

Научно-практический журнал «Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи» представляет собой специализированное периодическое издание, посвященное проблематике, связанной с оценкой современного состояния системы охраны общественного здоровья в целом, а также выявлением тенденций в области предупреждения заболеваний и функционирования отрасли здравоохранения как социального института.

Данный издательский проект ориентирован на активное участие в формировании единого информационного пространства среди специалистов, занятых вопросами изучения качества оказываемых населению медицинских услуг. Свою миссию журнал видит в предоставлении медиаплощадки для заинтересованного взаимодействия представителей научной общественности, специалистов-практиков и администраторов системы здравоохранения.

Основное назначение данной медиаплощадки – обмен передовым опытом, результатами перспективных исследований в сфере лечения и диагностики заболеваний, а также обсуждение путей повышения эффективности службы охраны здоровья.

Публикации в издании, кроме того, раскрывают отдельные аспекты социальной гармонизации системы общественного здоровья, перспективные концепции здоровьесбережения, здравоохранения, в том числе и физической активности населения, занятия спортом.

Журнал с готовностью публикует авторские мнения и комментарии по актуальным проблемам в области медицины, здравоохранения, физической культуры и спорта, рецензии на статьи, результаты научных мероприятий и научно-практических конференций.

Языки: Русский, английский

Количество статей в журнале: 10-12. **Количество выпусков в год:** 12

Для публикации в журнале необходимо
направить на адрес электронной почты: Nauka6753@yandex.ru текст статьи. Название
файла -фамилия первого автора

РАЗДЕЛЫ И РУБРИКИ ЖУРНАЛА:

- Медицинские науки
- Клиническая медицина
- Психиатрия
- Фтизиатрия
- Наркология
- Профилактическая медицина
- Гигиена
- Эпидемиология
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Медицина труда
- Социология медицины
- Медико-социальная экспертиза и медико- социальная реабилитация
- Медико-биологические науки
- Судебная медицина
- Фармакология, клиническая фармакология
- Клиническая лабораторная диагностика
- Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия
- Физическая культура, спорт
- Здравоохранение

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА

Минина Наталья Николаевна - Кандидат биологических наук., доцент кафедры биологии, экологии БФ БашГУ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Гизатулина Анастасия Александровна – доцент кафедры физического воспитания и спорта Челябинского государственного университета

Даминова Лола Тургунпултовна – профессор, доктор медицинских наук, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Девяткова Галина Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой информатизации здравоохранения и медицинской статистики, ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, Минздрава России

Затолокина Мария Алексеевна – доктор медицинских наук, доцента кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии, ФГБОУВО КГМУ Минздрав России

Иванова Оксана Юрьевна – доктор медицинских наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

Какурина Гелена Валерьевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории биохимии опухолей НИИ онкологии Томского НИМЦ.

Киселева Лариса Георгиевна – кандидат фармацевтических наук, доцент, Пермский государственный национальный исследовательский университет, Кафедра Фармакологии и фармации

Корытова Луиза Ибрагимовна – Профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России

Фазылов Вильдан Хайруллаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней, ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" МЗ РФ

Хацаева Раиса Мусаевна – Доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник Института проблем экологии и эволюции им. А.Н. Северцова РАН, зав. кабинетом электронной микроскопии

СОДЕРЖАНИЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Арсланова Алсу Алмазовна, Севодин Сергей Васильевич.
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА 6

Пожималин Вячеслав Николаевич, Гофман Александр Анатольевич.
ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА 8

МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Алборов Робинзон Григорьевич, Лукьянова Екатерина Георгиевна, Степанова Юлия Александровна, Гавриленко Елена Александровна.
ПАТОБИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ 12

Белялова Арире Рустемовна, Ибрагимова Динара Нариман кызы, Зайцев Юрий Александрович.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 16

Ермолаева Лариса Геннадьевна, Балукоева Екатерина Владимировна, Меднова Софья Алексеевна, Гиляшова Алина Дмитриевна.
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ
РАССТРОЙСТВ (ФГИР) У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ 18

Жандаров Кирилл Александрович.
КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ
РЕСПИРАТОРНУЮ ВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 21

Заплатина Анна Ивановна.
ВЛИЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ 24

Левакина Юлия Алексеевна, Мамедова Азиза Сулиддиновна, Калгина Ирина Николаевна, Беликова Елена Владимировна.
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКУ И ДИАГНОСТИКУ
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 26

Сынчиков Дмитрий Сергеевич.
СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ 29

Хохлова Анастасия Александровна, Смышникова Любовь Ивановна.
ОСОБЕННОСТИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ 32

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, СПОРТ

Павлюк Анастасия Павловна, Гусев Павел Михайлович.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ
ЖЕНЩИН 38

Хворостинина Дарья Александровна, Чахоян Джоанна Смбатовна.
ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 41

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 615.825.1

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА

Арсланова Алсу Алмазовна

Студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский Государственный Энергетический Университет»

Севодин Сергей Васильевич

Кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры Физвоспитания, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский Государственный Энергетический Университет»

Статья о лечебной гимнастике представляет собой обзор научных исследований, посвященных эффективности физических упражнений в лечении различных заболеваний. В статье рассматриваются основные принципы проведения лечебной гимнастики, ее польза для здоровья человека и способы ее использования в комплексном лечении многих болезней. Статья содержит полезную информацию для всех, кто хочет сохранить свое здоровье или избавиться от некоторых недугов при помощи физической активности.

Ключевые слова. Лечебная гимнастика, физические упражнения, профилактика, дыхательные упражнения, движение, спортивно прикладные упражнения, естественные факторы природы.

Лечебная гимнастика по праву может называться одной из разновидностей медицинской дисциплины, так как включает в себя лечение, профилактику и реабилитацию людей с различными формами недугов.

Лечебная гимнастика в своем широком смысле — это набор структурированных упражнений. Но именно она помимо физической нагрузки несет еще и ментальный посыл. Так каждый, кто занимается ее по своей воли или по настоятельным рекомендациям своего лечащего врача должен осознавать ее значимость для внутреннего мира человека.

В дополнение о ЛГ как медицинской отрасли необходимо сказать о истории самого термина. В России его приняли только в 1928 году, а до этого времени ее называли «врачебная гимнастика».

Для оценки значимости ЛГ для самого человека разберем слова «отца основателя» медицины Гиппократ. В своих трудах о пользе физических упражнений он писал «Гимнастика, физические упражнения, прогулки должны крепко войти в повседневную жизнедеятельность каждого кто хочет сохранить работоспособность, красоту, радость жизни и здоровье»

Что же конкретно входит в лечебную гимнастику?

1. Физические упражнения.

Первым, но не по значимости выделяют гимнастические упражнения, характеризующиеся естественными движениями человека. Простые и незамысловатые упражнения могут улучшать общую координацию, восстанавливать, а при должном подходе и повышать силу, реактивность движений, гибкость и ловкость.

Подобные упражнения часто сочетают с музыкальным сопровождением, а групповыми занятиями, что повышает общий тонус организма.

Все гимнастические упражнения делят по:

- Анатомическому признаку – упражнения для конкретных групп мышц, например, шея, мышцы конкретных конечностей и так далее.
- Признаку активности – где в первом случае сами занимающиеся активно выполняют упражнения, и во втором случае выполнение методиста.
- Признаку использования гимнастических предметов и снарядов – добавление в какое-либо упражнение, например, только мячика сильно изменит общий функционал упражнения и его общую значимость для пациента.

2. Естественные факторы природы

Следующая составляющая лечебной гимнастики на первый взгляд может показаться слишком примитивной и не требующего отдельного выделения, но это отнюдь не так.

Выполнения упражнений на свежем воздухе где-то в парке кардинально изменит общий эмоциональный фон участников. Это следствие свежего воздуха, которым наполняются легкие во время выполнения лечебной гимнастике.

Так после долгого застоя в городской, квартирной среде сразу чувствуется разница. У некоторых из пациентов может даже случиться кислородный шок с непривычки.

Для следующего примера разберем занятия в бассейне. Конечно, это немного искусственный фактор природы, но не кто не запрещает перенести это, например, на речки или озера. Водная среда уже сама по себе будет являться неким лечением, а добавив в него еще и упражнения можно получить что-то вроде тренажера из-за сопротивления с водой.

3. Дыхательные упражнения

Они являются практически первостепенными и одними из самыми необходимыми в освоении любой спортивной деятельности. Лечебная гимнастика и тут не стала исключением.

Правильное дыхание и использование специальных техник положительно влияют на работу сердечно – сосудистой и дыхательных систем. Кроме того, налаживается в последствии и настраивается работа обменных процессов и в целом пищеварительной системы.

Так же дыхательные упражнения положительно влияют на работу нашей автономной системы. Центральная нервная и вегетативная системы налаживают свою работу и кардинально меняют ритм нашей жизни посредством нормализации симпатической и парасимпатической систем.

