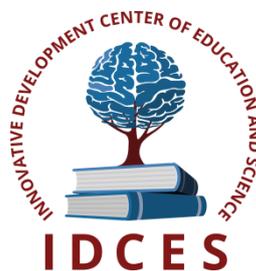


ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ В
МЕДИЦИНЕ**

Выпуск II

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(7 апреля 2015г.)**

**г. Самара
2015 г.**

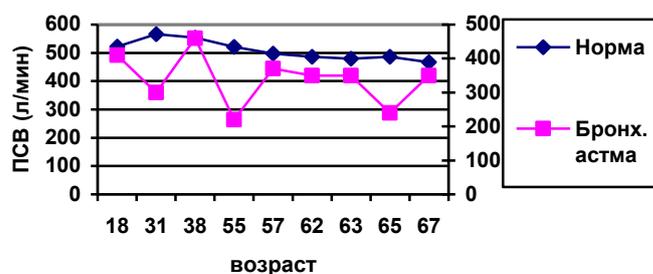


Рис.7. Сравнение ПСВ у мужчин больных бронхиальной астмой с нормой.

Аналогично происходит снижение ПСВ у мужчин с бронхиальной астмой.

Вывод: У больных с бронхиальной астмой наблюдается снижение показателей, характеризующих бронхиальную проходимость – $ОФВ_1$, индекс Тиффно, ПСВ. У больных с пневмонией наблюдается рестриктивный тип вентиляционных нарушений, происходит снижение ЖЕЛ.

Список литературы

1. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких: руководство/ К. Баур, А. Прейссер; пер. с нем. под ред. И.В Лещенко. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 192 с.
2. Зиневич А.Н. Приборные методы исследования органов дыхания. Л.: ЛенГИДУВ, 1991.
3. Руководство по клиническому обследованию больного. Пер. с англ. / Под ред. А.А. Баранова, И.Н. Денисова, В.Т. Ивашкина, Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 648 с.

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПАСПОРТИЗАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ КЛЮЧЕВЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРЕДИКТИВНО-ПРЕВЕНТИВНОЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹Мандрик М.А., ¹Черепяхин Д.И., ³Olga Golubnitschaja, Боровиков А.О., ⁴Yoshiji Yamada, ¹Савинцева Д.Д.,
¹Асанов А.И., ¹⁻³Сучков С.В.

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

²Медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

³EPMA, Brussels, EU

⁴Department of Human Functional Genomics, Life Science Research Center, and Department of Medical Genomics and Proteomics, Institute of Basic Sciences, Mie University Graduate School of Medicine, Mie, Japan

Активное внедрение в медицинскую практику достижений таких дисциплин, как геномика, протеомика, метаболомика и биоинформатика привели к созданию совершенно новой концепции в здравоохранении- предиктивно-превентивной и персонализированной медицины (ПППМ). В отличие от традиционной медицины, которая адресована как правило уже заболевшему человеку, ПППМ ориентирована на раннее выявление генетической предрасположенности к патологии и превентивную фармакокоррекцию с учётом индивидуальных особенностей человеческого организма.[1], [2]

Уже сейчас использование новейших диагностических методов позволяет определить генетическую предрасположенность человека к подавляющему большинству заболеваний, фактором развития которых является наличие или отсутствие определенных генов. Возможность, на основании полученных результатов, правильно скорректировать поведение человека и тем самым уменьшить вероятность развития обнаруженного заболевания - огромный шаг на пути внедрения ПППМ в практику. Однако, чтобы новая модель - «медицинский советник - здоровый человек» могла успешно вытеснить существующую «врач - пациент», необходимо изменение существующих принципов лечения и диагностики и внедрение новых.[3]

Создание генетического паспорта (индивидуальной базы данных) с помощью методов молекулярно-генетической диагностики позволит сформировать представление о будущих заболеваниях и выявить уже существующие патологии, что позволит при необходимости разработать эффективные и безопасные методы лечения, снизив тем самым риск побочных эффектов и повысив экономическую эффективность лечения. Кроме того, наличие генетического паспорта позволит провести оценку риска той или иной патологии у прямых родственников человека. [4]

Во многих странах Европы лица подвергающие свою жизнь постоянному риску уже сейчас обязаны пройти генетическое обследование и получить ДНК-паспорт, что закреплено в соответствующих законодательных актах. Однако появление паспорта с полным описанием генов у каждого человека сопряжено с целым рядом проблем.

Несмотря на то, что геном человека полностью расшифрован, более половины генов остаются нераспознанными. Поэтому, появление полных индивидуальных генетических карт пока невозможно. Однако исследования в этой области ведутся постоянно и недалек тот день, когда все гены будут идентифицированы.

Кроме того, генодиагностика - дорогостоящая и трудоемкая процедура. И пусть использование методов ПППМ в итоговой практике ведёт к сокращению расходов, первоначальные инвестиции огромны. Соответственно, внедрение этих методов могут позволить себе только сильнейшие экономики мира.[5], [6], [7]

Однако, одним из основных препятствий на пути создания генетического паспорта, все-таки является этический аспект. Пусть данные биометрических тестов и составят врачебную тайну, будет существовать и вероятность утечки информации, которая может привести к принятию различного рода дискриминирующих решений на основании полученных результатов. Так, генетическая информация уже становится основой дискриминации на рынке труда и в сфере медицинского страхования. [8]

Таким образом, становится ясно, что внедрение всеобщей генетической паспортизации сопряжено с рядом трудностей и возможно только при наличии правовой основы, разработка которой - одна из важнейших задач в этой сфере.

