

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

V Международная научная медицинская конференция
«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ISBN 978-5-9907998-5-1

10 декабря 2016

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ПЯТОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

10 декабря 2016 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN 978-5-9907998-5-1

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам V Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 10 декабря 2016 г. / Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягъевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Кемерово 2016

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Оглавление

1. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....4
Игошина Е.А., Данилова М.А, Шамсутдинова Р.А..
2. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНЫ НА РОСТ НАСЕЛЕНИЯ
ЗЕМНОГО ШАРА.....8
Дмитренко А.В., Лифанов А.В., Лифанова С.А.
3. БОЛЕЗНИ БУДУЩЕГО И ОПАСНОСТИ, ГРОЗЯЩИЕ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА.....
.....4
Николаева А.А., Айтуганова А.А.
4. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ И МОБИЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СОСТОЯНИЕ
ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОТ ТРЕВОЖНЫХ И ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ..9
Хагверди Э.Р.
5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО
АППАРАТА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА10
Рудковская Е.В., Троянова К.В., Малькевич Л.А., Кононович Н.А.
6. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ЕЕ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО
ВАРИАНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....13
Брылинская Ю.О., Анцут И.В.

Игошина Елизавета Алексеевна
Igoshina Elizaveta Alekseevna

Студентка, Кировский государственный медицинский университет 3 курс Педиатрический
факультет

Данилова Мария Александровна
Danilova Mariya Aleksandrovna

Студентка, Кировский государственный медицинский университет 3 курс Педиатрический
факультет. E-mail: garmar13@mail.ru

Шамсутдинова Рушанья Агзамовна
Shamsutdinova Rushania Agzamovna

научный руководитель, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и
профессиональных болезней, Кировская государственная медицинская академия, РФ,
г. Киров

УДК 616.379

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА **QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE DIABETES MELLITUS OF 1** **TYPE**

Сахарный диабет – одна из самых распространенных, имеющих тенденцию к росту заболеваемости и портящих статистику болезней. На сегодняшний день во всем мире существует более 150 миллионов людей, которые страдают данным заболеванием, а по прогнозу ВОЗ к 2025 году этот показатель может увеличиться до 300 миллионов. [1] Такое заболевание как сахарный диабет может проявиться в любом возрасте. Оно характеризуется ранней инвалидизацией и достаточно высокой смертностью вследствие развития тяжелых осложнений со стороны многих органов и систем, в первую очередь, со стороны сердечно-сосудистой системы, глаз, почек и нервов, что ставит сахарный диабет в ряд заболеваний с высокой социальной значимостью и оказывает отрицательное влияние на качество повседневной жизни пациента. [2]

Цель нашего исследования - изучить качества жизни людей с заболеванием сахарный диабет 1 типа.

Задачи:

- 1) проанализировать и оценить качество жизни у больных с СД 1 типа и здоровых людей
- 2) оценить уровень психического и эмоционального состояния

Материалы и методы исследования:

В исследовании принимали участие:

- 30 пациентов с заболеванием сахарный диабет 1 типа, в возрасте от 30 до 45 лет, как лица мужского, так и женского пола, находившиеся в эндокринологическом отделении Кировской областной клинической больницы. В исследование мы не включили пациентов с осложнениями диабета и тяжелыми сопутствующими заболеваниями (психическими, соматическими).
- Также 30 человек контрольная группа, в возрасте от 30 до 45 лет, лица как мужского, так и женского пола.

Качество жизни оценивалось с использованием стандартизованного опросника «SF-36 Health Status Survey».

36 пунктов стандартизированного опросника были объединены в восемь групп: эмоциональное состояние, телесная боль, физическое функционирование, ролевая деятельность, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование и психическое здоровье. Показатели каждой из групп имеют значения от 0 до 100 баллов, 100 показывает абсолютное здоровье, все группы образуют показатели - это душевное и физическое благополучие. Результаты показываются в виде оценок в баллах по 8 группам, которые составлены так, что наиболее высокая оценка говорит о более высокий уровень качества жизни.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. **Физическое функционирование (Physical Functioning PF)**, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
2. **Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием(Role-Physical Functioning-RF)** – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
3. **Интенсивность боли (Bodily pain–PB)** и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.
4. **Общее состояние здоровья (General Health–GH)**- оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.
5. **Жизненная активность (Vitality-VT)** подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.
6. **Социальное функционирование (Social Functioning- SF)**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность(общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.
7. **Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional- RE)** предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.
8. **Психическое здоровье (Mental Health – MH)**, характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы суммируются в два отдельных показателя- «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH)

Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
- Интенсивность боли

- Общее состояние здоровья
 - 2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)
- Составляющие шкалы:
- Психическое здоровье
 - Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
 - Социальное функционирование
 - Жизненная активность

Расчеты

Показатели	Больные СД1 типа	Здоровые люди	p
PF	35,8±4,2	76,3±5,4	0,0001
RP	30,4±5,2	62,3±4,3	0,0001
PB	26,7±3,8	78,5±4,2	0,0001
GH	39,8±4,1	86,1±5,0	0,0001
VT	41,7±3,1	79,5±4,2	0,0001
SF	39,2±4,9	75,2±3,7	0,0001
RE	33,8±2,4	74,3±2,8	0,0001
MH	45,8±3,3	80,3±6,1	0,0001

Примечание: PF-

физическое функционирование, RP-ролевое физическое функционирование, PB-интенсивность боли, GH-общее состояние здоровья, VT-жизненная активность, SF-социальное функционирование, RE-ролевое эмоциональное функционирование, MH-психическое здоровье; p-достоверность различий.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы «Statistica 6,0». Сравнение средних количественных данных проводилось с помощью t-критерия Стьюдента(различия считаются достоверно значимыми при $p < 0,0001$)

Результаты.

