см²), при 3 степени ожирения на $33,17 \pm 45,87$ см² ($283,75 \pm 110,13$ см²), то есть этот компонент по сравнению у людей с нормальными массами 2 раза больше увеличился у больных с избыточной массой и с ожирением.

С увеличением массы тела наблюдалось очень выраженное увеличение площадь висцерального жира.

Так, у исследуемых с нормальной массой тела площадь висцерального жира была $45,8 \pm 17,81$ см², тогда как у людей с избыточной массой тела — $120,90 \pm 36,71$ см², то есть этот компонент по сравнению у людей с нормальными массами 2 раза больше увеличился у больных с ожирением. Так как с увеличением степени ожирения установлено выраженное увеличением компонентного состава тела: жирового компонента тела и безжирового компонента тела и другие компоненты.

Таким образом, у больных, страдающих ожирением отмечено выраженное увеличение компонентных состава тела по сравнению у людей с нормальной массой тела. Полученные данные свидетельствуют о том, что определить компонентного состава тела может с успехом использоваться для больным с избыточным весом и с ожирением необходимо проведение оценки пищевого рациона и его коррекции с целью оптимизации лечения и профилактики осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Халдварт бусувчний Эрсдэлт хүчин зүйлсийн Тархалтын түвшин тогтоох судалгаа. — 2006. ЭМЯ. НЭМХ, ДЭМБ, Номхон далайн баруун бүс. Улаанбаатар.
2. Булгакова С.В. Некоторые стороны патогенеза различных форм ожирения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Самара, 2000. — 23 с.
3. Букавнева Н.С., Блохина Л.В., Никитюк Д.Б. «Результаты антропометрического исследования больных, страдающих ожирением на фоне сердечно-сосудистой патологии. // Вопросы питания. — 2005. — №6. — С.27-28.
4. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. Артериальное гипертензия и ожирение: принципы рациональной терапии // Consilium medicum. — 2003. — №5(9). — С. 23-28.
5. ВОЗ. Информационный бюллетень №311, Сентябрь 2006 года.
6. Гинзбург М.М., Козуница Г.С., Котельников Г.П. Ожирение как болезни образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения. — Самара: Изд-во Самарского гос. мед. ун-та, 1997.
7. Демидова Т.Ю., Селиванова А.В., Аметов А.С. Роль жировой ткани в развитии метаболических нарушений у больных сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с ожирением. // Терапевтический архив. — 2006. — №11. — С. 64-69.
8. Кондратьева Л.В. Бигуаниды в лечении сахарного диабета 2 типа. Современный взгляд на проблему. // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т.13.№6. — С. 305-310.
9. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Егорова Е.Г. Метаболический синдром. // Гепатология. — 2004. — №2. — С. 4-15.
10. Мартынова А.Г., Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Ермолаев А.А. Артериальная гипертензия и масса тела, решенные и не решенные проблемы. // Клиническая медицина. — 2005. — №8. — С. 32-36.
11. Матав С.И., Василькова Т.Н., Кушнерчук О.В. и др. Анализ состава тела у больных с метаболическим синдромом методом биоимпедансометрии // Вопросы питания. — 2007. — Т. 76. №6. — С. 17-20.
12. Мамедов М.Н. Алгоритмы диагностики и лечения метаболического синдрома в клинико-амбулаторных условиях. // Кардиология. — 2005. — №5. — С. 92-99.
13. Мкртумян А.Н. Ожирение-проблема XXI века. Пути решения. // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. №7. — С. 449-450.
14. Никитина Е.А., Евдокимова Т.А. Ожирение и роль физических нагрузок в его профилактике и лечении (Обзор литературы). // ЛФК и массаж. — С.7-13.
15. Попова Ю.П., Федорцова Л.Н., Шевякова Л.В., Бейол Е.А. Избыточная масса тела в молодом возрасте-фактор риска развития болезней метаболизма. // Вопросы питания. — 1989. — № 1. — С. 1-15.
16. Петухов А.Б., Маев И.В. Биоимпедансная спектроскопия в оценке состава тела организма. // Российский медицинский журнал. — 2002. — №6. — С. 47-51.
17. Рапопорт С.И., Лобода А.Ю. Проблема ожирения в клинике внутренних болезней. // Клиническая медицина. — 2008. — №11. — С. 15-23.
18. Сорокин Д.В. Клинико-патогенетические особенности липидного обмена у больных ожирением и заболеваниями желчевыводящих путей. — Тюмень: Тюменская гос.мед.акад, 2002. — 26 с.
19. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени. — М.: Медицина, 1995. — 302 с.
20. Rush E.C., Plank L.D., Coward W.A. Energy expenditure of young Polynesian and European women in New Zealand and relations to body composition. // American Journal of Clinical Nutrition. — 1999. — Vol.69, No. 1. — P. 43-48.
21. McCarron D.A., Morris C.D., Henzy H.J. 'Blood pressure and nutrient instable in the United States. // Sinse. — 1984. — Vol. 224 (4656). — P. 1392-1398.
22. Отгонтуяа Д., Khor G.L., Lye M.S., Norhaizan M.E. Obesity among Mongolian adults from Urban and Rural Areas // Mal J Nutr. — 2009. — Vol. 15(2). — P. 185-194.
23. World Health organization WHO. 2000. Obesity, Epidemic, // WHO Technical Report Series No 894: WHO, Geneva.
24. World Health organization, Western Pacific Region (2000), The Asia Pacific Perspective: Redefining obesity and its treatment, WHO Interim Report on Obesity, Australia.
25. World Health organization (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic diseases; // WHO Technical Report Series No 916: WHO, Geneva.
26. World Health organization WHO. 2006. // Fact sheet 311: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Retrieved September, 2006.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1
Козлова Наталья Михайловна — заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.,
Игнатова Лариса Павловна — заведующая кафедрой, профессор, д.б.н.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Екатерина Геннадьевна Ангарская, Бадмажаб Эрдынеевич Мункожаргалов.
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии,
зав. — д.м.н., проф. В.Г. Виноградов)

