

первой группы и 35,2 % (19/54) второй ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,9179$). Неутешительным является то, что только 2,1 % (1/47) и 3,7 % (2/54) второй группы не было выявлено погрешностей организации гипоаллергенного быта ($p = 0,2834$). При анализе частоты отдельно взятого «нарушения» (таблица 2) на момент проведения исследования в анализируемых группах статистически значимых различий выявлено не было. Также статистически значимых различий не получено при сравнении числа погрешностей в организации быта пациента: в первой группе $Me [25\div 75] = 2 [2: 4]$, во второй — $Me [25\div 75] = 2 [1:4]$ ($U = 1118,5$, $p = 0,3055$).

Таблица 2 — Погрешности организации гипоаллергенного быта

Погрешность	Группа 1	Группа 2	p
Сырость в жилище	46,8 % (22/47)	0 % (0/54)	0,000*
Печное отопление	42,5 % (20/47)	29,6 % (16/54)	0,1196
Домашнее животное	29,8 % (14/47)	31,5 % (17/54)	0,8539
Неправильное обустройство постели	21,3 % (10/47)	13 % (7/54)	0,1984
Горшечные растения	78,7 % (37/47)	79,6 % (43/54)	0,2653
Накопители пыли	31,9 % (15/47)	25,9 % (14/54)	0,5070
Плесень	10,6 % (5/47)	18,5 % (10/54)	0,2040
Активное курение	0 % (0/47)	0 % (0/54)	—
Пассивное курение	38,3 % (18/47)	46,3 % (25/54)	0,4174

Выводы

У половины (46,5 %) детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой выявлены разнородные структурные изменения легких. Триггерами приступов бронхиальной астмы у пациентов с наличием структурных изменений и без них чаще всего выступали переносимая острая респираторная инфекция, вдыхание холодного и сырого воздуха, резкие запахи (без статистически значимых различий между группами). Как правило, в обеих группах провоцирующих факторов было несколько. Гипоаллергенный быт организован лишь у единичных пациентов, а у большинства детей обеих групп выявлено в среднем 2 погрешности, среди которых лидировали наличие горшечных растений в комнате пациента и пассивное курение. Обнаружено, что пациенты первой группы проживали в сырых помещениях чаще, чем дети из группы сравнения. Все выявленные погрешности относятся к управляемым факторам риска и ухудшения течения заболевания. Большая часть этих погрешностей может быть устранена без существенных финансовых затрат родителей. Полученные данные подчеркивают значимость обучения пациентов и их родителей в астма- и аллергошколах, необходимость формирования мощной мотивации личного участия, ответственности пациентов и родителей в лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. International consensus on (ICON) pediatric asthma/ N. G. Papadopoulos [et al.] // Allergy. — 2012. — Vol. 67, № 8. — P. 976–997.

УДК 616.728.3-002-036.8:616.15

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Николаев В. И., Белецкий А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Остеоартроз (ОА) — частое заболевание суставов, относящееся к группе гетерогенных полиэтиологических. По данным ревматологов Европы и США, на долю этого заболевания

приходится до 70 % в структуре всех ревматических болезней и клинически оно определяется более чем у 10–12 % населения Земли. Данное заболевание коррелирует с возрастом, чаще развивается после 30–35 лет. В возрасте старше 70 лет ОА страдают 40–80 % людей, из них 80 % имеют ограничения в движении, а 25 % не могут справиться с ежедневными обязанностями, что приводит к снижению качества жизни этих больных и значительным экономическим затратам как для государства, так и для пациента [1].

В настоящее время во всем мире происходит переоценка старых методов лечения и оценка новых терапевтических средств не только с точки зрения их действенности и безопасности, но и с позиции их эффективности и экономичности. Так, в рамках Международной декады костей и суставов (2001–2010 гг.) решаются вопросы оптимизации терапии различных ревматических заболеваний, в том числе и ОА, с точки зрения экономики. Правильное лечение ОА влечет сокращение расходов, превышающее вложенные средства. Различные виды клинико-экономического анализа позволяют сделать правильный выбор между альтернативными способами терапии, традиционными и новыми оригинальными препаратами структурно-модифицирующего действия, которые используются для терапии ОА [1, 2].

