

Рівень фізичної активності дітей з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла

В.І. Величко, Я.І. Венгер, С.Ф. Коваленко, Н.В. Шишкіна

Одеський національний медичний університет

Існує помилкова думка, що хворі на бронхіальну астму (БА) повинні обмежувати фізичну активність (ФА), тим самим попереджуючи погіршення перебігу хвороби. Зниження рівня ФА негативно впливає на здоров'я людей, сприяє зростанню кількості неінфекційних захворювань, таких, як серцево-судинні хвороби, цукровий діабет 2-го типу, рак, ожиріння. Поєднання БА та надмірної маси тіла (НМТ) є актуальною проблемою практичної охорони здоров'я.

На думку більшості науковців, адаптоване контрольоване фізичне навантаження є необхідною частиною повсякденного життя хворих на БА, що здатне вирішити їхню соціальну інтеграцію.

Метою даного дослідження було визначення рівня фізичної активності у дітей з БА на тлі НМТ.

У дослідженні брали участь 43 дитини віком від 6 до 12 років. Діти були рандомізовані на 2 групи. У I (основну) групу були включені 15 дітей із БА на тлі НМТ. У II групу (порівняння) входили 15 дітей з НМТ, які не мали патології з боку дихальної системи. Групу контролю склали 13 здорових дітей з гармонійним фізичним розвитком.

Рівень ФА визначали суб'єктивно за допомогою опитувальників для дітей та їхніх батьків, для об'єктивного оцінювання використовувати крокомір.

Відповідно до опитувальників, рівень ФА у дітей I групи в основному був низький (78,3%), середній рівень мали 11,7% дітей. Високий рівень ФА взагалі не визначали. У групі порівняння рівень ФА в основному був низький (55,6%) і середній (38,3%), а високий рівень діагностували тільки у 6 дітей 6–8 років з НМТ (6,1%). Як в першій, так і в другій групах низький рівень ФА переважав більше серед хлопчиків 6–7 років (тільки 2 дитини мали низький рівень).

Згідно з отриманими даними практично в усіх вікових групах здорових дітей переважав середній рівень ФА (58,3%), низький і високий рівні мали 14,7% та 27% дітей відповідно.

За даними крокоміру кількість кроків у дітей з БА на фоні НМТ не перевищувала 6 тис. на добу в усіх вікових групах, що є достовірно низькими показниками згідно з рекомендованими нормами. Середня кількість кроків у дітей II групи становила 7400, тоді як здорові діти з гармонійним фізичним розвитком мали вірогідно вищі показники (12–16 тис. кроків).

На сьогодні є доцільним розроблення рекомендацій по адаптованому контрольованому фізичному навантаженню для дітей досліджуваної когорти.

Методологічні аспекти формування ВІЛ-настороженості у військових лікарів загальної практики при виявленні парентеральних гепатитів у військовослужбовців

А.А. Воронко¹, А.І. Буженко², С.О. Невмержицький¹, С.В. Шевчук¹, С.Б. Коваль¹

¹Українська військово-медична академія, м. Київ

²Військово-медичне управління Служби безпеки України, м. Київ

На сьогодні серед парентеральних гепатитів виділяють вірусний гепатит В (ВГВ), вірусний гепатит С, вірусний гепатит D і вірусний гепатит G (HGBV-C), найбільш розповсюдженим серед яких є ВГВ. У країнах Центральної Азії, частині країн Східної Європи поширеність носійства вірусу ВГВ вважається високою ($\geq 8\%$). Основними шляхами передачі є перинатальний, горизонтальний (в дитинстві) і серед споживачів ін'єкційних наркотиків. ВГВ та вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) мають спільні шляхи передачі та ендемічні регіони, але ВГВ приблизно в 100 разів більш контагіозний. У деяких країнах сироваткові маркери наявності чи перенесеної ВГВ-інфекції визначають у 2/3 ВІЛ-інфікованих.

Останнім часом доведено, що ВГВ не впливає на прогресування ВІЛ та не змінює реакцію на високоактивну антиретровірусну терапію. У той же час ВІЛ погіршує відповідь на вакцинацію проти ВГВ, зменшує частоту мимовільного очищення (елімінації) від вірусу ВГВ, прискорює прогресування ВГВ до цирозу – кінцевої стадії печінкової недостатності, гепатоцелюлярної карциноми та смерті, а також підвищує вірогідність розвитку стійкості до терапії ВГВ.

ВІЛ-настороженість військового лікаря загальної практики (ВЛЗП) при виявленні у військовослужбовця парентерального гепатиту ґрунтується на 3 основних аспектах: негативні наслідки для військовослужбовця, негативні наслідки

для самого ВЛЗП і негативні наслідки для військової системи охорони здоров'я.

Якщо негативні наслідки для військовослужбовця і самого ВЛЗП загальновідомі і полягають насамперед у порушенні здоров'я, яке очевидне для військовослужбовця і можливе для ВЛЗП внаслідок медичної аварії, то негативні наслідки для військової системи охорони здоров'я дещо приховані.

Ці негативні наслідки для військової системи охорони здоров'я полягають у наступному: звільнення з військової служби досвідченого фахівця-військовослужбовця, на підготовку якого витрачені державні кошти; лікування інфікованого парентеральним гепатитом та/або ВІЛ військовослужбовця (звільненого з військової служби) за рахунок «військового бюджету»; відшкодування страхових витрат за захворювання, пов'язані з виконанням обов'язків військової служби, знову ж таки за рахунок «військового бюджету»; відшкодування моральної шкоди, пов'язаної з ушкодженням здоров'я внаслідок інфікування парентеральним гепатитом та/або ВІЛ під час проходження військової служби, і знову ж таки за рахунок «військового бюджету».

Таким чином, формування ВІЛ-настороженості у ВЛЗП при виявленні парентеральних гепатитів у військовослужбовців є актуальною проблемою військової медицини в медичному, соціальному і економічному аспектах.