Резюме. Представлен анализ ближайших и отдаленных результатов консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте. Установлено, что консервативное лечение переломов лучевой кости в типичном месте, заключающееся в проведении закрытой ручной репозиции и последующей длительной иммобилизации конечности в гипсовых шинках, не приводит к улучшению анатомических и функциональных результатов лечения.

Ключевые слова: переломы лучевой кости в типичном месте, консервативное лечение, результаты.

THE FEATURES OF COLLES' FRACTURES

E.G. Angarskaya, B.E. Munkosargalov
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The comparative analysis of epidemiological features of Colles' fractures in women and men is presented. In women the dependence of frequency of fractures and terms of invalidity on age have been revealed, terms of adhesion of fractures do not depend on age.

Key words. Colles' fractures, therapy, features.

Переломы лучевой кости в типичном месте (ПЛКТМ) составляют до 25% всех переломов и до 90% среди переломов костей предплечья [2,4,6,8,14].

Начиная с работ А. Colles [12], эти переломы относятся к повреждениям опорно-двигательной системы с благоприятным исходом. Но в последнее время появились публикации, в которых переломы лучевой кости в типичном месте оцениваются уже как комплексное повреждение с не всегда благоприятным исходом лечения [1,2,3,4,6,8,14,15]. При консервативном лечении, когда используется закрытая ручная репозиция, восстановить анатомические взаимоотношения в лучезапястном суставе и дистальном лучелоктевом суставе (ДЛЛС), нарушенные в момент травмы, удается лишь частично, а в отдаленные сроки достигнутая коррекция в значительной мере утрачивается [6].

В настоящее время в лечении ПЛКТМ есть тенденция к полемике о положении, в котором необходимо фиксировать предплечье. Есть три варианта положений: положение крайней пронации, среднее положение ротации и положение крайней супинации. О положении предплечья в гипсовой шине единого мнения пока нет [10].