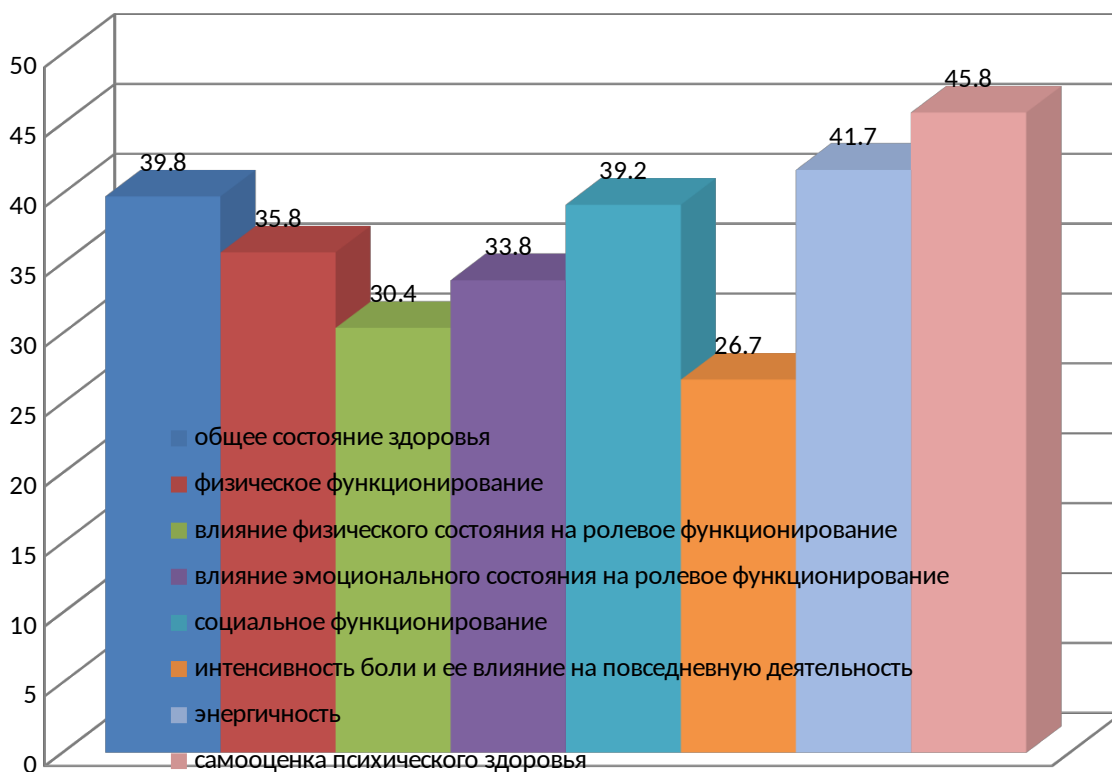


Рисунок 1. Данные всех аспектов качества жизни

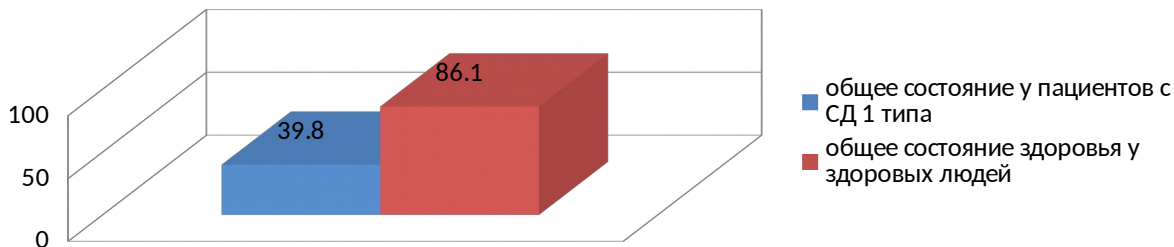


Рисунок 2. Общее состояние здоровья

Общее состояние здоровья у пациентов с СД 1 ниже на 46,3% по сравнению со здоровыми людьми.

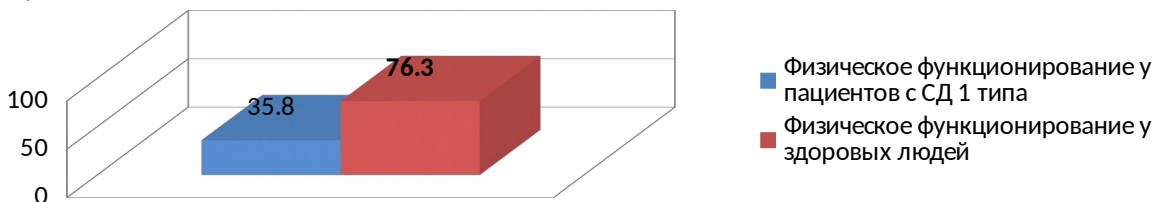


Рисунок 3. Физическое функционирование

Физическое функционирование у пациентов с СД 1 ниже на 40,5%, чем у здоровых людей.

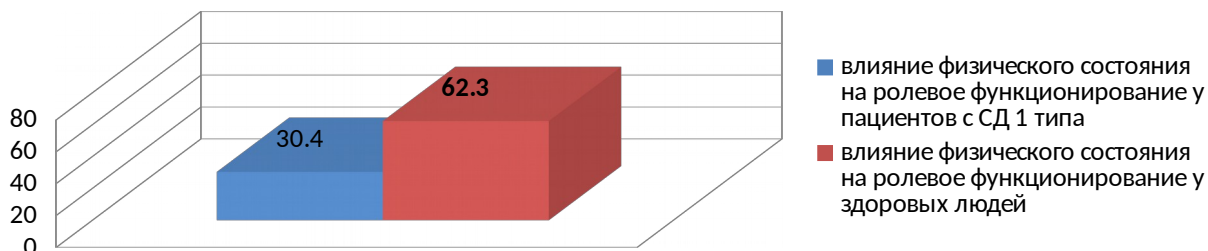


Рисунок 4. Влияние физического состояния на ролевое функционирование

Влияние физического состояния на ролевое функционирование у пациентов с СД 1 ниже на 31,9%, чем у здоровых людей.

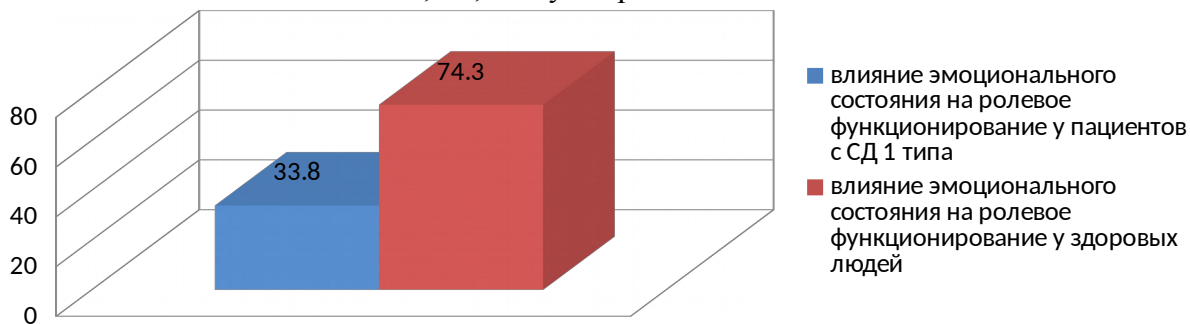


Рисунок 5. Эмоциональное состояние

Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование у пациентов с СД 1 ниже на 40,5%, чем у здоровых людей.

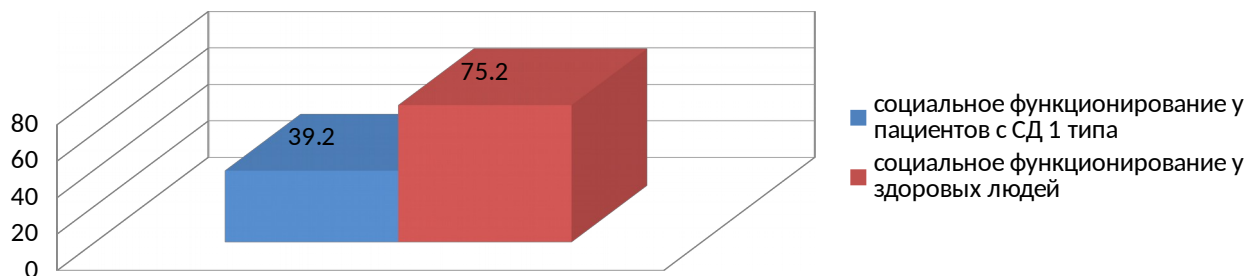


Рисунок 6. Социальное функционирование

Социальное функционирование у пациентов с СД 1 ниже на 36% , чем у здоровых людей.

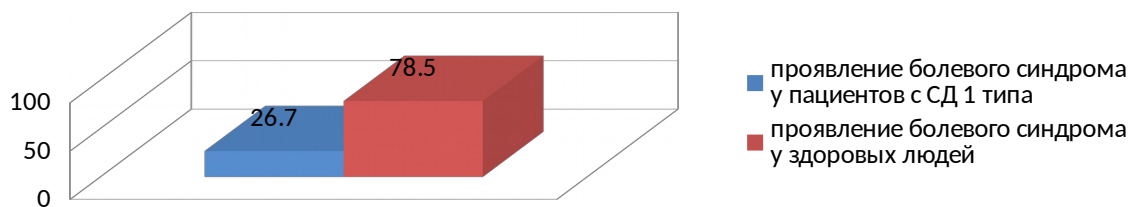


Рисунок 7. Болевой синдром

Проявление болевого синдрома у пациентов с СД 1 ниже на 51,8% , чем у здоровых людей.