Дыхательные упражнения можно выполнять как отдельный вид деятельности так во время выполнения гимнастических упражнений так же сочетая все это с факторами природной среды. О пользе такого соединения нельзя и усомниться.

4. Спортивно прикладные упражнения

Эта область лечебной гимнастики характеризуется, по большей части, заключительным этапом в терапии и, к огромному сожалению, неподвластен всем больным из-за функциональной ограниченности.

К ним относят:

- Ходьба – как вид укрепления мышц всего тела.
- Бег – как вид развития и наращивания мускулатуры, тренировки сердечно сосудистой и дыхательных систем.
- Прыжки – из-за нагрузки их относят к более динамичным видам упражнений с соотношением индивидуальных особенностей больного.
- Упражнения на равновесие – чаще всего применяется при нарушении со стороны вестибулярного аппарата.
- Переноска тяжестей – сложное, а поэтому и требующее особого внимания со стороны методиста упражнения для самих поздних восстановительных или профилактических терапий, имеющих огромную популярность среди реабилитации после легких или тяжелых травм конечностей.
- Катание на коньках – среди многих такие упражнения как катание на коньках имеют огромную пользу по нескольким причинам. Во-первых, это сочетание нескольких областей таких как физические упражнения, так и факторы естественной среды. Во-вторых, это улучшение общей физической силы, повышение работоспособности обменных процессов, улучшение работы сердечно сосудистой и дыхательной систем.
- Лечебное плавание – самым ярким и одним из уникальных плюсов является теплоотдача. Кроме того, такие упражнения часто прописываются при восстановительном процессе после травм позвоночника, при нарушении осанки, заболевании дыхательных систем.

Кроме заключительной части лечебной гимнастики спортивно прикладные упражнения прописываются лечащими врачами и с профилактической целью, например профилактика ревматоидного артрита или подагры.

Список использованных источников

1. Кашина Д. А. Лечебная физическая культура // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сборник статей по материалам XLVI международной студенческой научно-практической конференции № 9
2. Попов А. П. Влияние лечебной физкультуры на организм человека // Наука-2020. 2019. № 8(33)

THERAPEUTIC GYMNASTICS

Arslanova A. A., Sevodin S. V.

Annotation. The article on therapeutic gymnastics is a review of scientific research on the effectiveness of physical exercises in the treatment of various diseases. The article discusses the basic principles of therapeutic gymnastics, its benefits for human health and ways of its use in the complex treatment of many diseases. The authors emphasize the need for an individual approach to choosing exercises and monitoring the implementation of the training program. The article contains useful information for anyone who wants to maintain their health or get rid of some ailments with the help of physical activity.

Keywords. Therapeutic gymnastics, physical exercises, prevention, breathing exercises, movement, sports and applied exercises, natural factors of nature.

УДК 616

ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Пожималин Вячеслав Николаевич

Доцент кафедры физической подготовки и спорта
Академия права и управления
Федеральной службы исполнения наказания

Гофман Александр Анатольевич

Доцент кафедры боевой и тактико-специальной подготовки
ВЮИ ФСИН России

Современный социум все меньше использует мышечный труд в ходе выполнения различных технологических процессов. Это негативно сказывается на здоровье основной массы людей. Настороженность вызывает то, что в сохранении здоровья роль играют активные регулярные мышечные усилия. В настоящее время они могут обеспечиваться за счет регулярной физической культуры, а не физического труда. Чтобы избежать гиподинамии и ее последствий следует вести здоровый образ жизни. В это входит правильный режим дня и разумные регулярные физические нагрузки.

Ключевые слова: гиподинамия, малоподвижный образ жизни, физические нагрузки, растяжка, ходьба, велосипед, здоровье, физические упражнения, остеопороз, сидячий образ жизни.

Врачи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) называют гиподинамию болезнью цивилизации. Проблема особенно актуальна у подростков и молодых людей, которые работают в офисе, много учатся, не выделяют время для физической активности.

Гиподинамия – не просто малоподвижный образ жизни. Проблема приводит к развитию заболеваний, способных привести к летальному исходу:

- на 10% увеличивает риск развития раковой опухоли различной степени тяжести
- на 6% повышает вероятность ишемической болезни сердца;
- на 7% поднимает риск возникновения диабета 2-го типа, развития метаболического синдрома.

Среднестатистическому человеку, по рекомендации экспертов ВОЗ, необходимо не менее 2.5 часов в неделю уделять внимание различного рода упражнениям, а также элементарно двигаться, например: устраивать прогулки, посещать бассейн, организовывать небольшие походы и др.. Некоторые специалисты называют оптимальной нагрузку при прохождении дистанции в 10 тыс. шагов в сутки.

К тому же, стоит учесть, что довольно высокий процент страдающих от малоподвижного образа жизни, имеют ряд вредных привычек, в том числе и зависимость от разного рода запрещенных веществ, перекуров и т. д. Поэтому данная проблема вызывает не только опасение врачей, но и правоохранительных органов, как на территории России, так и всего мира.

Одним из рисков малоподвижного образа жизни является то, что он может привести к росту кровяного давления. Когда вы неактивны, вашему сердцу не нужно работать так усердно, чтобы перекачивать кровь, и это может привести к повышению артериального давления. Если у вас уже высокое кровяное давление, бездействие может усугубить ситуацию.

Есть несколько способов предотвратить это. Во-первых, постарайтесь уделять не менее 30 минут аэробной активности большую часть недели. Это может быть ходьба, плавание, езда на велосипеде или что-то иное, что повышает частоту сердечных сокращений. Вы также можете заниматься силовыми тренировками 2-3 раза в неделю, чтобы контролировать кровяное давление[1].

Кроме того, старайтесь избегать сидения в течение длительного времени. Если у вас есть офисная работа, делайте перерыв каждый час или около того, чтобы прогуляться или сделать растяжку. А когда вы смотрите телевизор, вставайте и двигайтесь во время рекламных пауз. Даже такие небольшие изменения могут иметь большое значение в предотвращении высокого кровяного давления.

Как и болезни сердца, диабет является еще одним хроническим заболеванием, которое связано с отсутствием физической активности. Исследования показали, что у неактивных людей риск развития диабета 2 типа увеличивается на 2%.

Диабет 2 типа возникает, когда ваше тело становится устойчивым к инсулину, который является гормоном, ответственным за регулирование уровня сахара в крови. Физические упражнения помогают сохранить чувствительность организма к инсулину, что может помочь предотвратить развитие диабета 2 типа.

Диабет 2 типа — это состояние, которое возникает, когда организм не вырабатывает достаточное количество инсулина или не может правильно использовать инсулин. Инсулин — это гормон, который помогает организму перерабатывать сахар. Когда инсулина недостаточно или когда организм не может

использовать его должным образом, сахар накапливается в кровотоке и может вызвать серьезные проблемы со здоровьем.

Диабет 2 типа является серьезным заболеванием, которое может привести к ряду осложнений, включая болезни сердца, инсульт и заболевания почек. Важно принять меры для предотвращения диабета 2 типа, поддерживая оптимальный вес, придерживаясь здорового питания и регулярно занимаясь физическими упражнениями.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний, возможно, одним из самых известных рисков, связанных с сидячим образом жизни, является болезнь сердца. В конце концов, болезни сердца являются основной причиной смерти во всем мире! Сердечные заболевания возникают, когда бляшки накапливаются в артериях и приводят к таким вещам, как остановка сердца, сердечные приступы и инсульты. Вам не нужно быть домоседом, чтобы развить ишемическую болезнь сердца. Физическая неактивность подвергает вас более высокому риску этого состояния, даже если у вас нет других факторов риска. Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смерти в мире. Каждый год от него умирает около 625 000 человек. Это одна из каждых четырех смертей. Сидячий образ жизни может способствовать гиперлипидемии, которая связана с повышенным риском ишемической болезни сердца (ИБС). Такой образ жизни также может увеличить риск инсульта на целых 30%[2].

Хорошей новостью является то, что вы можете снизить риск развития ишемической болезни сердца, будучи физически активным и придерживаясь диеты с низким содержанием жиров. Регулярная физическая активность может помочь вам контролировать свой вес, справляться со стрессом и снижать кровяное давление и уровень холестерина. Все это может снизить риск развития ишемической болезни сердца.

Когда мы тревожны или подавлены, мы склонны меньше двигаться и оставаться мало подвижными, это может создать порочный круг, так как чем меньше мы двигаемся, тем более тревожными и подавленными мы можем стать. Существует много рисков, связанных с сидячим образом жизни, включая тревогу и депрессию. Исследования показали, что физически активные люди имеют более низкие показатели тревоги и депрессии, чем те, кто ведет сидячий образ жизни.