Дистальный лучелоктевой сустав наиболее стабилен в крайних положениях ротации (пронация или супинация), поэтому фиксация предплечья после ПЛКТМ при консервативном лечении как правило осуществляется в положении супинации или пронации [5, 9].

О сроках иммобилизации предплечья также нет единого мнения. В основном при переломах без смещения отломков срок иммобилизации 3-5 недель, со смещением — 6-7, многооскольчатых — 7-8 недель. По данным зарубежных авторов сроки иммобилизации больше на 1-2 недели и доходят до 12 недель при переломах со смещением [10,14].

Нарушение функции в области лучезапястного сустава после стандартного консервативного лечения выражено в ограничении сгибания и разгибания в области лучезапястного сустава, ограничении или отсутствии лучевой и локтевой девиации кисти, ограничении ротационных движений предплечья. [2,6].

Частота осложнений после консервативного лечения ПЛКТМ достигает 30%. Причиной такого высокого процента лечебных неудач заключается в анатомо-функциональных и биомеханических особенностях предплечья, затрудняющих репозицию, стабилизацию и правильное сращение отломков [1,6,7]. При изучении отдаленных результатов ряд авторов отмечает высокий процент карпальной нестабильности — 26% [5,6] и нестабильности дистального лучелоктевого сустава — 43% [6], а также развитие синдрома Зудека — 10,7-29,4% [8].

Целью настоящей работы было изучение клинических, рентгенологических и функциональных результатов консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте.

Материалы и методы

Обследовано 52 больных с ПЛКТМ, находившихся на амбулаторном лечении в травматологическом пункте №3 Свердловского района г. Иркутска в 2007 г. Из них женщин — 44 (84,6%), мужчин — 8 (15,4%). В статистический анализ включены данные всех пациентов. Средний возраст пациентов на момент травмы составлял $54,2 \pm 3,6$ лет (от 18 до 72 лет). Все переломы были разгибательными, по типу А. Colles. Преобладали ПЛКТМ справа — 42 случая (80,8%). Все повреждения были закрытыми. ПЛКТМ со смещением составили 40 случаев (76,9%). Пациентам с ПЛКТМ без смещения проводилась иммобилизация ладонной гипсовой шиной до верхней трети предплечья в положении супинации предплечья. Всем пациентам с ПЛКТМ со смещением проводилась закрытая ручная репозиция и иммобилизация тыльной гипсовой шиной до верхней трети предплечья в положении его пронации, сгибании и локтевой девиации кисти. Средняя продолжительность иммобилизации составила $31,3 \pm 4,3$ дня, средние сроки нетрудоспособности составили $36,7 \pm 3,7$ дней.

Клинический результат оценивали по модифицированной балльной системе оценки результатов лечения Green и O'Brien (1978) [13], где использованы критерии: боль, функциональное состояние, амплитуда движений, суммарное сгибание — разгибание, сила кулачного захвата. Максимальное количество баллов по каждому из пяти критериев — 25. Окончательный результат по сумме баллов: отличный — 90-100, хороший — 80-89, удовлетворительный — 65-79, неудовлетворительный — менее 65.

Всем пациентам проводили рентгенографию в двух стандартных проекциях до и после репозиции, через 3 и 12 месяцев после травмы. На снимках определяли радиоульнарный индекс, угол наклона суставной поверхности лучевой кости в сагитальной и фронтальной плоскостях.

Пациентам проведена электромиография (ЭМГ). Обследование проводили через 3 и 12 месяцев после травмы.

Все больные выразили добровольное информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ проведен с использованием программ статистического анализа Microsoft Excel 2007, Statistica 5.1. Данные в тексте представлены в абсолютных и относительных величинах, в виде $M \pm SD$ (среднее $\pm$ стандартное отклонение). Критический уровень значимости при проверке статистических данных равен 0,05.