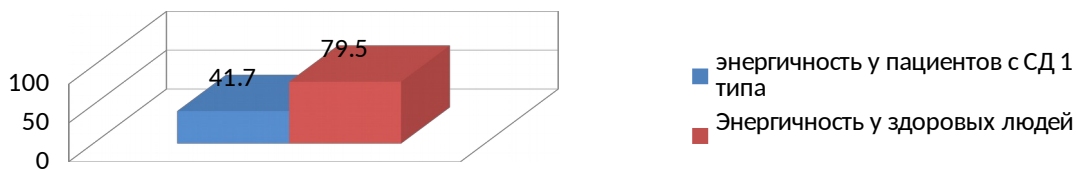


Рисунок 8. Энергичность

Энергичность у пациентов с СД 1 ниже на 37,8% , чем у здоровых людей.

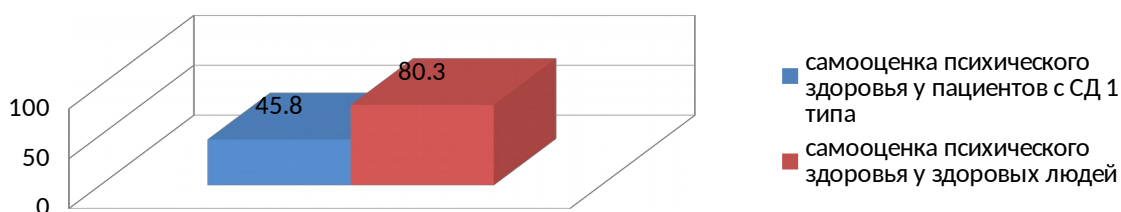


Рисунок 9. Психическое здоровье

Самооценка психического здоровья у пациентов с СД 1 ниже на 34,5% , чем у здоровых людей.

Таким образом, результаты исследования показали, что у пациентов с сахарным диабетом 1 типа более низкое качество жизни по сравнению со здоровыми людьми.

Выводы:

- Сахарный диабет 1 типа оказывает негативное влияние на все грани качества жизни. Больше всего заболевание сахарный диабет 1 типа отрицательно влияет на такие моменты качества жизни, как интенсивность боли, общее состояние здоровья, физическое функционирование и эмоциональное состояние.
- Уровень психического и эмоционального состояния у больных с СД1 типа значительно снижен по сравнению с группой контроля

Библиографический список:

- Журнал «Наука и жизнь» №3, 2001
- WHOQOL Group. What Quality of life? // World Health Forum. – 1996. – Vol. 17. – № 4. – P. 354–336

Дмитренко Алексей Васильевич, Лифанов Алексей Вячеславович, Лифанова Светлана Алексеевна

Сибирский государственный университет путей сообщения (СГУПС),
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я. Л. Цивьяна» (НИИТО),

Новосибирский государственный медицинский университет (НГМУ),
Новосибирский государственный университет экономики и управления (НГУЭУ). E-mail: dmitrenkoav@mail.ru, lifatina@yandex.ru

УДК 61

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНЫ НА РОСТ НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА

Аннотация:

В данной статье рассматривается динамика увеличения количества жителей планеты Земля. Установлено, что в течение многих сотен тысяч лет численность населения Земли почти не возрастала. И лишь в последние два столетия численность населения Земли возросла с одного до семи миллиардов человек. Основными причинами роста численности населения являются достижения медицины, сельского хозяйства, экономики. Показано, что только при средней продолжительности жизни выше 20 лет создалась возможность в росте численности населения в целом для всех стран мира.

Ключевые слова: население, рост, продолжительность, численность, экономика, медицина, Земля.

В рамках официального доклада Фонда ООН, занимающегося вопросами народонаселения, ученые объявили о том, что в 2016 году количество жителей планеты составляет 7,433 миллиарда человек [1].

Человечество живет на Земле сотни тысяч лет. За этот период в природе произошло сравнительно мало изменений: в климате, в характере существования животных, возможности использования ими получения даров природы. В течение многих сотен тысяч лет существует и имеет место растительный и животный мир. Характер их существования в значительной мере изменялся только по сезонам.

В то же время, в жизни человеческого общества условия их существования, их образ жизни и поведения, а также численность населения стран мира имеют значительные отличия, по сравнению с характером существования на ней природы, жизни животного мира.

Численность населения, живущего на Земле, в течение многих тысячелетий почти не изменялась и находилось в пределах около всего нескольких десятков миллионов человек.

Для выявления причин, обеспечивающих в наибольшей степени повышенные возможности в жизни людей на Земле, были взяты статистические данные в отдельные периоды истории средней продолжительности жизни людей на Земле, а также фактическое количество проживающих людей.

Таблица 1. Продолжительность жизни людей на Земле в различные периоды [2].

Период (по миру в целом), годы	1500	1800	1900	2000	2016
Продолжительность жизни людей, лет	30	24	44	65	68
Численность населения, млрд. человек	0,458	0,968	1,613	6,062	7,433

По данным в таблице видно, что в течение многих веков численность населения стран мира росла очень медленно. Средняя продолжительность жизни людей на Земле в тот период была низкой. Объясняется это тем, что в течение многих тысячелетий было много пустующих земель. Люди в малом количестве жили только в местности с благоприятным климатом. На сухопутной территории практически не было дорог и других дорогостоящих технических объектов. Люди практически не умели создавать свои новые виды товаров, обеспечивающие повышение удовлетворение уровня потребностей населения в товарах и услугах.

Данные таблицы показывают, что в течение многих сотен тысяч лет численность населения Земли оставалась примерно на одном и том же уровне. Однако, с 15-го века по 18 век численность населения Земли стала возрастать в малой степени. Но в последующем, начиная с 18-го века, после технических достижений людьми, население Земного шара стало заметно возрастать и к 1900 году достигло двух миллиардов человек. В конце 20-го века население Земли резко возросло и превысило 7 миллиардов человек.

Увеличение численности населения стран мира возросло в наибольшей степени за последние два столетия. Резкий рост количества населения в этот период, носящий взрывной характер, объясняется наличием у людей условий, появившихся на Земле при развитии научно-технического прогресса.

Люди в течение многих тысячелетий пользовались только тем, что создала природа. Они почти не имели возможности запасать что-то, и в первую очередь, продукты питания, впрок. Люди в своей жизни значительно зависели от капризов природы. Экономическое положение людей, и прежде всего, обеспечение их продуктами питания, находилось на низком уровне.

Люди жили впроголодь и практически не имели благоустроенных, по современным меркам, жилищ. Человечество не имело дорог для обеспечения передвижения различных средств транспорта. Люди могли жить преимущественно только в местности с хорошим благоприятным климатом.

В то же время, в последние столетия, с накоплением людьми знаний о природе, с получением новых научных результатов в экономике, экологии, медицине, люди в большей мере получили возможность использовать почвенно-земельные, водные, биологические, минеральные, энергетические ресурсы для обеспечения удовлетворения своих потребностей, повышения их жизненного уровня, что положительно сказалось на увеличении численности людей на Земле.

Коренные достижения в жизни человеческого общества происходили с каждым изобретением или открытием людьми в технике, экономике, медицине, экологии и др.

В технике с изобретениями и открытиями люди научились использовать внешние источники энергии: силу ветра, уголь, нефть и газ, атомную энергию, гидроэнергию и др.

Так, использование силы ветра позволило людям с малыми затратами энергии осваивать новые земли, пользоваться дарами природы всей земли. Использование нефти позволило повысить эффективность хозяйственной деятельности предприятий стран мира. Изобретение паровых машин позволило создать новый вид транспорта – железнодорожный. Открытие способов добычи нефти позволило внедрить в практику новые виды транспорта: автомобильный и авиационный.

Изобретение способов выработки электроэнергии позволило организовать широкомасштабное её использование в практике. Использование электроэнергии позволило создать новые мгновенные виды связи: радио и телевидение. Людьми внедрены в своей деятельности компьютеры.

