

ностными ориентирами, формированием искусственных потребностей, мотивов с целью изменения поведения в интересах инициатора манипуляторного воздействия.

К методам манипуляции относят: использование внушения, перенос частного факта в сферу общего; использование слухов, домыслов, толкований в неясной политической или социальной ситуации; метод «страшилок», замалчивание одних фактов и выпячивание других, метод фрагментации; многократные повторы или «метод Геббельса»; создание лжесобытий, мистификация.

Выводы. Таким образом, манипулирование в информационную эпоху выполняет, прежде всего, функцию «скрытого» программирования интерпретаций существующей реальности. Экстраполируя манипуляцию на глобальную перспективу, обратимся к оценке этого феномена в трудах российских исследователей: «Внедрение сети представляет собой лишение стран, народов армий и правительств мира какой бы то ни было самостоятельности, суверенности и субъектности, что означает прямой планетарный контроль – мировое господство нового типа, когда управлению подлежат не отдельные субъекты, а их содержание, их мотивации, действия, намерения [1, с.235].

Литература:

1. Поздышева, О.Н. Политические технологии в контексты тенденций и закономерностей массовой культуры / О.Н. Поздышева // Социология. – 2010. – № 2. – С. 230-236.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шенец Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хоха Р.Н.

Изучение качества жизни (КЖ) детей с болезнями, вызванными воздействием аллергенов, имеет значение для уточнения программ лечения и реабилитации больных этого профиля.

Цель: оценить КЖ детей с аллергическими заболеваниями (АЗ).

Исследование проводили на базе педиатрического отделения ДОКБ г. Гродно. Анкетирование проведено среди 21 ребенка с АЗ (1-атопический дерматит (АД), 8 – бронхиальная астма (БА), 12-аллергический ринит (АР), контрольную группу составили 11 студентов 1 курса ГрГМУ (возраст 17 лет). КЖ изучали при помощи вопросника 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [1]. Использовался официальный русскоязычный аналог [1]. Анализировались следующие параметры: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), ролевое эмоциональное функционирование (RE), жизненная активность (VT), психическое здоровье (MH), интенсивность боли (BP), общее здоровье (GH), социальное функционирование (SF). Шкалы группируются в 2 показателя «физический компонент здоровья» (PF, RP, BP, GH) и «психологический компонент здоровья» (MH, RE, SF, VT). Цифровые результаты вопросника: 0 баллов – максимальное нарушение функции- минимальное здоровье; 100 баллов-максимальное здоровье.

Среднее значение шкалы опросника SF-36 в контрольной группе составило 65,7 баллов. Среднее значение шкалы опросника SF-36 у детей с АЗ составило 61,5 баллов: с БА – 60,2 балла, АР – 63,3 балла. Наличие АЗ у ребенка накладывает ограничение на его физическую активность, что проявляется в усилении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (PF – 84,5 баллов). У этих пациентов повышена роль боли (BP – 5,2 баллов), общего (GH – 42,1 балла) и психического здоровья (MH – 77,3). Показатели жизненной активности, социального, ролевого и эмоционального функционирования не отличались от здоро-

вых детей. У детей с БА при сравнении со здоровыми в нарушении КЖ повышена роль физического функционирования (PF – 83,7 баллов), ролевого функционирования (RP – 62,5 баллов), боли (BP – 11,2 балла), общего здоровья (GH – 45 баллов) и эмоционального функционирования (RE – 70,4 баллов). У детей с АР по результатам анкетирования только один показатель – боль, имел значение в нарушении КЖ (BP – 1,7 баллов). Сравнительный анализ показателей КЖ у детей с АР и БА показал, что у больных с АР в нарушении КЖ усилена роль боли (BP: АР 1,7 баллов, БА – 11,2 балла), общего здоровья (GH: АР – 40,1 балла, БА – 45 баллов), социального функционирования (SF: АР – 5,8 баллов, БА – 56 баллов) и психического здоровья (MH: АР – 76,5 баллов, БА – 79,5 баллов). У детей с БА по сравнению с детьми с АР большее значение в нарушении КЖ отводится физическому функционированию (PF: БА – 83,7 баллов, АР – 94,6 баллов), ролевому функционированию (RP: БА – 62,5 баллов, АР – 81,2 балла), жизненной активности (VT: БА – 73,1 балла, АР – 75,4 баллов), эмоциональному функционированию (RE: БА – 70,4 баллов, АР – 85,9 баллов). В нарушении КЖ детей с АЗ установлено усиление «физического компонента здоровья» (здоровые – 60, 3 баллов, АЗ – 51, 4 баллов: БА – 50,6 баллов, АР – 54,4 балла).

Выводы. Таким образом, показатели КЖ детей с АЗ определяется тяжестью заболевания (у детей с БА КЖ ниже, чем у детей с АР). Снижение КЖ детей с АЗ обусловлено усилением «физического компонента здоровья».

Литература

1. Новик, А.А. Исследование качества жизни в педиатрии / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2008. – 108 с.

ВЛИЯНИЕ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА НА ПРОЦЕССЫ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ

Шепетько М. М.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шуст О.Г.

Введение. Теоретической предпосылкой для работы является предположение о том, что лихорадка участвует в противоопухолевой защите.

Цель работы: установить зависимость между появлением злокачественных новообразований и температурной реакцией организма.

Задачи исследования:

1. Сформировать группу пациентов со злокачественными новообразованиями. Оценить данные текущего наблюдения за больными: температурный лист, анамнез, анализы.
2. Разработать анкету для учета уровня температурной реакции в анамнезе жизни на простудные заболевания (ОРВИ, грипп и др.)
3. Оценить полученные результаты.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили наблюдения за пациентами, лечившимися по поводу злокачественных новообразований различной локализации в Минском городском онкологическом диспансере. Детально изучался анамнез их жизни, данные температурных листов. Особое внимание акцентировалось на присутствие или отсутствие повышения температуры тела выше 37°C в течение жизни при различных видах простудных и воспалительных заболеваниях. Этот признак выявлялся при помощи разработанной нами анкеты. В анкете пациентов просили ответить на следующие вопросы:

1. Наблюдается ли у Вас повышение температуры выше 37°C при простудных заболеваниях (ОРВИ, грипп и др.)? (Отметить: да; нет).