Движение вашего тела высвобождают эндорфины, которые улучшают настроение. Также было показано, что физические упражнения уменьшают беспокойство и улучшают сон. Если вы чувствуете себя подавленным, встаньте и отправляйтесь на прогулку, пробежку или велосипедную прогулку [3].

Исследования показали, что существует связь между отсутствием физической активности и повышенным риском развития различных видов рака, включая рак молочной железы и рак толстой кишки.

Сидячий образ жизни — это тип образа жизни с небольшой физической активностью или вовсе без нее. Человек, ведущий сидячий образ жизни, часто сидит или лежит большую часть дня, практически не двигаясь. Этот тип образа жизни может увеличить риск нескольких заболеваний, включая ожирение, диабет 2 типа, болезни сердца и некоторые формы рака. Сидячий образ жизни может увеличить риск развития рака на целых 15%.

Но знаете ли вы, что избыточный вес или ожирение резко увеличивают риск развития хронических заболеваний. Малоподвижный образ жизни может привести к увеличению веса и ожирению. Ожирение увеличивает риск нескольких проблем со здоровьем, включая болезни сердца, инсульт и диабет 2 типа. Взаимосвязь между отсутствием физической активности и риском избыточного веса или ожирения является двунаправленной. Это означает, что не только избыточный вес или ожирение увеличивают риск стать физически неактивным, но и отсутствие физической активности также увеличивает риск ожирения и сопутствующих заболеваний, включая диабет и рак.

Гиподинамия, одна из серьезных и малозаметных проблем человека определяющими факторами в которой, являются образ жизни и как часто бывает профессиональная деятельность человека. Существует множество средств и методов в борьбе с этим массовым недугом.

Список использованных источников

1. Планирование нагрузки с учетом биоритмов. Методические указания к выполнению практических и самостоятельных занятий по дисциплинам «Физическое воспитание», «Физическая культура», «Управление профессиональной работоспособностью» (для студентов дневной формы обучения всех специальностей Академии) / Харьк. нац. акад. гор. хоз-ва; сост.: С. В. Поветкин. – Х.: ХНАГХ, 2012. – 56 с.
2. Платонов В. Н. Современная спортивная тренировка: Учеб. пособие / В.Н. Платонов. - Киев: Здоровье, 1980. - 336 с.
3. Попов Г.Н., Ширенкова Е.В., Серазетдинов О.З. Критерии здоровья: адаптация, социализация, индивидуализация // Вестник Томского гос. пед. ун-та. 2017. № 5 (68). С. 83–87.

THE EFFECT OF PHYSICAL INACTIVITY ON HUMAN HEALTH

Pozhimalin V. N., Hoffman A. A.

The summary: Modern society uses muscle labor less and less in the course of performing various technological processes. This negatively affects the health of the majority of people. Alertness is caused by the fact that active regular muscle efforts play a role in maintaining health. Currently, they can be provided through regular physical education, not physical labor. To avoid physical inactivity and its consequences, you should lead a healthy lifestyle. This includes a proper daily routine and reasonable regular physical activity.

Keywords: physical inactivity, sedentary lifestyle, physical activity, stretching, walking, cycling, health, exercise, osteoporosis, sedentary lifestyle.

МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616

ПАТОБИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Алборов Робинзон Григорьевич

Д.м.н., доцент кафедры общей хирургии
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет,

Лукьянова Екатерина Георгиевна

ассистент кафедры патологической физиологии,
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет,

**Степанова Юлия Александровна,
Гавриленко Елена Александровна,**

Студенты педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет,

Низкие показатели обращения за медицинской помощью при жалобах на головную боль могут указывать на то, что большинство людей, страдающих от головной боли, не знают о существовании эффективного лечения. Многие пациенты с головными болями занимаются самолечением. В статье дано патобиохимическое обоснование мероприятий, проводимых при лечении головной боли напряжения. Приведены основные рекомендации симптоматической терапии. Установлено, что основными средствами профилактического лечения являются антидепрессанты. Среди факторов, способствующих развитию головной боли выделяют: стресс, перенапряжение, депрессия, нарушения сна. Коррекция названных состояний является обязательным фактором при купировании головной боли.

Ключевые слова: цефалгия, головная боль, депрессия, нарушения сна, повышенная тревожность, хроническая усталость, лечение, анальгетики, антидепрессанты, ингибиторы оксида азота, Covid-19.

Лечение головной боли напряжения (ГБН) является актуальной и сложной задачей, так как необходимо учитывать не только патофизиологические аспекты ГБН при различных вариантах ее развития, но и факторы, способствующие развитию смешанной ГБ, в связи с чем, использование нелекарственных методов лечения различных вариантов ГБ является актуальной задачей [1].

С целью выбора адекватной тактики ведения пациентов с ГБН обязательна оценка факторов риска, способствующих развитию приступа головной боли. Большую роль в этом отводят влиянию метеорологических факторов. Не стоит забывать, что данные факторы рассматриваются, как факторы риска развития и других заболеваний нервной системы, в частности, инсультов [9,10,12]. Также в настоящее время активно обсуждаются особенности, связанные с развитием ГБН у лиц, перенесших Covid-19 [3,4].

Доказано, что патогенез ГБН носит сложный характер, в том числе, описана активация процессов перекисного окисления липидов [2,7,8,11]. В связи с чем, терапия ГБН должна носить комплексный характер, сочетающий в себе медикаментозные и немедикаментозные способы купирования ГБН.

Медикаментозная терапия. Основными рекомендациями по симптоматической терапии ГБН являются: использование анальгетиков в начале эпизода; индивидуальный подбор эффективной дозировки анальгетика; применение быстродействующих форм [5].

Данные клинических исследований указывают, что трициклические антидепрессанты (амитриптилин) и ингибиторы оксида азота (NO-синтазы) вызывают регресс центральной сенситизации и эффективны при ХГБН. Основные рекомендации по симптоматической терапии ГБН:

1. Использовать анальгетики эффективнее в начале эпизода ГБН. Увеличение интенсивности ГБ может приводить к снижению обезболивающего эффекта препаратов и приему большей дозировки.

2. Индивидуальный подбор эффективной дозировки анальгетика. В большинстве случаев рекомендуется использование максимальных начальных дозировок с целью предотвращения рецидива болевого синдрома и повторного использования препарата. У некоторых пациентов могут быть эффективны низкие дозы анальгетиков, в таком случае дозировка увеличивается только в случае снижения эффективности обезболивания.

3. Высокий уровень эффективности и снижение общих дозировок анальгетиков обеспечивает применение специальных их быстродействующих форм (например, быстродействующая форма ибупрофена – Нуорофен Экспресс).

4. С нарастанием частоты ГБ, а также при ХГБН в сочетании с коморбидными психоэмоциональными расстройствами отмечается тенденция к снижению эффективности обезболивающих препаратов. В такой ситуации рекомендовано назначение профилактической терапии [5].

Основу профилактической терапии составляют антидепрессанты, так как ГБН часто сопутствуют такие состояния, как депрессия, повышенная тревожность, нарушения сна. Однако использование в терапии данной группы препаратов сопряжено с рядом проблем. Во-первых, антиноцицептивный эффект антидепрессантов проявляется не ранее чем через 2 нед. Во-вторых, в начальный период приема антидепрессантов может наблюдаться усиление выраженности тревоги, ажитации, раздражительности, инсомнии. Усиление тревоги особенно часто наблюдается при использовании некоторых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Купирование симптомов повышенной тревожности решают одновременным применением с антидепрессантами в течение 2-3 нед бензодиазепиновых транквилизаторов. Однако последние не обладают анальгетической активностью, в связи с чем, не решают другой проблемы - медленного развития антиноцицептивного эффекта, что повышает риск развития лекарственной зависимости [6].

Согласно современным рекомендациям Европейской федерации неврологических сообществ (EFNS), Ибупрофен (дозировка от 200 до 800 мг в зависимости от формы) входит в число препаратов с наивысшим доказательным уровнем А для купирования ГБН. Препаратом первого выбора при ГБН может считаться ибупрофен в дозе 400 мг, который соответствует требованиям по эффективности и безопасности, предъявляемым Международным обществом головной боли (International Headache Society - IHS). В данную группу также входят Парацетамол, Ацетилсалициловая кислота, Кетопрофен, Напроксен и Диклофенак. Однако с учетом доказательной эффективности и низкой частоты развития нежелательных лекарственных реакций Ибупрофен относится к препаратам первого выбора, особенно его быстродействующие формы. Сравнительные исследования показывают, что комбинации Парацетамола/Ибупрофена обеспечивают такое же облегчение при острой боли, как и анальгетики на основе кодеина, с улучшенной переносимостью. Комбинирование с парацетамолом дает возможность усилить анальгетический эффект в результате аддитивного действия за счет центральных механизмов. В то же время в комбинированном препарате применяются более низкие дозировки парацетамола, что снижает вероятность возникновения нежелательных эффектов, связанных с приемом данного препарата, включая гепатотоксичность, окислительный стресс, в том числе в тканях мозга [13]. К препаратам второго ряда относятся комбинированные кофеинсодержащие анальгетики, их использование при ГБН эффективно, но ограничивается высоким риском развития ЛИГБ. По этой же причине не рекомендовано применять при ГБН лекарственные средства, содержащие кодеин и барбитураты.