Все эти технические изобретения позволяли людям значительно улучшать жизнь, делать её более комфортной. Накопление богатства позволило людям улучшить жизнь людей, увеличивать среднюю продолжительность их жизни на Земле.

Открытия в медицине так же из века в век, значительно преобразовали мир. Они изменяли ход истории, сохраняя несчётное количество жизней. Шаг за шагом знания о медицине накапливались со времен, и когда даже небольшой порез угрожал инфекционным заражением и смертью. Так, люди постепенно начинают использовать:

- лигатуры для остановки крови во время проведения операции;
- для визуализации внутренних органов использовать рентгеновские лучи;
- средствами общей анестезии облегчать боль [3,4].

Со времен экологических и биологических открытий, в частности, генной инженерии становится все более мощным инструментом для новых достижений в области медицины, ветеринарии, фармакологии, пищевой промышленности, сельском хозяйстве. С помощью генной инженерии и не только, стало возможным конструирование из различных фрагментов ДНК нового генетического материала, введение которого в реципиентный организм, обеспечивает условия для его функционирования и стабильного наследования. Уникальным событием стало появление мутации гена HAR1 F, который определяет организацию мозга на 5-9 неделе развития эмбриона. Вероятно, такое внезапное точечное изменение в геноме наших далеких предков 7-5 млн. лет тому назад могло привести к качественному скачку в организации мозга. Это стало причиной развития социального сознания и культуры, приведшего к необычайному численному росту человечества. В результате такой мутации после длительной эпохи антропогенеза появились речь и язык, человек овладел огнем и технологией каменных орудий. Все это, как следствие, влечет за собой увеличение количества жителей на планете.

Особенно высокими темпами происходило накопление материального и нематериального богатства людьми разных стран в последние два столетия. В этот период быстрыми темпами произошло увеличение объемов производства, цена материальных ценностей возросла в десятки раз.

Однако, начиная с эпохи Великих Географических открытий, с первой половины 15-го века население Земли стало заметно возрастать. К 1800 году общая численность населения Земли достигла уже почти 1 млрд. человек. Средняя продолжительность жизни людей в этот период составляла только 24 года.

В течение многих сотен тысяч лет численность населения Земли оставалась практически на одном и том же уровне и почти не возрастала. Основной причиной этому явилось малая средняя численность населения и средняя продолжительность средней жизни людей. Люди имели много болезней, которые значительно уменьшали срок их жизни. Большая часть людей умирала в детском возрасте, так как люди не имели лечить многие болезни.

Практика также показала, что когда средний срок жизни людей составляет 22 года, то происходит только восстановление имеющейся численности населения, которое остается на одном и том же уровне. И лишь только, когда средняя продолжительность жизни людей превысит 22 года при малом количестве войн, так стал происходить быстрый рост численности населения Земли.

Этим объясняется тот факт, что в течение многих сотен тысяч лет численность населения Земли почти не возрастала. И лишь в последние два столетия при значительном увеличении средней продолжительности жизни в условиях роста достижений научно-технического прогресса численность населения стран мира за два столетия возросло почти в десять раз.

Технический, технологический и научный прогресс, начавшийся происходить в мире, оказал, значительное повышающее влияние на численность населения планеты и дальше будет оказывать - прогнозируют ученые.

Президент РФ В. Путин в своем Послании Федеральному собранию заявил, что политика российских властей направлена на сбережение людей и поддержку семьи. "Естественный прирост населения продолжается. Коэффициент рождаемости - 1,7. Это выше, чем у других стран. В 2015 году этот показатель будет еще немного выше - на уровне 1,78", - пообещал Путин. Также президент высказался на тему изменений в сфере медицины. Продолжим наращивать уровень информатизации здравоохранения. Врачи должны получить больше времени для работы с пациентами", - заявил президент. [5].

Все выше приведенные мероприятия дадут еще более стремительный рост возможностей в увеличении количества жителей Земного шара, которого еще не бывало за всю историю человечества.

Библиографический список:

1. INTERFAX.RU – Электронный ресурс. – режим доступа: <http://www.interfax.ru/world/539500> (дата обращения: 07.12.2016)
2. А.Н. Зубец, Руководитель Центра стратегических исследований компании РОСГОССТРАХ, руководитель Департамента социологии Финансового университета при Правительстве РФ, д.э.н. AZ-64@yandex.ru Количественные оценки в истории (инструменты для клиометрии) Финансовый университет при Правительстве РФ, 2014 г.
3. Клиффорд А. Пиквер Великая медицина. От знахарей до роботоз-хирургов. 250 основных вех в истории медицины // Издательство «Бином. Лаборатория знаний», 2014 г. Серия: «Великие науки». С. 6. Режим доступа: http://binom-press.ru/books_1/na_dosuge/vel_medityna_frag.pdf (дата обращения: 07.12.2016)
4. Вестник. Научно-популярный журнал. – Электронный ресурс. – режим доступа: <http://vestnik.icdc.ru/index.php/component/content/article/28-spetsialnye/1487-razvitie-meditiny-ot-kamennogo-veka-do-nashikh-dnej> (дата обращения: 07.12.2016)
5. Наука Сибири. Мифы и реальности геной инженерии. № 13 (2299) 1 апреля 2001 г. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://www.sbras.ru/HBC/hbc.phtml?10+41+1> (дата обращения: 07.12.2016)

6. Генная инженерия и клонирование человека. – Электронный ресурс. - Режим доступа: <http://www.proza.ru/2016/09/27/825> (дата обращения: 07.12.2016)
7. Факторы деградации биосферы. Рост численности населения земного шара от палеолита до настоящего времени. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/4318207/> (дата обращения: 07.12.2016)
8. Послание Федеральному собранию: «Борьба с коррупцией — это не шоу». О росте рождаемости и медицине. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://gorodbryansk.info/2016/12/putin-46/> (дата обращения: 07.12.2016).

Николаева Александра Александровна

студентка Санкт-Петербургского Архитектурно-Строительного Университета,
факультет Архитектуры, направление «Архитектура». E-mail: lolipop5@mail.ru

Айтуганова Анастасия Андреевна

студентка Санкт-Петербургского Архитектурно-Строительного Университета,
факультет Архитектуры, направление «Реконструкция и реставрация
архитектурного наследия»

УДК 61

**БОЛЕЗНИ БУДУЩЕГО И ОПАСНОСТИ, ГРОЗЯЩИЕ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
(FUTURE DISEASES AND DANGERS THAT THREATEN HUMAN HEALTH)**

Аннотация: В данной статье рассмотрены болезни, представляющие опасность человеческому организму. Проанализированы возможные причины их возникновения и влияющие на них факторы. На основе проведенного исследования даны рекомендации по профилактике заболеваний и возможные способы лечения определенных болезней.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, зависимость виртуального мира, депрессия, расстройство нервной системы, хенипавирус.

На сегодняшний день неоспорима актуальность проблемы здоровья человека. с каждым годом растет количество новых видов заболеваний, и несмотря на то, что ученые регулярно делают успехи на пути к открытию новых лекарственных препаратов и вакцин, медицина не успевает так же стремительно развиваться. На данный момент невозможно предугадать какие вирусы угрожают человеческому организму, но по данным статистического анализа Всемирной Организации Здравоохранения можно распознать характер заболеваний и расстройств, которые могут поразить человечество.

Вредоносные бактерии могут обитать в таких, на первый взгляд, непривычных для человека местах. например, в больницах, где, казалось бы, им совсем не место. науке

известен микроб-вредитель *Staphylococcus aureus*. он безопасен, пока не попадет в кровь, в противном случае человек умирает через несколько дней. антибиотики не могут победить бактерию, поэтому единственное, что может побороть *Staphylococcus aureus* -ванкомицин, очень токсичный препарат, недавно изобретенный учеными. Но его используют крайне редко, во избежание адаптации бактерии к этому лекарству.