Результаты и обсуждение

При оценке результатов консервативного лечения по модифицированной балльной системе оценки результатов лечения Green и O'Brien (1978) выявлено, что через 3 месяца после травмы жалобы на боль в кистевом су-

Таблица 1

Результаты консервативного лечения ПЛКТМ
по методике Green и O'Brien (1978)

Оценка результата	Сроки после травмы	
	3 месяца после травмы	12 месяцев после травмы
Отличный	9 (17,3%)	12 (23,0%)
Хороший	6 (11,5%)	11 (21,2%)
Удовлетворительный	22 (42,3%)	19 (36,5%)
Неудовлетворительный	15 (28,8%)	10 (19,2%)

стае или нижней трети предплечья разной степени выраженности предъявляли 36 (69,2%) больных, а через 12 месяцев — 18 (34,6%).

Рентгенологические характеристики состояния
суставной поверхности лучевой кости ($M \pm m$)

Показатели	До репозиции	После репозиции	10 дней после травмы	12 мес. после травмы
Угол суставной поверхности лучевой кости в боковой проекции, град.	16,87±1,05	18,96±0,82	17,96±0,78	17,02±1,03
Лучелоктевой индекс, мм.	-2,44±0,41	-1,22±0,28	-2,25±0,36	-2,41±0,39

При оценке функционального состояния выявлено, что не могут работать из-за боли через 3 месяца после травмы 4 (7,7%) пациента, через 12 месяцев таковых не выявлено. При оценке суммарного сгибания-разгибания ограничение движений через 3 месяца после травмы выявлено у 48 (92,3%) больных, через год — у 38 (73,0%).

При исследовании силы кулачного захвата обнаружено, что на поврежденной конечности она достоверно меньше, чем на здоровой и составляет через 3 месяца

Динамика суммарной БА мышц верхней конечности
после консервативного лечения при ПЛКТМ (мкВ)

Мышцы	После иммобилизации		Через 3 месяца после травмы		Через 1 год после травмы	
	(n=42)		(n=38)		(n=33)	
	Неповреж- денная	Повреж- денная	Неповреж- денная	Повреж- денная	Неповреж- денная	Повреж- денная
Двуглавая мышца плеча	509,4±45,3	141,9±22,3	521,8±37,4	207,8±31,5	607,8±39,6	412,3±42,1
Плече- лучевая мышца	670,2±49,2	272,8±28,3	682,4±51,3	325,6±34,3	694,3±61,7	498,1±52,4

Примечание. Выделенные **жирным шрифтом** данные: $p < 0,05$ в сравнении с показателями на неповрежденной конечности.

после травмы 13,48±0,56 и 23,54±1,03 кг соответственно ($p < 0,001$), через 1 год после травмы — соответственно 19,36±0,82 и 24,47±1,12 кг ($p < 0,05$).

Оценка результатов консервативного лечения ПЛКТМ представлена в табл. 1. Хорошие и отличные ре-

зультаты через 3 месяца после травмы составляют 28,8% от всех больных, через год после травмы — 44,2%.

Дополнительно выявляли нарушение ротационных движений. Ограничение пронации выявлено через 3 месяца после травмы у 12 (23,1%), через год — у 7 (13,5%) пациентов, а ограничение супинации в те же сроки соответственно у 48 (92,3%), и 44 (84,6%) пациентов. Следует отметить, что не ограниченная пронация выявлена только у больных при ПЛКТМ со смещением, когда иммобилизация осуществлялась в положении пронации.

При рентгенологическом исследовании по результатам измерения углов наклона суставной поверхности лучевой кости и радиоульнарного индекса до и после

Таблица 2

репозиции, а также на контрольных рентгенограммах через 10 дней, 3 месяца, 12 месяцев после травмы (табл.2) выявлено, что имеется тенденция к вторичному смещению дистального костного фрагмента лучевой кости.

Все рентгенологические показатели к году после травмы приближаются к таковым до репозиции. Лучелоктевой индекс через год после травмы становится достоверно меньше, чем после репозиции ($p < 0,05$), приближаясь к значению до репозиции.

После проведения всем больным электромиографии в сроки после прекращения иммобилизации, через 3 месяца после травмы, а также через 1 год после травмы проведено сравнение суммарной биоэлектрической активности (БА) поверхностно расположенных мышц

Таблица 3

верхней конечности, участвующих в ротационных движениях проведен анализ динамики восстановления указанных мышц после иммобилизации.