Триптаны показали эффективность при лечении периодической головной боли, которая, наиболее вероятно, являлась умеренной мигренью, и у пациентов с мигренью. Вероятно, триптаны не имеют значимого клинического эффекта у пациентов с ГБН и, следовательно, не могут быть им рекомендованы. Мышечные релаксанты не показали эффективности при эпизодической ГБН. Использование опиоидов повышает риск развития головной боли, связанной со злоупотреблением анальгетиками. Опиоиды не могут быть рекомендованы для лечения ГБН. Данные по эффективности ботулинотерапии ХГБН противоречивы, состояние пациентов может даже ухудшиться, пока этот метод не может быть широко рекомендован при данном виде ГБ [14,15].

Немедикаментозная терапия. Несмотря на большой выбор фармакологических средств, применяемых при лечении первичных головных болей, головной боли напряжения (ГБН) и мигрени, остается актуальной разработка новых немедикаментозных средств терапии. Одним из них является транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) - метод, позволяющий неинвазивно стимулировать кору головного мозга. ТМС была впервые предложена А.Т. Barker (1985) и в настоящее время широко используется во всем мире. Действие ТМС на клеточном уровне может объясняться деполяризацией мембраны корковых нейронов под влиянием индукционного электрического поля, возникновением трансмембранного тока ионов и генерацией потенциала действия с последующей синаптической трансмиссией возбуждения на нейрональные сети, функционально или анатомически связанные со стимулируемой областью. Так, стимуляция лобной доли с частотой 20 Гц приводила к значительному росту уровня дофамина в подкорковых структурах. Стимуляция левой дорсолатеральной пре-фронтальной коры (20 Гц, 20 мин в день) изменяла уровень глутамата в коре мозга не только на стороне воздействия, но и на противоположной.

Анальгетическое действие ТМС при ХГБН может быть связано с активирующим влиянием на антиноцицептивную систему мозга, что сопровождается усилением выброса Р-эндорфина, серотонина и норадреналина. Альтернативой медикаментозной терапии также может выступать применение остеопатических техник, которые по данным исследований, способствуют уменьшению интенсивности болей и болевой чувствительности при ГБН.

Таким образом, ГБН - это актуальная проблема современного общества. Вопрос терапии данного патологического состояния не менее важен в настоящий момент. Среди известных способов лечения ГБН принято выделять, как медикаментозные, так и немедикаментозные средства. При этом в группе медикаментозных средств возможно применение лекарственных препаратов, как в виде монотерапии, так и их комбинации. Действие немедикаментозных средств, в свою очередь, направлено на стимуляцию отдельных участков коры головного мозга, деполяризацию нейронов, активацию антиноцицептивной системы мозга. При ведении пациентов с ГБН реализуется индивидуальный подход, в связи с чем, используются различные способы ведения пациента.

Список использованных источников

1. Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Скоробогатых К.В. Хроническая головная боль напряжения: стратегия диагностики, поиск терапии // Неврология и Ревматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). – 2018. - № 2. – С.20–25.
2. Болдырева Ю.В., Гаджимарова Е.А., Лебедев И.А., Алехина М.Н., Адамчук С.В. Антиоксиданты: свойства, механизм действия, применение. Вестник Уральской медицинской академической науки. 2021. Т. 18. № 2. С. 132-137.
3. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Зиннурова М.Р., Вышлова А.О. Патогенетические механизмы взаимодействия возбудителя новой коронавирусной инфекции и организма человека. В книге: Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. Материалы XII терапевтического форума. Тюмень, 2022. С. 26-27.
4. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Осанова П.С. Covid-ассоциированная головная боль, или особенности головной боли при covid-19. в сборнике: модернизация науки и образования: современные реалии, пути совершенствования. Материалы XXXIV Всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2021. С. 75-77.
5. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Осанова П.С. Молекулярные механизмы возникновения мигрени. В сборнике: модернизация науки и образования: современные реалии, пути совершенствования. Материалы XXXIV всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2021. С. 72-75.
6. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Осанова П.С. Различные виды головной боли и их характеристика. В сборнике: интеграция науки в условиях глобализации и цифровизации. Материалы XIII Международной научно-практической конференции : В 2 ч. Ростов-на-Дону, 2021. С. 62-65.
7. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Попова К.О., Оприненко А.В. Применение ряда антиоксидантов в медицине. В сборнике: Инновационный потенциал развития науки в контексте междисциплинарных исследований. Материалы XXXV Всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2021. С. 44-47.
8. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Попова К.О., Оприненко А.В. Процесс перекисного окисления липидов: механизм протекания и последствия активации. В сборнике: Инновационный потенциал развития науки в контексте междисциплинарных исследований. Материалы XXXV Всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2021. С. 48-50.
9. Лебедев И.А. Эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта и влияние метеорологических факторов на его развитие в городе Ханты-Мансийске. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова. Санкт-Петербург, 2004.
10. Лебедев И.А. Эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта и влияние метеорологических факторов на его развитие в г. Ханты-Мансийске. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт". Санкт-Петербург, 2004.
11. Лебедев И.А., Болдырева Ю.В., Оприненко А.В., Попова К.О. Применение антиоксидантов в неврологии. В сборнике: Инновационный потенциал развития науки в контексте междисциплинарных исследований. Материалы XXXV Всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2021. С. 71-73.
12. Лебедев И.А., Гильванов В.А., Акинина С.А., Анищенко Л.И. Метеорологические факторы риска развития церебрального инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 9-2. С. 28-32.
13. Лебедев И.А., Рахманина О.А., Болдырева Ю.В. Первичная головная боль. Актуальные вопросы диагностики и лечения. Учебное пособие для ординаторов / Тюмень, 2023.
14. Лебедев И.А., Рахманина О.А., Болдырева Ю.В. Первичная головная боль у взрослых и детей. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие для самостоятельной подготовки к практическим занятиям обучающихся по специальностям 31.05.01 – «Лечебное дело», 31.05.02 – «Педиатрия» / Тюмень, 2022.
15. Ших Е.В., Хайтович Е.Д., Перков А.В. Клинико-фармакологические подходы к выбору препарата для купирования головной боли напряжения // Терапевтический архив. – 2021. – №93(8). – С.862-868.

PATHOBIOCHEMICAL JUSTIFICATION OF THERAPY TENSION HEADACHE

Alborov R.G., Lukyanova E.G., Stepanova Yu.A., Gavrilenko E.A.

Low rates of seeking medical help for headache complaints may indicate that most people suffering from headaches are unaware of the existence of effective treatment. Many patients with headaches self-medicate. The article provides a pathobiochemical justification of the measures taken in the treatment of tension headache. The main recommendations of symptomatic therapy are given. It has been established that the main means of preventive treatment are antidepressants. Among the factors contributing to the development of headache are: stress, overexertion, depression, sleep disorders. Correction of these conditions is a mandatory factor in relieving headaches.

Keywords: cephalgia, headache, depression, sleep disorders, increased anxiety, chronic fatigue, treatment, analgesics, antidepressants, nitric oxide inhibitors, Covid-19.

УДК 616-06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Белялова Арире Рустемовна,

Ибрагимова Динара Нариман кызы,

Студенты Института «Медицинская академия имени С. И. Георгиевского»
ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

Зайцев Юрий Александрович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии
и пульмонологии Института «Медицинская академия имени С. И. Георгиевского»
ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

Глюкокортикостероидные гормоны на протяжении многих лет занимают лидирующие позиции во врачебной практике. Нередко рациональное их применение спасает множество человеческих жизней, но в то же время существует риск развития стероид-ассоциированных осложнений. В данной статье рассмотрены современные аспекты этиологии, патогенеза, клинической картины и исходов туберкулёза как одного из грозных последствий глюкокортикостероидной терапии системных заболеваний человека.

Ключевые слова: глюкокортикостероиды, гормональная терапия, иммунная защита организма, стероидный туберкулёз, первичный туберкулёз, диссеминированный туберкулёз.

Со второй половины прошлого века глюкокортикостероидные гормоны (ГКС) нашли широкое применение в терапии внутренних болезней человека. Многие специалисты злоупотребляют назначением данной группы препаратов даже в тех случаях, когда можно было бы обойтись без них, подобная лечебная тактика нарушает реализацию основного механизма действия гормональных средств – достижение максимального эффекта от минимальных доз [1].