Список литературы

1. I.A. Sadkovsky, O. Golubnitschaja, M. A. Mandrik, M. A. Studneva, H. Abe, H. Schroeder, E. N. Antonova, F. Betsou, T. A. Bodrova, K. Payne, S. V. Suchkov «PPPM (Predictive, Preventive and Personalized Medicine) as a New Model of the National and International Healthcare Services and Thus a Promising Strategy to Prevent a Disease: From Basics to Practice» International Journal of Clinical Medicine, 2014, 5, 855-870 <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2014.514115>
2. Bodrova, T.A., Kostyushev, D.S., Antonova, E.N., Slavin, S., Gnatenko, D.A., Bocharova, M.O., Legg, M., Pozzilli, P., Paltsev, M.A. and Suchkov, S.V. (2012) Introduction into PPPM as a New Paradigm of Public Health Service: An Integrative View. EPMA Journal, 3, 16. <http://www.epmajournal.com/content/3/1/16>
3. Сергей Сучков, Крис Ризинг, НоэлРоузз, ЭбнерНоткинс, Маттиас фон Геррат, Джеймс Криден «Трансляционная медицина – миф или реальность?» май 2013 «Ремедиум» 7-15
4. Golubnitschaja, O. and Costigliola, V. (2010) Common Origin but Individual Outcomes: Time for New Guidelines in Personalised Healthcare. Personalized Medicine, 7, 561-568. <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/pme.10.42> <http://dx.doi.org/10.2217/pme.10.42>
5. Scott, S.A. (2011) Personalizing Medicine with Clinical Pharmacogenetics. Genetics in Medicine, 13, 987-995. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22095251> <http://dx.doi.org/10.1097/GIM.0b013e318238b38c>
6. Farra, N., Manickaraj, A.K., Ellis, J. and Mital, S. (2012) Personalized Medicine in the Genomics Era: Highlights from an International Symposium on Childhood Heart Disease. Future Cardiology, 8, 157-160. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22413975> <http://dx.doi.org/10.2217/fca.12.3>
7. Sheiman, I. and Shishkin, S. (2010) New Challenges and New Objectives Problems of Economic Transition. Russian Health Care, 52, 4-49. <http://connection.ebscohost.com/c/articles/49240513/russian-health-care-new-challenges-new-objectives>

8. Jan Domaradzki "Patient rights, risk, and responsibilities in the genetic era – a right to know, a right not to know, or a duty to know?" *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2015, Vol 22, No 1, 156–162 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25780847>

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

¹Жужлова Н.Ю., ²Кром И.Л., ¹Сазанова Г.Ю.

¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, г.Саратов

²Центр медико-социологических исследований, г.Саратов,

²Институт социального образования (филиал) РГСУ в г.Саратове

Артериальная гипертензия является важной медицинской и социальной проблемой во всем мире в силу широкого распространения и ведущей роли в развитии сердечно-сосудистых осложнений, смертности, временной или стойкой утраты трудоспособности и ухудшения качества жизни больных [21].

На неблагоприятие эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии оказывают влияние социально-экономические, культурные, географические, поведенческие факторы и характер профессиональной деятельности [7, 8, 12, 18, 23].

Цель настоящей работы – обзор исследований влияния социально-экономического статуса на риск развития артериальной гипертензии.

Образование является одним из предикторов социально-экономического статуса. Лица с более низким уровнем образования, социально-экономическим положением, уровнем доходов имеют значительно более высокий уровень заболеваемости по сравнению с лицами, имеющими более высокое социально-экономическое положение и доходы [25].

Установлено, что низкий уровень образования ассоциируется с более высокой распространенностью артериальной гипертензии и ассоциированных клинических состояний, и это особенно четко прослеживается у женщин [22]. В России низкий уровень образования является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а традиционные факторы (поведенческие, биохимические и др.) обладают различной прогностической значимостью при различных уровнях образования [13].

В исследовании G.D. Smith и соавт. (1986) также была найдена сходная зависимость между социально-экономическим статусом и уровнем артериального давления [26]. Принадлежность к рабочему классу и преждевременное завершение полного образования были связаны с достоверно высоким уровнем артериального давления [24].

Полученное образование во многом определяет уровень доходов. Бедность и социальное неблагоприятие связаны с более высокими уровнями сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензией [2, 10].

Однако Ю.Р. Чистяков считает, что связь более высокого образования, более высокого заработка и уровня жизни не совсем подходит к ситуации, сложившейся в России. В таких сферах, как образование, наука, культура, искусство, здравоохранение, где преобладающая доля занятых имеет высшее и более высокое образование, размер заработной платы ниже средней [20].

Не принимая во внимание связь образования и материального благополучия, можно считать, что низкий уровень образования определяет низкий уровень информированности, повышает риск реализации угрожающего здоровью поведения [9]. Низкий уровень доходов определяет существование практически всех типов поведенческих факторов риска артериальной гипертензии. Так, люди, принадлежащие к низшим социальным слоям, чаще курят и злоупотребляют алкоголем, хуже питаются, имеют плохие жилищные условия, заняты тяжелым трудом, ограничены в возможностях получения качественной медицинской помощи, не имеют доступа к инфраструктуре спорта и отдыха [6, 14].

Курение, дислипидемия, ожирение являются факторами риска артериальной гипертензии [19]. При этом установлена отрицательная корреляция факторов риска – курения, злоупотребления алкоголем – и уровня образования. Чем выше уровень образования, тем ниже распространенность частоты курения и злоупотребления алкоголя [17]. Кроме того, прием алкоголя и курение обуславливают низкую приверженность лечению, что для пациентов с артериальной гипертензией является определяющим для успеха терапии [11]. Высокий уровень образования ассоциируется с пищевыми привычками, соответствующими принципам здорового образа жизни.