При анализе представленных в табл. 4 данных электромиографии выявлено, что суммарная БА исследованных мышц на поврежденной конечности не восстанавливается и через год после травмы. При сопоставлении значений БА мышц неповрежденной и поврежденной верхней конечности во всех случаях выявлено достоверное различие показателей.

Таким образом, консервативное лечение переломов лучевой кости в типичном месте, заключающееся в проведении закрытой ручной репозиции и последующей длительной иммобилизации конечности в гипсовых шинах, не приводит к улучшению анатомических и функциональных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Али Исам. Хирургическое лечение последствий переломов костей предплечья методами наложения чрескостного остеосинтеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 25 с.
2. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. — М.: Медицина, 1990. — 352 с.
3. Галямов Д.Л. Нарушение нейротрофического контроля мышц при посттравматических иммобилизационных контрактурах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1995. — 14 с.
4. Голубев И.О. Повреждения и заболевания дистального лучелоктевого сустава. Часть II. Лечение. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1998. — №4. — С. 60-63.
5. Голубев И.О., Шершнев О.Г. Диагностика острой карпальной нестабильности при переломах лучевой кости в «ти-

- пичном месте». // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1998. — №4. — С. 20-23.
6. Голубев И.О., Шершнев О.Г., Климин Д.Н. Два года после перелома Коллиса (Пристальный взгляд на результаты консервативного лечения). // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1999. — № 3. — С. 26-31.
7. Семенкин О.М., Измаков С.Н., Иванов М.А. и др. Корригирующая остеотомия дистального метаэпифиза лучевой кости при его неправильно сросшихся переломах. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2006. — №2. — 85-88.
8. Сивун Н.Ф. Комплексная медицинская реабилитация больных с посттравматическим синдромом Зудека при дистальных переломах лучевой кости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1999. — 22 с.
9. Симаков В.И. Переломы лучевой кости в типичном

месте. // Фельдшер и акушерка. — 1990. — №3. — С.40-42.
 10.Симон Р.Р., Кенигсхехт С.Дж. Неотложная ортопедия конечности. Пер. с англ. — М.: Медицина, 1998. — 624 с.
 11.Шехтман А.Г. Рентгенодиагностика повреждений дистального лучелоктевого сустава. // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1990. — № 4. — С. 41-42.
 12.Colles A. On the fracture of the carpal extremity of the radius. // Edinburg Med. Surg. J. — 1814. — Vol. 10. — P. 182-186.

13.Green D.P., O'Brien E.T. Open reduction of carpal dislocation: indication and operative techniques // J. Hand Surg. — 1978. — Vol.3, N 2. — P. 250-265.
 14.Hunter J., Mackin J.M.E., Callahan A.D. Rehabilitation of the hand: surgery and therapy — 4 ed. — St. Louis; Baltimore, 1995. — Vol. 1-2. — P.1901.
 15.Szabo R.M. Common hand problems. — Philadelphia, 1992. — P.200.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания,1, тел. (3952) 243825,
 e-mail: yekaterina.angarskaja@yandex.ru

Ангарская Екатерина Геннадьевна — ассистент, к.м.н., Мункожаргалов Бадмажаб Эрдынеевич — доцент, к.м.н.

© КАРАБИНСКАЯ О.А., ИЗАТУЛИН В.Г., МАКАРОВ О.А., КОЛЕСНИКОВА О.В., КАЛЯГИН А.Н., АТАМАНЮК А.Б. — 2011
 УДК: 61:378.1]-057.875:316.33

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, ПЕРВЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ольга Арнольдовна Карабинская, Владимир Григорьевич Изатулин, Олег Александрович Макаров, Оксана Владимировна Колесникова, Алексей Николаевич Калягин, Александр Болеславович Атаманюк (Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, курс психологии и педагогики, зав. — к.м.н., доц. А.Б. Атаманюк, кафедра общей гигиены, зав. — д.м.н., проф., акад. РАМН М.Ф. Савченков, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. — д.б.н., проф. Л.С. Васильева, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. А.Н. Калягин)