Качество жизни (КЖ) — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. За последнее десятилетие в ревматологии проведены десятки клинических исследований, в которых проводилась оценка эффективности разных методов лечения при использовании опросников КЖ. Для исследования КЖ пациентов с ОА используются как опросники (SF-36, EQ-5D и др.), так и специальные методики (KOOS, HAQ, AIMS-2) [3].

В последние 5–6 лет появились первые публикации в англо- и русскоязычных научных изданиях, свидетельствующие об эффективности внутрисуставного применения плазмы крови, обогащенной тромбоцитами и аутосыворотки крови при экспериментальном ОА, а так же у пациентов с гонартрозом (ГА). Для успешной замены синовиальной жидкости необходимо, чтобы ее аналог обладал такими же биохимическими свойствами и имел такой же жирнокислотный состав эфиров холестерина, как и натуральная синовиальная жидкость. С биологической точки зрения в этом плане наиболее подходит сыворотка крови, как абсолютно биосовместимая биологическая среда и во многом обладающая свойствами сходными с натуральной синовиальной жидкостью [2, 4, 5].

Цель

Проанализировать результаты локальной терапии ГА аутосывороткой крови пациента по показателям КЖ.

Материалы и методы исследования

Были получены результаты клинико-лабораторных исследований и другие данные о состоянии здоровья пациентов с ГА, проходивших лечение на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». Пациентам проведено рентгенографическое исследование коленных суставов, на основании результатов которого определена стадия ГА по Келлгрону. Всем участникам исследования проведено внутрисуставное введение по 5 мл аутосыворотки крови в пораженные коленные суставы с интервалом между инъекциями 1 неделя количеством инъекций от 3 до 5 за 1 курс лечения. Оценка КЖ производилась до и после лечения с использованием стандартного опросника SF-36.

На основе полученной информации была разработана электронная база данных. Данные были сведены в таблицы и обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica», v.8.0.

Результаты и обсуждение

Данные были собраны для 22 пациентов (16 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 31 до 74 лет, медиана составила 59,5 (52; 67) года. У 16 пациентов наблюдалось двустороннее поражение левого (ЛКС) и правого коленных суставов (ПКС), у 6 — одного сустава. Статистически значимых различий как по значениям бедренно-большеберцового угла (ББУ) ($U = 145$; $Z = -1,023$; $p = 0,306$), так и по частоте встречаемости различных стадий ГА по Келлгрону ($\chi^2 = 2,609$; $p = 0,456$) между ЛКС и ПКС выявлено не было. Распределение пациентов по рентгенологическим стадиям ГА по Келлгрону представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Рентгенологические стадии ГА по Келлгрэну у пациентов

Рентгенологическая стадия ГА	Коленный сустав	
	правый, n	левый, n
Отсутствие ГА	4	2
Стадия I	11	7
Стадия II	2	4
Стадия III	4	7
Стадия IV	1	2
ББУ, °	178,5 (175;183)	180,5 (176,5;184)

При проведении анализа различий между группами пациентов с различными рентгенологическими стадиями ГА по показателю ББУ были выявлены статистически значимые различия ($N = 20,938$; $p < 0,001$). Результаты расчетов приведены в таблице 2.

Таблица 2 — ББУ у пациентов с различными рентгенологическими стадиями ГА

Рентгенологическая стадия ГА	ББУ, °
Стадия I	175,5 (175; 178)
Стадия II	180,5 (180; 181)
Стадия III	183 (181; 185)
Стадия IV	188 (187; 193)

При проведении анализа различий между группами пациентов с различными стадиями ГА были выявлены статистически значимые различия по показателю физического функционирования до лечения как в ПКС ($N = 8,087$; $p = 0,044$), так и в ЛКС ($N = 8,829$; $p = 0,020$). Результаты расчетов приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Физическое функционирование у пациентов до лечения с различными стадиями ГА по Келлгрэну

Рентгенологическая стадия ГА	Физическое функционирование	
	ПКС	ЛКС
Стадия I	20 (19; 23)	19 (19; 21)
Стадия II	13,5 (12; 15)	22,5 (20; 26,5)
Стадия III	18 (15,5; 19)	17 (14; 19)
Стадия IV	17 (17; 17)	18,5 (18; 19)

В ПКС значения показателя физического функционирования находились в обратной средней силы ($\tau = -0,449$; $p = 0,009$) статистически значимой ассоциации со стадией ГА. В ЛКС выявлена тенденция к наличию слабой обратной ассоциации физического функционирования и стадии ГА ($\tau = -0,270$; $p = 0,095$).