Как утверждают ученые, в настоящее время одной из основных причин смертности являются сердечно-сосудистые болезни. малоподвижный образ жизни и старение населения планеты являются причинами этих заболеваний.

В ближайшие десятки лет темп распространения таких традиционных болезней, как малярия, чума, холера значительно снизится и на смену им придут новые болезни современности. одной из них является расстройство нервной системы.

как показывает статистика депрессивному состоянию подвержен 121 млн. человек. Депрессия сказывается на способностях людей в работе, на отношениях, а также снижает качество жизни в целом. хочется добавить, что люди с ослабленной нервной системой и проблемами с психикой наиболее подвержены наркотическому влиянию.

также распространятся болезни, напрямую связанные с развитием технологий. они дают широкий спектр возможностей обществу, вследствие чего очень тяжело отказаться от онлайн взаимодействий. Следовательно, виртуальная зависимость станет серьезной проблемой будущего. Уже сейчас можно заметить проявлений этого заболевания среди молодежи. Все больше времени подростки уделяют компьютерам, онлайн-играм и интернету. Психологов же пугают возможные приступы беспричинной агрессии, раздражительности.

Ученые отметили, что в будущем некоторые кибернетические имплантаты могут вызвать серьезные аллергические реакции у людей, т. к. мы не знаем, как наши тела будут на них реагировать с течением времени. осложнения могут проявляться в виде воспалений, инфекций и болей. нельзя не отметить развитие нано технологий. поскольку они включают производство на молекулярном уровне, возможно, что люди войдут в тесный контакт с этими нано популяциями. это может привести к серьезным проблемам со здоровьем.

Наряду с вышеперечисленными болезнями, ученые из США выявили новую угрозу, в частности, Западной Африке. Американские исследователи обнаружили, что в крови летучих мышей, обитающих на территории западноафриканской страны Камеруна (Cameroon), имеются специфические антитела к хенипавирусам. В Азии и Австралии такие вирусы уже становились причиной пока еще редких, но смертельных вспышек опасного заболевания, которое может проявляться тяжелым менингоэнцефалитом и/или поражением легких. Проблема заключается в том, что хенипавирусы способны стать более агрессивными и вызвать эпидемию, которая может затмить даже нынешнюю эпидемию вирусной лихорадки Эбола. Поэтому можно сделать вывод, что носителями многих возбудителей болезней являются животные.

Несмотря на страшные прогнозы ученых, человек все-таки может обезопасить свой организм от вредоносных бактерий, вирусов и от разного рода зависимостей.

трудно дать какие-то конкретные советы по борьбе с депрессией, но, соблюдая ряд простых рекомендаций, можно сохранить свое психологическое и физическое здоровье. не стоит ограничивать себя в полноценном отдыхе и сне. Человеку требуется как минимум 8 часов для восстановления энергии для нового дня. Одним из важнейших факторов здоровья является правильное сбалансированное питание. Проводите больше времени с родными и близкими. Регулярно прогуливайтесь в парке, посещайте театр и кино. А также надо больше двигаться и не забывать находить время для себя.

Что касается профилактики лечения интернет зависимости, существуют специальные центры поддержки и клиники, занимающиеся реабилитацией таких больных. «Сегодня в российских центрах применяют два метода лечения компьютерной зависимости:

психотерапия и психофармакотерапия. Если первое подразумевает лечение без медикаментов, то второе – прием психотропных средств (антидепрессанты и противотревожные препараты) и использование капельниц» — говорит Дмитрий Федотов, психиатр клиники СПО Центр. Самый эффективный способ борьбы с интернет-зависимостью — вернуться в реальную жизнь и забыть о существовании интернета на несколько дней. Тут полезны такие же рекомендации, как и по борьбе с депрессией. Стоит Использовать Всемирную сеть в большинстве случаев для приобретения необходимых и важных навыков и получения информации, имеющей практическое значение.

Таким образом, нами была изучена проблема здоровья человека, которая так актуальна в наши дни. Нами были рассмотрены заболевания, которые могут представлять угрозу нашему организму, их причины, профилактика и возможные методы борьбы с вредоносными вирусами. Наука и медицина не стоят на месте, и мы должны надеяться на кропотливый и нелегкий труд ученых, который поможет нам хоть на шаг быть впереди природы

Библиографический список:

1. Болезни сердца и сосудов: медицинская литература/ Джон Кэмми и др./Перевод с англ. под ред. Е.В. Шляхто, Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2011г.-2289.
2. «10 болезней современности, которые угрожают каждому. Определи свою группу риска»: медицинская литература/ Ильин В.Ф., издательство: Вектор,2011г.-128.
3. Коллиас, К. Семья и душевное здоровье человека Коллиас, К. [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.matrony.ru/krizis-sovremennoj-semi/> - Дата доступа: 08.04.2013
4. «Жизнь и смерть в 21 веке: Болезни будущего»: Научный фильм ВВС,1999 г.

Хагверди Эльдар Рагибович

ассистент кафедры Психиатрии и наркологии Азербайджанского
Государственного Института Усовершенствования Врачей имени А. Алиева.

Hagverdi E. R.

assistant Professor , of the department psychiatry and narcology of the Azerbaijan State
Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev

E-mail: eldar-hagverdi@gmail.com

УДК 616.891.2; 616.891.6

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ И МОБИЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОТ ТРЕВОЖНЫХ И ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

THE IMPACT OF ELECTRONIC AND MOBILE TECHNOLOGIES ON THE CONDITION OF PERSONS SUFFERING FROM ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS

Аннотация: Объект исследования - лица, обратившиеся в частные медицинские центры психиатрического и общего профиля в г. Баку, Азербайджан. В исследовании участвовали 158 пациента с различными фобическими и тревожными расстройствами. В работе использовался клиничко-психопатологический, клиничко-эпидемиологический, патопсихологический и структурно - динамический методы исследования

Ключевые слова: Фобические расстройства, тревожные расстройства, агорафобия, мобильные технологии, электронные технологии, интернет.

Annotation: The persons were suffering from anxiety and phobic disorders who applied to private health centers in Baku, Azerbaijan. The study involved 158 patients with various phobic and anxiety disorders. We used a clinical-psychopathological, clinical, epidemiological, pathopsychological and structural - dynamic methods.

Keywords: Phobic disorders, anxiety disorders, agoraphobia, mobile technology, electronic technology, Internet.

Введение

Электронные и мобильные технологии давно уже стали неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Трудно представить себе жизнь современного человека без интернета. Очевидно, что пациенты, страдающие от различных расстройств пытаются использовать эти технологии, чтобы облегчить свои страдания. В Азербайджане, исследование такого рода осуществляется впервые.

В исследовании участвовали 158 пациента с различными фобическими и тревожными расстройствами. У 38 обследованных наблюдалась агорафобия, у 45 — паническое расстройство, 29 - социальные фобии, у 26 - генерализованное тревожное расстройство.

С помощью специально разработанной анкеты мы попытались выяснить характер влияния гаджетов на состояние лиц страдающих тревожными и фобическими расстройствами. Цели использования электронных технологий у данного контингента были следующие:

- 1) использование гаджета как средства немедленной связи с врачом, психотерапевтом, или другим лицом (родственники, друзья, знакомые) которое может облегчить страдания пациента;
- 2) как средство, с помощью которого осуществляется постоянное лечение;
- 3) как средство, облегчающее социальное взаимодействие, нарушенное тревожным или фобическим расстройством;
- 4) как способ получения информации- о своем здоровье вообще, о своем заболевании, о применяемых для лечения средствах (лекарства, психотерапия), получение информации о лечащих врачах и\ или психотерапевтах
- 5) как средство отвлечения от неприятных мыслей, связанных с заболеванием.