Одним из самых грозных осложнений бесконтрольного приёма ГКС является снижение сопротивляемости организма к инфекционным процессам за счёт угнетения специфических и неспецифических факторов иммунной защиты [2]. Резистентность организма к туберкулёзному агенту в этом случае также понижается. Отсутствие осведомлённости о возможности развития вышеуказанного заболевания как осложнения на фоне применения гормональных препаратов, приводит к слишком поздней его диагностике.

Первое упоминание о возможности реактивации туберкулёзного процесса у больных, получающих терапию ГКС по поводу системных заболеваний, относится к 50-м годам предыдущего столетия. Существует множество исследований о частоте и характере развития стероидного туберкулёза (СТ). Так Саш и соавторы среди 1134 больных, наблюдавшихся по поводу туберкулёза лёгких на протяжении 15 лет, обнаружили СТ у 14 больных (1,2%). Хотя рассматриваемая нами проблема не встречается довольно часто, её актуальность продолжает стремительно возрастать [3].

Рассмотрим эксперимент, проведённый на базе Научно-производственного объединения «Фтизиопульмонология» и кафедры патологической анатомии Челябинского медицинского института. Подопытных морских свинок в количестве 91 разделили на несколько групп: контрольная (интактные), 1-я серия – заражённые вирулентной культурой микобактерий туберкулеза (МБТ), 2-я – заражённые на фоне воздействия гидрокортизоном. Гидрокортизон вводили согласно схеме – 5 мг в сутки на особь внутримышечно в течение 8 дней, из них 3 дня до инфицирования. Заражение проводилось интратрахеально взвесью лабораторного штамма МБТ человеческого вида в дозе 0,01 мг в 0,5 мл физиологического раствора на животное. Морские свинки вскрывались по общепринятой методике, лёгкие с признаками поражения использовали для посева на среду Левенштейна-Йенсена. Для гистологического исследования были взяты фрагменты лёгких, лимфатических узлов, регионарных к месту инфицирования, и селезенки. Фиксировали 10% формалином; парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. При этом в лёгких были обнаружены узелковая и диффузная клеточная пролиферация, эмфизематозные зоны. Проанализированы размеры внутригрудных лимфатических узлов, объём сохранившейся лимфоидной ткани, плотность лимфоцитов коркового вещества и паракортикальной зоны. Оценка результатов позволяет сделать вывод о том, что в большинстве случаев стероидная терапия была проведена по поводу аутоиммунных болезней и новообразований, в том числе ревматических заболеваний – в 13, бронхиальной астмы — в 8, миелобластного и миелоидного лейкозов — в 7, фиброзирующего альвеолита в 1 наблюдении. Однако ведущей причиной смерти у 28 умерших явилось прогрессирование туберкулёза [4].

Туберкулёзный процесс у больных СТ протекает молниеносно – до года с момента появления симптомов. Согласно статистическим данным, в группе риска находятся молодые женщины и мужчины средних лет. В структуре преобладают первичный и диссеминированный туберкулёз.

Клиника характеризуется появлением интоксикационного (субфебрилитет или фебрилитет; кахексия; слабость; быстрая утомляемость; часто ускорение СОЭ) и легочного (одышка; сухой кашель, сменяющийся через несколько дней продуктивным с небольшим количеством мокроты; влажные мелкопузырчатые хрипы; боли в грудной клетке при вовлечении плевры) синдромов. Рентгенологически определяются полиморфные очаги, локализованные в средних и нижних отделах легких, количество которых нарастает от периферии к корню. Морфологически специфическое воспаление носит экссудативно-некротический характер [5].

Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов показывает, что у половины больных СТ был диагностирован ретроспективно. При этом расхождение у умерших с первичным туберкулезом достигло 80%, с диссеминированным – 76,5%, со вторичным – 17,5%.

Зачастую стероид-ассоциированный туберкулез диагностировать на ранних этапах его развития не удается, так как гормональная терапия обладает иммуносупрессивными свойствами. Как следствие, у большинства пациентов обнаруживают отрицательные или сомнительно-положительные реакции на туберкулин.

СТ тяжело поддается стандартной терапии в связи с угнетением защитных сил организма и плохой переносимостью химиотерапии. Нередко возникает необходимость прибегнуть к оперативному вмешательству на фоне замедленной консолидации туберкулёзных каверн.

Если всё-таки удалось диагностировать СТ, не следует быстро отменять ГКС, так как это грозит появлением не только «синдрома отмены», но и еще более выраженным снижением сопротивляемости организма к инфекции [6].

Список использованных источников

1. Игнатенко О. В., Водоевич В.П. Глюкокортикостероидные гормоны в практике терапевта// Журнал ГрГМ.-2006.-№1/2006.- С. 7-13.
2. Сорока Н.Ф. Глюкокортикостероидные гормоны в клинике внутренних болезней. - Мн., 2000.- 128с.
3. Мишин В.Ю. Фтизиатрия: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2016.- 234-239с.
4. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2015.-89-105с.
5. Коваленко В.Л., Нестеровский Я.И., Дрыга О.П. Туберкулез как осложнение терапии глюкокортикостероидными гормонами и его профилактика//Информационное письмо. -1990.- С.8.
6. Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid induced osteoporosis guidelines// Arthritis Rheumatism.-1996. - P.39.

FEATURES OF THE COURSE OF STEROID TUBERCULOSIS AT THE PRESENT STAGE. LITERATURE REVIEW

Belyalova A.R., Ibragimova D.N., Zaytsev Y. A.

Glucocorticosteroid hormones have been taking a leading position in medical practice for many years. Often their rational use saves human lives, but at the same time there is a risk of steroid-associated complications. The article discusses modern aspects of the etiology, pathogenesis, clinical picture and outcomes of tuberculosis as one of the formidable consequences of glucocorticosteroid therapy of systemic human diseases

Keywords: glucocorticosteroids, hormone therapy, immune protection of the body, steroid tuberculosis, primary tuberculosis, disseminated tuberculosis.

УДК 616

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ (ФГИР) У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ

Ермолаева Лариса Генадьевна

К. медицин.н., зав.уч. частью кафедры «Пропедевтика внутренних болезней» СПбГУ

Балукова Екатерина Владимировна

К. медицин.н., доцент кафедры «Пропедевтика внутренних болезней» СПбГУ

Меднова Софья Алексеевна,**Гиляшова Алина Дмитриевна,**

Студент, Медицинского факультета СПбГУ

Статья содержит результаты исследования, указывающего на роль психоэмоционального напряжения, как основного фактора развития функциональных гастроинтестинальных расстройств (прежде всего СРК) у студентов медицинского факультета в период сессии. Используя анкетирование, авторы устанавливают корреляцию между психологическим состоянием студентов и частотой возникновения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, а также выявляют частоту встречаемости характерных для данного состояния симптомов.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, соматизированные расстройства, уровень стресса, психическая напряженность.

Цель исследования: определить корреляцию между частотой возникновения СРК у студентов медицинского факультета и степенью психоэмоционального перенапряжения в период сессии.

Материалы и методы: Обследовано 116 студентов, средний возраст $19,7 \pm 0,2$ года. Все исследуемые заполняли опросник «IBS questionnaire for HCP», госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

Результаты: 75% опрошенных ($n=87$) испытывали абдоминальные боли за последние 3 месяца, из них у 9,2% ($n=8$) боли носили постоянный характер, у 26,4% ($n=23$) боли связаны с актом дефекации. У 70,6% ($n=82$) отмечалось учащение дефекаций >3 раз в сутки, у 30,2% ($n=35$) – уменьшение частоты дефекаций <3 раз в неделю. Трудности при опорожнении кишечника имели 18,1% ($n=21$), императивные позывы на стул – 30,2% ($n=35$), метеоризм – 76,8% ($n=89$). 25,8% респондентов ($n=30$) с высокой вероятностью страдали СРК, у 49,1% ($n=57$) причиной симптомов могли быть другие состояния, 25,1% ($n=29$) не имели симптомов СРК. По данным шкалы HADS в 19,8% ($n=23$) отмечалась клинически выраженная, в 53,4% ($n=62$) – субклинически выраженная тревога/депрессия, у 26,8% ($n=31$) – отсутствие тревоги/депрессии. Отмечалась прямая корреляционная связь между симптомами тревоги/депрессии и трудностями при опорожнении кишечника ($p<0,001$), императивными позывами на стул ($p<0,01$), метеоризмом ($p<0,001$). По окончании сессии клинически выраженная тревога/депрессия сохранялась в 6,89% ($n=8$), субклинически выраженная – в 26,7% ($n=31$), отсутствие тревоги/депрессии – у 66,4% ($n=77$).