Резюме. Определены показатели качества жизни 167 студентов Иркутского государственного медицинского университета. Рассчитаны интегральные средние значения физического компонента здоровья (PH) — $64,33 \pm 3,73$ и психологического компонента здоровья (MH) — $54,71 \pm 6,99$. Выявлен более высокий показатель как психологического компонента здоровья (MH), так и физического компонента здоровья (PH), у студентов лечебного факультета (MH — $59,17 \pm 6,81$ и PH — $68,43 \pm 5,92$) и более низкий — у студентов педиатрического факультета (MH — $56,04 \pm 7,17$ и PH — $65,29 \pm 5,75$) по сравнению со средним уровнем.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, здоровье, студенты медицинских вузов.

THE ESTIMATION OF QUALITY OF STUDENTS LIFE DURING THE FIRST YEARS OF TRAINING AT MEDICAL HIGHER SCHOOL

O.A. Karabinskaya, V.G. Izatulin, O.A. Makarov, O.V. Kolesnikova, A.N. Kalyagin, O.A. Atamanjuk (Irkutsk State Medical University)

Summary. The indicators of quality of life of 167 students of ISMU have been defined. The average values of the integral component of physical health (PH) — $(64,33 \pm 5,83)$ and component of mental health (MH) — $(54,71 \pm 6,99)$ have been calculated. There has been revealed the more higher indicator of both the component of psychological health (MH), and the component of physical health (PH), in the students of the medical faculty (MH) — $(59,17 \pm 6,81)$ and (PH) — $(68,43 \pm 5,92)$ and lower in the students of Faculty of Pediatrics (MH) — $(56,04 \pm 7,17)$ and (PH) — $(65,29 \pm 5,75)$, as compared with an average level.

Key words: quality of life, SF-36, health, medical students.

Одной из первоочередных задач медико-социальной политики Российской Федерации является повышение уровня здоровья граждан, крайне необходимое для качественной реализации экономического, интеллектуального, трудового, культурного и демографического потенциала страны [3].

Проблема здоровья студентов высших учебных заведений в настоящее время является государственной задачей, так как именно студенческая молодежь является наиболее социально не защищенной и чувствительной к социально — экономическим преобразованиям, происходящим в России за последние десятилетия. В этой связи особый интерес представляет студенческая молодежь, которая будет определять состояние интеллектуального уровня нашей страны, ее конкурентоспособность в ближайшие годы.

Студенческая молодежь — это особая социальная группа, объединенная определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. В этот период проходит адаптация к новым социально-экономическим условиям, значительно возрастают умственно-эмоциональные нагрузки при снижении двигательной активности.

В это время отмечается рост заболеваемости студентов на фоне снижения общего уровня их психофизического развития. По данным исследований последних лет около 70% студентов страдает функ-

циональными и соматическими заболеваниями.

Н.А. Агаджанян в своей работе [1], приводит данные о том, что за годы обучения в вузе число здоровых студентов уменьшается на 25,9%, а хронически больных увеличивается на 20%. Таким образом, за время обучения в вузе одна пятая часть студентов переходит из категории относительно здоровых в категорию страдающих хроническими заболеваниями. Автор делает вывод, что именно эти студенты плохо адаптируются к учебной деятельности.

В настоящее время в науке «о человеке» все шире используется критерий «качество жизни», который позволяет оценить различные стороны существования личности. Главными критериями его являются объективные показатели состояния здоровья и субъективная оценка личностью степени удовлетворения своих физиологических, материальных и духовных потребностей.

Цель работы: определить качество жизни студентов медицинского вуза (ИГМУ) и провести сравнительную оценку между показателями лечебного, педиатрического и фармацевтического факультетов.

Материалы и методы

В ходе исследования были опрошены 167 студентов 1-2 курсов, из них 63 студента лечебного факультета, 63 студента педиатрического факультета и 41 студента