Результаты исследования отражены в таблице 1

Табл 1

	Агорафобия (38)	Социальные фобии (29)	Генерализованное тревожное расстройство (26)	Паническое расстройство (45)	Всего (138)
Неотложная помощь	29 (76%)	2 (6,9%)	18 (69,2%)	40 (88,9%)	89 (64,5%)
Постоянное лечение	4 (19,5%)	2 (6,9%)	-	6 (13,3%)	12 (8,7%)
Облегчение общения	18 (47,3%)	25 (86,2%)	7 (26,9%)	14 (31,1%)	64 (46,4%)
Источник информации	30 (80,0%)	20 (69,0%)	17 (65,4%)	36 (80,0%)	103 (74,6%)

Средство отвлечения	22 (57%)	14 (48,3%)	16 (61,3%)	31 (69,0%)	83 (60,1%)
---------------------	----------	------------	------------	------------	------------

Анализ данных таблицы позволяет сделать вывод о том, что практически все участники опроса использовали электронные и мобильные технологии для облегчения своего состояния. Гаджетами, как средством установления неотложной связи с лицом, которое обычно оказывает помощь, больше всего пользовались, как и следовало ожидать, лица с паническим расстройством и с агорафобией; 76% и 89% соответственно. Оставшиеся пациенты не пользовались для этого средствами связи только потому что никогда не выходили одни, или рядом с ними всегда находился человек, который мог бы в случае приступа страха оказать им помощь. Обычно в случае панических атак пациенты используют телефонные звонки, СМС, чуть реже такие приложения как «whatsapp», «Facebook messenger». Следует отметить, что у этих пациентов мобильное устройство само по себе выполняло функцию транквилизатора, или своеобразного амулета. Приведем пример одного пациента с паническим расстройством, который сообщил о том, что однажды очень сильно испугался, потому что, вынужден был взобраться на крышу своего дома во время сильного снега. При этом, как выяснилось, он боялся не того, что он мог упасть со скользкой крыши, а того, что он не взял с собой мобильный телефон. Он боялся того, что мог потерять сознание на крыше (!), и никто ему там не смог бы помочь. При этом он не учитывал реальную опасность для жизни. Как уже говорилось выше, пациенты этой группы использовали электронные и мобильные средства для установления экстренной связи с лечащим врачом, психотерапевтом, или с другим лицом (родственником, другом, знакомым, для них было особенно желанно, чтобы эти лица имели отношение к медицине).

Устройствами для постоянного лечения пользовались не очень большое количество обследованных пациентов (всего 12 человек). Во всех случаях это была психотерапия с помощью приложения Skype, которые пациенты выбрали из-за относительно низких цен на этот вид терапии, и, как вторую причину они указали на то, что им не надо выходить из дома благодаря дистанционной терапии.

Большинство всех обследованных пациентов 103 (74,6%), а так же все пациенты, устройства которых имели выход в интернет, активно пользовались глобальной сетью для сбора информации о своем заболевании, о лечащих врачах, назначенной терапии. Многие отметили, что нашли своих врачей или психотерапевтов с помощью интернета, это дало им возможность сделать свой выбор самостоятельно.

Подавляющее большинство пациентов с социальной фобией 25 (86,2%) пользовались электронными и мобильными технологиями для облегчения социального общения, в основном для этой цели подходили социальные сети. Для некоторых пациентов социальные сети были основным способом общения, особенно это касалось неженатых мужчин и женщин, многим из которых было очень трудно устанавливать контакт с противоположным полом. Социальные сети давали им возможность в дальнейшем включиться в реальные отношения.

60% всех обследованных пациентов пользовались электронными и мобильными технологиями для отвлечения от неприятных мыслей- предчувствуя паническую атаку, нахождение среди большого количества людей, облегчение общего тревожного настроения и прочее. Для этого большинство пациентов использовало несложные игры в жанре arcade или logic, чтение популярной литературы, просмотр видео, попавшего в топ, прослушивание любимой музыки.

Отдельной, малоизученной группой пациентов оказались лица, которые приобретали сексуальный опыт, или реализовывали свои фантазии, которые они считали неприемлемыми, путем просмотра порнографического видео. Многие из этих фантазий ими никогда не осуществлялись в реальности, и пациенты утверждали, что они не собираются

осуществлять их и в будущем. Эти социально неприемлемые фантазии носят перверзивный и зачастую инцестуальный характер, пациенты сообщают о них только своим терапевтам, а в ряде случаев сами эти фантазии становятся полностью доступны сознанию только лишь в результате психотерапии.

В завершении необходимо отметить, что ни один из обследованных пациентов не страдал интернет, игровой зависимостью, или зависимостью от социальных сетей.

Выводы:

1) Практически все обследованные пациенты пользовались электронными и мобильными технологиями для облегчения своего состояния.

2) Для многих обследованных, особенно для лиц с социальной фобией социальные сети служат прекрасным средством вовлечения в реальные профессиональные, дружеские и сексуальные отношения.

3) Следует более широко использовать возможности электронных и мобильных устройств, рекомендовать их для использования пациентам с тревожными и фобическими расстройствами

Библиографический список:

1 D Ben-Zeev, KE Davis, S Kaiser, I Krzsos, Robert E. Drake - Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2013

2 Michele L. Ybarra, William W. Eaton Internet-Based Mental Health Interventions Mental Health Services Research June 2005, Volume 7, Issue 2, pp 75-87

3 A Barak, JM Grohol - Current and future trends in internet-supported mental health interventions Journal of Technology in Human Services, 2011

4 Robotham, Dan • Mayhew, Matthew • Rose, Diana, et al. Electronic personal health records for people with severe mental illness BMC Psychiatry (2015)

5. Stephen P Lewis, Nancy L Heath, Natalie J Michal and Jamie M Duggan Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012

6. J Proudfoot- The future is in our hands: the role of mobile phones in the prevention and management of mental disorders - Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2013

7. Савкина Татьяна Оскаровна Слободская Елена Романовна

«Интернет и психическое здоровье подростков» Сибирский научный медицинский журнал № 6 / том 30 / 2010

**Рудковская Елена Владимировна¹, Троянова Ксения Владимировна²,
Малькевич Людмила Антоновна³, Кононович Наталья Алексеевна.⁴**

^{1,2}Студент, ³ к.м.н., доцент, Белорусский государственный медицинский университет,

⁴зав. отделением медицинской реабилитации ГУ «РНПЦ спорта»

E-mail: RudkovskaiaEV@yandex.by

УДК 796.01

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Актуальность. Травматизм в спорте всегда является актуальной темой, ведь зачастую именно травмы мешают спортсменам добиваться наивысших результатов и являются причиной прекращения профессиональной карьеры.

Повреждения капсульносвязочного аппарата голеностопного сустава является одним из наиболее частых видов травм у спортсменов: они занимают 2 место после повреждения связочного аппарата коленного сустава. И составляют около 19 % от всех спортивных травм [1]. Для укорочения сроков восстановительного периода и быстреего возобновления тренировок прибегают к комплексной физиотерапии.

Одним из основных компонентов комплексного лечения является криотерапия, которая уменьшает воспалительный процесс путем уменьшения инфильтрацию макрофагов и накоплению воспалительных ключевых маркеров (уровни мРНК TNF- α , NF-kB, TGF- β и

ММР-9 и процент макрофагов), не влияя на область повреждения мышц и экстацеллюлярного ремоделирования [2]. Физиологические эффекты криотерапии включают снижение боли, кровотока, отека, воспаления, мышечного спазма и метаболических процессов [3].

Также необходимо помнить о ее высочайшей рентабельности, поскольку криотерапия не может навредить спортсмену в любом виде спорта и положительно повлияет на его спортивные результаты [4].

Цель исследования: оценить эффективность локальной криотерапии в комплексном лечении спортсменов с повреждениями капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава.

Задачи:

Оценить сроки восстановительного периода спортсменов при использовании локальной криотерапии.

Изучить схемы физиотерапевтического лечения при повреждениях капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава и их результативность.