Выводы: Симптомы СРК широко распространены у студентов медицинского факультета, наиболее выражены в период сессии. Наблюдается прямая корреляция между степенью выраженности ФГИР и уровнем психоэмоциональных нагрузок.

СРК – одна из наиболее частых причин обращения пациентов с нарушениями работы системы пищеварения [8]. Данное заболевание проявляется рецидивирующей болью в животе, изменением частоты и характера стула, вздутием. Актуальные Римские диагностические критерии СРК IV включают ряд принципиально важных отличий от предыдущих: анамнез (начало клинических проявлений в течение не менее 6 месяцев до постановки диагноза), текущая активность (наличие симптомов в течение последних 3 месяцев), частота (указанные в критериях симптомы присутствуют не реже 1 раза в неделю, в отличие от 3 дней в месяц, как это предполагалось в Римских критериях III [2,3]) При этом абдоминальная боль должна быть ассоциирована с ≥ 2 критериями: связь с актом дефекации, связь с изменением частоты стула, связь с изменением формы стула. Несмотря на многочисленные исследования, точная причина СРК не выявлена. Наиболее убедительными остаются следующие факторы: генетическая предрасположенность, изменение состава микробиоты, нарушение проницаемости слизисто-эпителиального барьера, нарушение психоэмоционального состояния. [1] Роль последнего фактора является более вероятной для групп людей, испытывающих постоянную стрессорно-эмоциональную нагрузку. В основе дифференциальной диагностики между функциональными и органическими болезнями желудочно-кишечного тракта – исключение органических причин, провоцирующих развитие заболеваний ЖКТ. Для выявления СРК ассоциированного с

психическими расстройствами могут быть применены тесты, основная цель которых заключается в выявлении общего уровня тревожности и стресса. А также пациенту может быть предложено анкетирование, целью которого является – определение степени выраженности основных симптомов СРК.

Цель исследования: Оценить корреляцию между общим уровнем тревожности, стресса и степенью выраженности основных симптомов СРК по опросникам: «IBS questionnaire for HCP», «шкала HADS».

Материалы и методы

В исследовании принимали участие случайным образом отобранные студенты медицинского факультета СПбГУ.

В ходе исследования изучали и оценивали наличие и выраженность симптомов СРК, общий уровень тревожности, стресса и вероятность развития депрессии.

Исследование симптомов СРК проводили при помощи опросника «IBS questionnaire for HCP». [4,5] Данный опросник был предложен для оценки клинических проявлений функциональных заболеваний кишечника, он включает вопросы, отражающие характерные жалобы всех обследуемых студентов с СРК. «IBS questionnaire for HCP» разработан Всемирной Организацией Гастроэнтерологии и используется в качестве вспомогательного метода диагностики у пациентов с подозрением на функциональные нарушения пищеварения. При получении 25 и более баллов - пациент с высокой вероятностью страдает СРК, 15-24 баллов – есть вероятность СРК, но симптоматика может быть обусловлена и другими заболеваниями ЖКТ, при получении менее 15 баллов - с высокой вероятностью симптоматика обусловлена не СРК, а другим расстройством ЖКТ, что требует дополнительных исследований.

Для оценки уровня тревожности и вероятности развития депрессии использовали шкалу HADS. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии - разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Данная шкала предназначена для того, чтобы помочь врачу лучше понять психоэмоциональное состояние пациента, так как множество клинических проявлений могут быть соматизированными и несут нейрогенный характер. Шкала состоит из двух частей (в каждой по семь вопросов), первая оценивает выраженность тревоги, а вторая – выраженность депрессии. Результат менее 7 баллов указывает на отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и более баллов – клинически выраженная тревога/депрессия [6,7].

Статистическая обработка материала:

Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи пакета программного обеспечения Microsoft Excel 2010, Statistica 13.0.

Признаки оценивались с помощью медианы и квартилей (Me [25%; 75%]). Для сравнения медиан использовался U-тест Манна-Уитни. Для анализа различий частот переменных в группах использовался критерий Пирсона χ^2 . При проведении корреляционного анализа применялась r-корреляция Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение:

В исследование были включены 116 студентов, средний возраст участников исследования составлял $19,7 \pm 0,2$ года. Оценив полученные результаты по опроснику «IBS questionnaire for HCP» (охватывает период времени в 3 месяца), выяснили, что большинство лиц имели симптомы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта различной степени выраженности. 75% опрошенных время от времени испытывали боль в области живота, 9,5% отмечал постоянную боль. Причем у 45,7% студентов боль не купировалась приемом спазмолитиков и НПВС. Более половины респондентов страдали диареей за последние 3 месяца (50,9% иногда; 20% часто). 30,2% опрошенных периодически страдали запором, 12,9% часто/постоянно. Более половины студентов страдали метеоризмом (21,6% часто, 55,2% иногда). В свою очередь 28,4% респондентов принимали хотя бы один курс антибиотиков за указанный период времени. 30,2% наблюдали снижение массы тела. Из семейного анамнеза опрошенных известно, что: у 0,9% ближайшие родственники страдали целиакией, у 17,2% воспалительными заболеваниями кишечника, у 13,8% в семье были выявлены случаи рака кишечника.

67,2% студентов связывали вышеуказанные симптомы со стороны пищеварительной системы с эпизодами повышенной нервной возбудимости, беспокойства и раздражительности. 23,3% респондентов принимали препараты психотропного ряда в указанный период времени.

Суммируя результаты ответов студентов по опроснику «IBS questionnaire for HCP», помимо частных статистических наблюдений были выделены итоговые результаты, на основании которых получено распределение по трем группам (в зависимости от вероятности наличия диагноза СРК у опрошенных студентов): 25,6% респондентов набрали более 25 баллов – с высокой вероятностью страдает СРК, у 49,5% 15-24 баллов – есть вероятность СРК, но симптоматика может быть обусловлена и другими заболеваниями ЖКТ, оставшиеся 24,9% получили 15 и менее баллов – с высокой вероятностью симптоматика обусловлена не СРК, а другим расстройством ЖКТ, что требует дополнительных исследований.

Также среди студентов было произведено тестирование с использованием шкалы HADS. По результатам данного опроса более чем у половины студентов в указанный период времени была выявлена субклиническая степень выраженности тревоги/депрессии, у 20% – клиническая степень выраженности тревоги/депрессии.

Данные опросы были проведены среди студентов медицинского факультета в период перед зимней сессией.

При повторном анкетировании студентов по опроснику «IBS questionnaire for HCP», было выявлено, что частота эпизодов нарушения пищеварения уменьшилась у 57,8% опрошенных, остальные 42,2% не отметили значительных изменений.

Выводы

1. Симптомы СРК широко распространены среди студентов медицинского факультета.
2. По результатам опроса 25,6% студентов с высокой вероятностью страдают СРК, у 49,5% есть вероятность СРК, но не исключены и другие причины, обуславливающие данную симптоматику, у остальных 24,9% опрошенных - с высокой вероятностью симптоматика обусловлена не СРК, а другим расстройством ЖКТ, что требует дополнительных исследований.
3. Одной из наиболее явных причин СРК, как и других соматизированных расстройств у студентов является значительная психологическая нагрузка, которая может привести к тяжелой степени тревожного расстройства и/или депрессии. Однако нельзя исключать влияние других факторов связанных с другими аспектами студенческой жизни.
4. В пользу психической природы СРК, как соматизированного расстройства говорит и то, что в 47,5% случаев симптомы не купировались средствами симптоматической терапии (спазмолитическими средствами и НПВС).

Список использованных источников

1. Trush E.A., Poluektova E.A., Beniashvili A.G., Shifrin O.S. Management of a Female Patient with Irritable Bowel Syndrome and Somatoform Disorder. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2022;32(5): 95–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-5-95-102> (Дата обращения: 12.10.2022)
2. D.T.Dicheva, PhD in medicine, D.N.Andreev, PhD in medicine, M.P. Scheglanova, E.V. Partsvania-Vinogradova, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of Russia
3. Sheptulin A.A., Vize-Khripunova M.A. Review of Rome-IV criteria for the irritable bowel syndrome: are there any basic changes? *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2016; 26(5):99-103
4. IBS questionnaire for HCP [Internet]. [cited 24 December 2022]. Available from: [Электронный ресурс]: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/wdhd-2009-test-for-diagnosing-ibs.pdf> (Дата обращения: 22.09.2022)
5. IBS questionnaire for HCP [Internet]. [cited 24 December 2022]. Available from [Электронный ресурс]: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-russian-2015.pdf> (Дата обращения: 29.09.2022)
6. Creed F.H., Ratcliffe J., Fernandes L. et al Outcome in severe IBS with and without accompanying depressive, panic and neuroasthenic disorders // *Br. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 186. P. 57–65.
7. Miller A.R., North C.S., Clouse R.E. et al. The association of irritable bowel syndrome and somatization disorder // *Ann Clin Psychiatry*. 2001. Vol. 13. P. 25–30.
8. Жесткова Т.В. Качество жизни и уровень физической активности студентов с отсутствием и наличием симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника по опроснику «7×7» (7 симптомов за 7 дней). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(3):36–41. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-36-41> (Дата обращения: 14.01.2023)

FREQUENCY OF DETECTION OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS (FGIR) STUDENTS DURING THE SESSION

Ermolaeva L. G., Balukova E. V., Mednova S. A., Gilyashova A. D.