При сопоставлении результатов анкетирования по показателям КЖ при ГА у пациентов до и после лечения с использованием аутосыворотки крови для интраартикулярного введения были выявлены статистически значимые различия. Результаты расчетов представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Качество жизни пациентов до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Z	p
Физическое функционирование	19 (17; 20)	21 (18; 23)	3,408	< 0,001
Ролевое физическое функционирование	4 (4; 6)	5 (4; 6)	2,201	0,028
Интенсивность боли	6,1 (5; 2;7,1)	8,2 (7,2; 8,2)	3,724	< 0,001
Общее состояние здоровья	17,5 (15; 19)	17,5 (15; 21)	2,023	0,043
Жизненная активность	13 (9; 15)	15,5 (14; 16)	3,621	< 0,001
Социальное функционирование	7,5 (7; 9)	8 (7; 9)	1,937	0,053
Ролевое эмоциональное функционирование	3,5 (3; 6)	4 (3; 6)	—	—
Психическое здоровье	16(12;17)	17 (16; 18)	3,285	0,001

Заключение

Локальная терапия аутосывороткой крови пациентов с ГА по критериям КЖ оказывает выраженный симптом-модифицирующий эффект.э

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова, В. А. О Всемирной декаде костно-суставных заболеваний 2000–2010 гг. / В. А. Насонова, Ш. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2000. — № 4. — С. 14–16.
2. Локальная терапия гонартроза аутосывороткой крови пациента / В. И. Николаев [и др.] // Весці НАН Беларусі: Серыя мед. навук. — 2006. — № 4. — С. 50–53.
3. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом / И. А. Андрианова [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2006. — № 2. — С. 11–17.
4. The effect of platelet rich plasma combined with microfractures on the treatment of chondral defects: an experimental study in a sheep model / G. Milano [et al.] // Osteoarthritis and Cartilage. — 2010. — № 18. — P. 971–980.
5. Platelet-rich plasma: intra-articular knee injections produced favorable results on degenerative cartilage lesions / E. Kon [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Athrosc. — 2010. — № 18. — P. 472–479.

УДК 159.9:61+616.89

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ПОСТСОВЕТСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: КРОСС-КУЛЬТУРНЫЙ ПОДХОД

Николаев Е. Л., Захарова А. Н.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Психическое здоровье относится к тем понятиям, которые довольно широко употребляются как в среде профессионалов (медиков, психологов, организаторов здравоохранения), так и вне этой среды — в средствах массовой информации, политиками, учеными, общественными деятелями и многими другими. В определении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывается, что психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором индивид реализовывает свои возможности, может преодолевать стрессы повседневной жизни, может продуктивно и плодотворно трудиться и способен вносить вклад в жизнь своего сообщества (WHO, 2005). Психическое здоровье рассматривается ВОЗ как неотъемлемая часть общего здоровья, понимаемого, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ, 2007). Миссия ВОЗ в области психического здоровья обозначена в уменьшении бремени, связанного с психическими и неврологическими расстройствами, включая расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также пропаганде психического здоровья в мире (ВОЗ, 2005).

Общепринятой точки зрения на этот феномен до сих пор не существует. По сути, психическое здоровье является социальным конструктом, который формируется социумом, культурой, сообществом, каждое из которых имеет свои собственные варианты концептуализации источников происхождения того, что понимается как «психическое здоровье» (K. Weare, 2000).

ВОЗ признает, что важными факторами влияния на психическое здоровье являются негативные социально-экономические условия и окружающая среда. Большую роль играют высокий уровень нищеты за счет низкого уровня образования, плохих жилищных условий, низких доходов, безработицы. Пагубное влияние оказывают долгосрочные неблагоприятные социально-экономические условия как у отдельных людей, так и для общин в целом (ВОЗ, 2007). Механизмами ухудшения состояния психического здоровья в такой ситуации ВОЗ считает такие факторы, как чувство незащищенности и безнадежности, быстрые социальные перемены, а также риск насилия и плохое состояние физического здоровья. Атмосфера, в которой реализовываются основные гражданские, политические,