Материал и методы. Исследования проводили на базе физиотерапевтического отделения «РНПЦ спорта» у спортсменов с повреждением капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава легкой и средней степени. Пациентам I-й группы (21 человек) проводили локальную криотерапию от аппарата «CryoAirC200», Mecotec, ФРГ, в комплексе с традиционной физиотерапией. II-й группе (13 человек) - криотерапия не назначалась.

Оценивали сроки купирования болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и сроки восстановительного периода спортсменов (время возвращения к тренировкам).

Результаты обрабатывали с помощью ППП Statistica 10.0 и представлены в виде медианы, 25-ого и 75-ого квартиля. Статистически значимыми различиями был принят уровень $p < 0,05$ при попарном сравнении между группами (U-тест Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение. По возрасту, полу и видам спорта группы были достоверно сопоставимы (таблица 1).

Таблица 1. Распределение исследуемых лиц по полу, возрасту и виду спорта

	I группа	II группа
Пол:		
• Женский	57% (12 человек)	45% (6 человек)
• Мужской	43% (9 человек)	55% (7 человек)
Возраст:		
• 11-13 лет	10% (2 человека)	18% (2 человека)
• 14-17 лет	19% (5 человек)	18% (2 человека)
• 18-25 лет	52% (9 человек)	46% (7 человек)
• Более 26 лет	19% (5 человек)	18% (2 человека)
Виды спорта:		
• Игровой	57% (12 человек)	46% (6 человек)
• Борьба	14% (3 человека)	27% (4 человека)
• Фигурное катание	10% (2 человека)	9% (1 человек)
• Легкая атлетика	19% (4 человека)	18% (2 человека)

У пациентов I-й группы, получавших локальную криотерапию, болевой синдром купировался к 3-ей процедуре, у пациентов II-й группы болевой синдром купировался к 8-ой процедуре.

Сроки восстановления зависели от проводимого комплексного лечения и были представлены соответственно на рис. 1 для I-ой и рис. 2 для II-ой групп.

Пациентам первой группы из традиционной физиотерапии назначались: фонофорез с гидрокортизоном на пораженную область, магнито-инфракрасная лазерная терапия (МИЛ-терапия), введение лекарственных веществ с помощью диадинамических токов (ДДТ электрофорез).

Метод локальной криотерапии в комплексе с методами традиционной физиотерапии

Дни

■ Криотерапия+Магнитотерапия+ДДТ электрофорез
■ Криотерапия+ МИЛ-терапия
■ Криотерапия+Магнитотерапия+ДДТ электрофорез(электроочистка) + МИЛ-терапия(лазеротерапия)
■ Криотерапия + УВ с гидрокортизоном

Все спортсмены хорошо переносили лечение. Побочные эффекты и осложнения, как во время, так и после процедур не наблюдались.

Рисунок 1 –Сроки восстановительного периода спортсменов (в днях) в I группе.

Комплексы, состоящие из методов традиционной физиотерапии

- Магнитотерапия + ДДТ электрофорез
- МИЛ-терапия
- Магнитотерапия+ДДТ электрофорез+МИЛ-терапия
- УФ с гидрокортизоном + электростимуляция

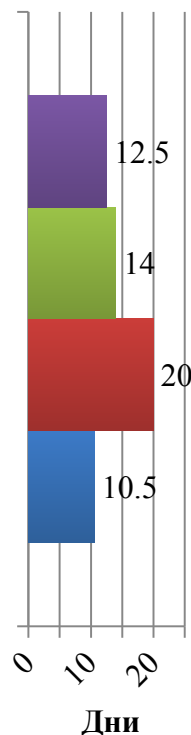


Рисунок 2 –Сроки восстановительного периода спортсменов (в днях) во II группе. Статистически значимое увеличение сроков восстановления спортсменов наблюдали во II группе. Сроки восстановления в I-ой группе составили 6 дней[3;11]. Сроки восстановления во II-ой группе равны 12-ти дням [8;14] ($U = 79,5$; $p = 0,039$ ($p < 0,05$)).

Выводы:

Криотерапия позволяет значительно снижать сроки восстановительного периода ($p < 0,05$), что проявляется в быстром купировании болевого синдрома при повреждениях капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава.

Наиболее эффективной схемой физиотерапевтического лечения является комбинация криотерапии с магнитотерапией и диадинамоэлектрофорезом (ДДТ электрофорез).

Литература:

1. Спортивная медицина и наука/<http://www.sportmedicine.ru/>[http://www.sportmedicine.ru/sport_injury_statistics.php] (02.05.2016)
2. Cryotherapy Reduces Inflammatory Response Without Altering Muscle Regeneration Process and Extracellular Matrix Remodeling of Rat Muscle/ Vieira Ramos, G. *et al*///. - *Science Report*. **6**, 18525; doi: 10.1038/srep18525 - Jan. 2016.
3. Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury/ Malanda GA *et al*// *Postgrad Med*. - 2015 - Jan;127(1) – p.57-65.
4. Малькевич Л.А. Влияние локальной криотерапии на функциональное состояние спортсменов/ Малькевич Л.А и др.//Здоровье для всех: материалы IV Международной научно-практической конференции, УО “Полесский государственный университет”, г. Пинск, 26 – 27 апреля 2012 г.: в 3 ч. Ч. 2 / Национальный банк Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К.К. Шебеко [и др.]. – Пинск: ПолесГУ, 2012. - С.216-219

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ЕЕ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ВАРИАНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение. Тяжелая бронхиальная астма (БА) является крайне актуальной проблемой для педиатра. Тяжелая БА у детей, как и у взрослых, проходит с частыми обострениями, значительным снижением функциональных показателей легких и качества жизни больных [5,43]. Ее распространенность среди детей составляет 1: 1000, причем болеют преимущественно дети старше 10 лет [5,28]. Качество жизни снижается наиболее ощутимо именно у пациентов с тяжелым, особенно тяжелым неконтролируемым течением БА. Приведенные данные объясняют необходимость поиска возможных предикторов тяжелой БА, а также определения четких клинических критериев ее верификации.

Важное значение в диагностике заболевания принадлежит анамнестическим данным, а именно данным о наследственной отягощенности аллергическими заболеваниями, наличие у больного ребенка сопутствующих заболеваний аллергического генеза (атопический дерматит, крапивница, отек Квинке). Важное значение в диагностике БА отводится указаниям о зависимости возникновения симптомов заболевания от воздействия тех или иных аллергенов и триггеров, а также эффективность применения бронходилататоров [10,32].

Одним из возможных подходов в выявлении факторов, которые являются предикторами тяжелого течения заболевания, является сравнительная характеристика пациента с тяжелым и среднетяжелым течением БА на основе стандартизированного набора признаков. Следовательно, анализ клинико-анамнестических показателей у детей с признаками БА позволит врачу оптимизировать раннюю верификацию тяжелого течения БА, повысить эффективность лечения и улучшить прогноз.

Цель исследования: проанализировать диагностическую ценность клинико-анамнестических показателей при тяжелой БА по сравнению со среднетяжелым вариантом.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 60 детей школьного возраста, больных БА. В зависимости от тяжести заболевания детей распределили на две клинические группы. Первую клиническую группу (I) составили 30 детей с фенотипом тяжелой БА, вторую группу (II) – 30 детей со среднетяжелым вариантом БА. По основным клиническим признакам группы сравнения достоверно не отличались.

Методом опроса были собраны интересующие нас клинико-анамнестические данные. Отягощенность семейного анамнеза в отношении atopических заболеваний и БА оценивалась по генеалогическому индексу (ГИ) [8,75].

Полученные результаты исследования анализировали с помощью компьютерных пакетов Statistica StatSoft Inc. и Excel XP для Windows с использованием параметрических и непараметрических методов вычисления.