The article contains the results of a study indicating the role of psycho-emotional stress as the main factor in the development of functional gastrointestinal disorders (primarily IBS) in students of the Faculty of Medicine during the session. Using a questionnaire, the authors establish a correlation between the psychological state of students and the frequency of occurrence of functional disorders of the gastrointestinal tract, and also identify the frequency of occurrence of symptoms characteristic of this condition.

Keywords: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, somatized disorders, stress level, mental tension.

УДК 618.2-06-036.2

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕСПИРАТОРНУЮ ВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Жандаров Кирилл Александрович

Доцент кафедры Оперативной хирургии и топографической анатомии,
«ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова»

Завадский Александр Николаевич

Магистр «МПУ»

Проведено одномоментное ретроспективное исследование «случай – контроль». Дана оценка 5-летнего катамнеза 106 детей от женщин, перенесших острую респираторную вирусную инфекцию во время беременности, и 50 детей от матерей, не болевших во время беременности острыми респираторными вирусными заболеваниями. Клинические проявления в неонатальном периоде у детей основной группы имели неспецифический характер: изменения центральной нервной системы (57,6%), патология сердечнососудистой системы 72,6%, желтухи конъюгационного генеза (83,9%). К пятилетнему возрасту у 18 % детей сохранялась неврологическая симптоматика, причем у 10,3 % имела место гидроцефалия, у 2,8 % эпилепсия, у 3,7 % детей регистрировалось ДЦП, нарушение речевого развития у 79,2 % детей. В контрольной группе неврологическая симптоматика сохранялась у 14% детей преимущественно за счет нарушения речевого развития. Также выявлена ассоциативная связь между острым респираторным вирусным заболеванием у матери во время беременности и регистрацией у детей частых простудных заболеваний (соответственно у 36,1% детей в основной группе против 2 (5,13%) в группе контроля, $p < 0,001$).

Ключевые слова: дети, катамнез, острая респираторная вирусная инфекция, беременность, гидроцефалия, детский церебральный паралич

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), возникающие во время беременности, не только являются очень сильным повреждающим фактором для матери, но и нарушают равновесие в системе «мать – плацента – плод». Исследователи Рогозина Н.В. и Везверхая Н.С. показали, что у новорожденных от женщин, перенесших грипп, в 7,3 раза повышен риск гипоксического поражения центральной нервной системы (ЦНС) [1]. Однако влияние ОРВИ другой этиологии на течение и исходы беременности, состояние плода и новорожденного, а также отдаленные последствия для детей остаются до конца неизученными.

Цель исследования. Оценить 5-летний катамнез детей, рожденных от матерей, которые перенесли ОРВИ во время беременности, для оптимизации мер по снижению негативных последствий.

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное ретроспективное исследование «случай – контроль». Работа выполнялась в 2022 г. на базе «Поликлиники №1» Московской области. Источниками для сбора катамнеза явились 106 амбулаторных карт (Ф-112У) детей, родившихся в срок 37–41 нед. гестации в период с 01.01.2016 г. по 01.01.2017 г., рожденных от матерей, переболевших ОРВИ во время беременности (основная группа), группу сравнения составили 50 аналогичных детей, рожденных от матерей, которые не болели ОРВИ во время беременности [2]. Из исследования исключены амбулаторные карты детей, родившихся в срок 22–37 недель.

Диагноз ОРВИ устанавливался, согласно клиническим рекомендациям «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» [3]. Матери детей были сопоставимы по возрасту, акушерской и экстрагенитальной патологии, течению родов. На каждого наблюдаемого ребенка заполнялась специально разработанная анкета, где фиксировались срок гестации в который мать перенесла ОРВИ; особенности неонатального периода, соматический статус ребенка в возрасте 1, 3 и 5 лет; фоновые заболевания (перинатальное поражение центральной нервной системы

(ППЦНС), анемия, рахит и гипотрофия); частота эпизодов ОРВИ (осложненные или неосложненные формы) в год в возрастные периоды до 1 года, 1–3 лет, 3–5 лет; осложнения ОРЗ бронхитом [4,5].

Методика исследования получила одобрение и утверждена Этическим комитетом. Исследование проведено с письменного информированного согласия родителей пациента. Статистическая обработка данных проводилась методами параметрической и непараметрической статистики с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel, лицензионных статистических программ Statistica 10.0.

Результаты. Оценка катamnестических сведений о детях показала одинаковое гендерное соотношение в сравниваемых группах: преобладали мальчики – 56,6% (60 пациентов) в основной группе и 62,0% (31 пациент) в группе сравнения, гестационный возраст составил $38,17 \pm 2,43$ и $38,4 \pm 3,52$ недели. Статистически достоверно чаще у 31,1% детей в основной группе отмечалась задержка внутриутробного развития против 12% (14 детей) в группе контроля. Масса тела при рождении детей в сравниваемых группах варьировала от 1200 до 4310 г и составила в группе детей, рожденных от матерей, переболевших ОРВИ во время беременности, в среднем $2388,3 \pm 585,98$ г., в группе детей, рожденных от матерей, которые не болели ОРВИ во время беременности $3124,7 \pm 241,9$. Средний показатель роста составил $49,76 \pm 3,1$ см в основной группе и $50,2 \pm 1,2$ см в группе контроля. Клинические проявления в неонатальном периоде у детей, родившихся от матерей переболевших ОРВИ, отличались разнообразностью и имели неспецифический характер: изменения центральной нервной системы (57,6%), патология сердечнососудистой системы в виде малых аномалий развития сердца и аномалий закрытия межпредсердной перегородки (открытое овальное окно) (72,6%), желтухи конъюгационного генеза (83,9%). В группе контроля преобладала патология сердечнососудистой системы у 66% детей и конъюгационная желтуха у 76% детей, патология ЦНС составила 32%.

В конце первого года жизни у 57,5 % детей основной группы регистрировался дефицит веса, у 4,7% выявлялся избыток массы тела, у 44,3% имелись неврологические расстройства, у 36,8 % нарушения ЖКТ. В группе контроля дефицит веса отмечался у 14 % детей, у 12% выявлялся избыток массы тела, у 18 % имелись неврологические расстройства, у 14 % нарушения ЖКТ.

К пятилетнему возрасту в основной группе сохранялась неврологическая симптоматика у 18 % детей, причем у 10,3 % имела место гидроцефалия, у 2,8 % эпилепсия, у 3,7 % детей регистрировалось ДЦП, нарушение речевого развития у 79,2 % детей. В контрольной группе неврологическая симптоматика сохранялась у 14% детей преимущественно за счет нарушения речевого развития.

Анализ резистентности к ОРВИ у детей показал, что дети, матери которых во время беременности перенесли ОРВИ достоверно чаще болели простудными заболеваниями 36,1% против 2 (5,13%) в контрольной группе.

Заключение. В целом полученные результаты позволяют заключить, что беременность, осложненная ОРВИ, негативно влияет на уровень здоровья детей. Частота перинатальных поражений ЦНС у детей в катamnезе была выше в 2 и более раза с исходом в ДЦП у 3,7 % детей.

Дети нуждаются в длительном углубленном динамическом наблюдении с проведением неврологического обследования и определения состояния специфического гуморального иммунитета.

Список использованных источников

1. Рогозина Н. В. и др. Цитомегаловирусная инфекция у иммунокомпетентных беременных: клинические проявления и тактика ведения //Журнал инфектологии. – 2022. – Т. 14. – №. 2. – С. 80-86.
2. Turkova A. et al. Advanced liver disease in Russian children and adolescents with chronic hepatitis C //Journal of viral hepatitis. – 2019. – Т. 26. – №. 7. – С. 881-892.
3. Горячева Л. Г. и др. НС-вирусная инфекция у детей и подростков. – 2002.
4. Васильев В. В. и др. Сравнительный анализ отечественных и зарубежных клинических рекомендаций по актуальным врожденным инфекционным заболеваниям //Pediatriya named after GN Speransky. – 2019. – Т. 98. – №. 2.
5. Methods of Mental State Examination in Conditions of Time Storage / N. Yu. Kipyatkov, V. B. Dutov, O. V. Timkina, S. A. Lytaev // Changing Word and Environment: Approaches in Military Psychology and Psychophysiology: 44th International Applied Military Psychology Symposium, Санкт-Петербург, 08–12 сентября 2008 года. – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2008. – Р. 54-55. – EDN VGM1KR.