Результаты исследования. С учетом мультифакторной природы БА считается целесообразным проанализировать анамнестические особенности обследованных детей. Оценка дебюта заболевания в группах наблюдения показала, что в группе детей с тяжелым

течением БА преобладали пациенты с так называемой «астмой раннего начала», которая диагностировалась в 53,3% против 42,9% ($P > 0,05$) случаев группы сравнения.

Отмечено, что только среди больных тяжелой БА были пациенты, рожденные от третьих и последующих родов, что является предпосылкой к частым эпизодам острых респираторных заболеваний (ОРЗ). ОРЗ могут владеть как иницирующим, так и протекторным эффектом относительно развития БА [3, 114]. Так, инфекционный индекс более 2,0 отмечен у 33,3% пациентов с тяжелой БА против 13,2% больных группы сравнения ($P < 0,05$).

В группе детей с тяжелой БА чаще регистрировалась отягощенность индивидуального аллергологического анамнеза. Признаки аллергического ринита и атопического дерматита отмечались у 21 ребенка ($70,0 \pm 8,3\%$) I клинической группы и у 13 школьников ($46,4 \pm 9,1\%$) группы сравнения ($P < 0,05$). В то же время фенотип тяжелой астмы коррелировал с наличием медикаментозной или сочетанной (медикаментозной с пищевой и бытовой) аллергии: у каждого пятого ($24,2 \pm 6,0\%$) пациента против 0 случаев в группе сравнения ($P < 0,05$). Следует отметить, что генеалогический индекс (ГИ) при наличии аллергических заболеваний в семьях больных в группах сравнения существенно не отличался. Так, ГИ составлял в среднем в I группе 0,17 у.е. и 0,16 у.е. во II группе. Но ГИ больше, чем 0,16 у.е. регистрировался у детей с тяжелой астмой во 50,0% случаев против 28,6% наблюдений ($P < 0,05$) в группе сравнения.

Анализ особенностей клинических проявлений БА в течение года у детей групп сравнения показал, что тяжелой астме присуща сезонность заострений в отличие от среднетяжелого течения БА. Связь обострений с сезонностью отмечали 87,0% детей, больных тяжелой БА, относительно 69,2% пациентов II клинической группы ($P > 0,05$). В то же время среди пациентов I клинической группы большинство сезонных обострений БА (60,9% случаев) случались в холодное время года (ноябрь – март) в отличие от II клинической группы, где в это время года обострения отмечала лишь треть пациентов (36,3% случаев) ($P < 0,05$).

Указанная сезонность ухудшения клинического течения тяжелой БА была связана с преобладанием неспецифических триггерных факторов обострений (ОРВИ на фоне повышенной влажности и низкой температуры воздуха) [4,94]. Так, провокация обострений БА в I группе ассоциировалась с триггерной ролью ОРВИ в 33,3% случаев и метеорологическими факторами в 23,8% против 8,3% случаев ($P < 0,01$) и ни одного случая ($P < 0,01$) во II группе соответственно.

О клинических особенностях течения заболевания отмечено, что у детей с тяжелой БА дневные симптомы заболевания с частотой более одного раза в неделю случались в

$36,0 \pm 8,7\%$ случаев против $10,5 \pm 5,5\%$ ($p < 0,05$) наблюдений среди больных со среднетяжелым течением БА. Для данной когорты пациентов было характерным тяжелое ограничение физической активности в $28,0 \pm 8,1\%$ случаев против $5,2 \pm 4,0\%$ ($p < 0,05$) детей II клинической группы. Соответственно для них была характерной частота госпитализации 4-5 раз в год в $24,0 \pm 7,7\%$ случаев ($P < 0,01$), частота использования

β 2-агонистов по необходимости больше четырех доз в день в $16,0 \pm 6,6\%$ ($p < 0,05$) случаев против одного ребенка II клинической группы.

Ежемесячные обострения БА случались у представителей первой группы в $36,0 \pm 8,7\%$ случаев против $15,7 \pm 6,6\%$ ($P < 0,05$) во II клинической группе.

С учетом полученных данных был проведен клинко-эпидемиологический анализ результатов обследования детей с фенотипом тяжелой астмы. В таблице №1 приведены показатели диагностической ценности клинко-анамнестических показателей в верификации фенотипа тяжелой БА относительно ее среднетяжелого варианта.

Таблица 1

Диагностическая и прогностическая ценность клинико-anamnestических маркеров тяжелой и среднетяжелой БА

Клинико-анамnestические данные	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предполагаемая ценность результата, %		Отношение шансов
			Позитивног о	Негативног о	
Ранний дебют заболевания	53,3	67,1	71,7	55,0	1,5
Инфекционный индекс 2 и >	33,0	87,2	71,7	56,5	3,3
Наличие медикаментозной или сочетанной Аллергии	27,6	90,3	83,3	42,9	4,8
Наличие сопутствующих аллергических болезней	70,3	54,7	60,3	64,3	2,7
Генеалогический индекс	50,4	72,4	49,3	59,0	2,6
Сезонность	61,1	64,2	48,1	62,1	2,7
Триггерная роль ОРВИ	33,3	91,7	80,1	57,9	5,5
Триггерная роль метеорологических Факторов	23,8	92,3	83,3	42,9	3,8
Выразительность дневных симптомов БА более 1 раза в неделю	36,0	90,2	78,3	58,4	5,0
Ограничение физической активности	28,3	95,3	72,4	56,9	7,4
Ежемесячная частота обострений	36,2	85,1	70,6	57,0	3,2

Интегральная оценка диагностической значимости исследованных клинико-анамnestических параметров свидетельствует о достаточном количестве достоверных маркеров в верификации тяжелой БА у детей, риск диагностирования которой достоверно повышали наличие аллергии, большой инфекционный индекс, триггерная роль ОРВИ и роль метеорологических факторов в провокации обострений БА, ограничения физической активности и ежемесячная частота обострений.

Вывод. Следовательно, риск диагностики тяжелой бронхиальной астмы у детей достоверно повышал ряд клинико-anamnestических параметров, учет которых в клинической практике может быть эффективно использован при определении тактики контролируемого лечения.

Библиографический список:

1. Безруков Л.А. Клинико-анамнестическая характеристика бронхиальной астмы в школьном возрасте / Л.А. Безруков, У.И. Марусик // Дет. врач. - 2014. - № 2.
2. Балаболкин, И.И. Атопия и аллергические заболевания у детей / И.И. Балаболкин // Педиатрия. 2003. - № 6.
3. Геппе, Н.А. Современные представления о бронхиальной астме у детей и принципах ее терапии / Н.А. Геппе // Мед. помощь. 2001. - № 3.
4. Ильина Н.И. Влияние климатических факторов на спектр и структуру аллергических заболеваний на примере Московского региона / 2014. - № 2.
5. Камарев А.В. Факторы риска тяжелой бронхиальной астмы у детей / А.В. Камаев, О.Ю. Паршуткина, Д.С. Коростовцев // Аллергология. - 2005. - № 1.
6. Молекулярные и фармакологические механизмы тяжёлой бронхиальной астмы / Е.С. Куликов, Л. Огородовая, М.Б. Фрейдин // Вестн. РАМН. - 2013. - № 3.
7. Курбачева А.Н. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и линической картины к выбору терапии / А.Н. Курбачева, К.С. Павлова // Росс. аллер гл. же. - 2013. - № 1.
8. Мачулина Л.Н. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка / Л.Н. Мачулина, Л.М. Беляева, Л.И. Матушь // Офиц. изд. - Минск, 1999
9. Приказ МЗ Украины от 08.10.2013 № 868 «утверждение и внедрение медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при бронхиальной астме».
10. The Heterogeneity of asthma phenotypes in children and young adults / B. Hesselmar, A.-C. Enelund, B. Eriksson // The J. of Allergy and Clinical Immunology. - 2012. - Article

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей V Международной научной конференции «Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9907998-5-1

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2016