CATAMNESIS OF CHILDREN BORN TO MOTHERS WHO SUFFERED AN ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION DURING PREGNANCY

Zhandarov K. A., Zavadsky A. N.

A single-stage retrospective case-control study was conducted. The 5-year catamnesis of 106 children of women who suffered acute respiratory viral infection during pregnancy and 50 children from mothers who did not suffer from acute respiratory viral diseases during pregnancy was evaluated. Clinical manifestations in the neonatal period with the children of the main group were nonspecific: changes in the central nervous system (57.6%), pathology of the cardiovascular system 72.6%, jaundice of conjugation genesis (83.9%). By the age of five, 18% of children had neurological symptoms, and 10.3% had hydrocephalus, 2.8% had epilepsy, 3.7% of children had cerebral palsy, and 79.2% of children had impaired speech development. In the control group, neurological symptoms persisted in 14% of children mainly due to impaired speech development. An associative relationship was also revealed between acute respiratory viral disease in the mother during pregnancy and the registration of frequent colds in children (respectively, in 36.1% of children in the main group versus 2 (5.13%) in the control group, $p < 0.001$).

Keywords: children, catamnesis, acute respiratory viral infection, pregnancy, hydrocephalus, cerebral palsy

УДК 616

ВЛИЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ

Заплатаина Анна Ивановна

Студентка Московского Педагогического Государственного Университета

В данной статье анализируется значение влияния слухового анализатора на развитие речи. Автор провёл анализ научной литературы и данные исследований, в которых описывается влияние нарушения слуха на развитие речи ребёнка в разных периодах онтогенеза. В статье оценена значимость ранней коррекционной работы по развитию речи для детей с нарушениями слуха, также приведены методы коррекции.

Ключевые слова: слуховой анализатор, нарушения слуха, развитие речи при нарушениях слуха, коррекционная помощь.

В данной статье рассмотрен системный подход к развитию слухового восприятия. Недоразвитие слуха и речи сказывается на системном характере развития учащихся с нарушениями слуха. Системность роли аудирования выражается в том, что степень сохранности слуха влияет на уровень развития речи, сторону речевого произношения, практику коммуникативной речи и общее развитие учащихся. Систематические упражнения, направленные на развитие слухового восприятия, способствуют совершенствованию редуцированного слухового восприятия, развитию речи, произношения и общему развитию ребенка. С другой стороны, развитие слухового восприятия улучшается под влиянием развития речи, произношения и общего развития [3].

Звуки, которые ребенок усваивает на ранних этапах речевого развития, оказываются относительно менее сложными в артикуляционном плане, что связано с меньшим мышечным напряжением. Конечно, такая артикуляция связана с относительно слабым акустическим эффектом. Чем сложнее становится артикуляция, тем больше возрастает мышечное напряжение и, следовательно, тем мощнее становится акустический эффект. Очевидного несоответствия между акустическими и артикуляционными свойствами гласных звуков нет. Гласные звуки, как правило, менее сложны по своей двигательной организации, чем многие согласные. Таким образом, несоответствия между акустическими и артикуляционными свойствами согласных звуков не являются свидетельством разделения функций слухового и речедвигательного анализаторов. Ребенок путем прямого подражания глобально усваивает целые речедвигательные комплексы, соответствующие словам и словосочетаниям, не различая на слух отдельные звуки.

Затем, когда эти комплексы формируются в произношении, двигательный речевой анализатор становится способным оказывать решающую помощь слуховому анализатору в процессе восприятия речи. Речь происходит в процессе общения, что является главным стимулом для этого развития. Чтобы быть вовлеченным в процесс общения, ребенок с самого начала речевого развития должен выступать и как слушатель, и как говорящий. В речи окружающих перед ребенком появляется образец определенного звука. Этот образец не всегда доступен ему. Поэтому ребенок заменяет желаемый звук одной из тех плотных артикуляций, которыми он уже владеет. Слышимый звук и его заменитель часто находятся в акустическом контрасте. Слуховой анализатор в процессе овладения произношением детьми выступает в качестве постоянного стимула для приближения рисунка артикуляции к тому, который соответствует воспринимаемому образцу. В ходе его артикуляции

При приближении артикуляции к желаемому образцу слуховой анализатор выполняет важные функции авторизации и контроля конечного результата произношения. Стимуляция и контроль осуществляются в процессе наблюдения за речью других людей. В этом случае слуховой анализатор действует как "устройство слежения". Овладение произношением осуществляется по определенной программе, алгоритм работы этой программы определяется только постепенным развитием функции речедвигательного анализатора. Слуховой анализатор не может изменить алгоритм в целом, и если под его воздействием происходят какие-то изменения в последовательности шагов алгоритма, это обычно приводит к нарушениям произношения звуков. Иначе функция речевого моторного анализатора не может быть развита. У ребенка, лишенного слуха, вообще не развивается речь без специальной подготовки.

В конце процесса овладения произношением, когда формируется единая слухоречевая система, моторно-речевой анализатор оказывает лишь активирующее воздействие на функцию слухового анализатора [1].

Роль слухового восприятия очень велика в развитии познавательной деятельности, в обогащении воображения человека и представлений об окружающем мире. Слуховой анализатор начинает работать в первые часы жизни ребенка. Первая реакция на звук проявляется у ребенка расширением зрачка, задержкой дыхания и некоторыми движениями. Затем ребенок начинает слышать голос взрослых и реагировать на него; во втором полугодии жизни – воспринимать определенные сочетания звуков и ассоциировать их с определенными

предметами или действиями; в возрасте 7-9 месяцев – имитировать звуки речи окружающих. К году у него появляются первые слова. У глухих от рождения детей не развивается имитация речи других людей. Лепет проявляется у них точно так же, как и при нормальном детском слухе. Но оно не получает подкрепления от слухового восприятия и поэтому постепенно затухает. В таких случаях речь детей не проходит без специального педагогического воздействия [2].

Для детей с нарушениями слуха особенно важна ранняя диагностика и реализация мероприятий по коррекции и развитию речи. Индивидуальный подход к каждому ребенку, его особенностям и уровню развития необходим для эффективного прогресса.

Однако главным фактором успешной реабилитации является раннее выявление проблем со слухом. Чем раньше будет установлено, что у ребенка есть проблемы со слухом, тем быстрее можно начать принимать меры для их устранения и развития речи.

Важно отметить, что ребенок, лишенный слуха, не должен оставаться в изоляции от общества и общения с другими детьми. Слуховые аппараты и специальные методики реабилитации позволяют таким детям полноценно общаться с окружающими и получать образование наравне с другими детьми.

Специальная подготовка для детей, лишенных слуха, очень важна для развития речи. Она должна начинаться как можно раньше, чтобы дети могли освоить навыки общения и устной речи. Существует множество методов и техник для обучения глухих детей речи, включая использование жестов, языка жестов, обращение внимания на губы и мимику собеседника, использование картинок и технологий вибро-тактильного восприятия.

Одним из наиболее эффективных методов является раннее начало речевой коррекции с помощью специализированных аппаратов и устройств слухового восприятия. Ранний возраст детей с наибольшей чувствительностью слуховой системы даёт возможность развивать функции речевого аппарата и слуховой анализатор, которые главным образом определяют качество речи в будущем.

Специальное обучение, проводимое опытными педагогами-логопедами в сочетании с ранней коррекцией слуховых нарушений, позволяет детям с нарушениями слуха достигать тех же результатов в развитии речи, что и их сверстники без слуховых проблем. Важно не только раннее обучение, но и организация специального режима дня и социальной среды, чтобы ребенок имел возможность получить максимально возможный опыт коммуникации и развития речи. Наибольшее развитие всей деятельности человека можно достигнуть лишь в том случае, если осуществлять своевременную помощь ребенку с нарушениями слуха и защиту своего здоровья.

Таким образом, слуховой анализатор является важнейшей частью процесса формирования речи у детей, а развитие речи у глухих от рождения детей не происходит без специальной подготовки. Роль ранней речевой коррекции с помощью специализированных аппаратов и устройств слухового восприятия неоспорима, а индивидуальный подход и социальная среда являются гарантией успеха в развитии речи у детей с нарушениями слуха.

Список использованных источников

1. Байдина Ю. Э., Труфанова Г. К., Особенности речевого развития детей с нарушениями слуха.
2. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии).- М.: Педагогика, 1977.
3. Назарова Л.П., Системная характеристика роли слуха как основы моделирования специальной дидактической системы, СПб., 2005.

THE INFLUENCE OF THE AUDITORY ANALYZER ON THE DEVELOPMENT OF SPEECH AND METHODS OF CORRECTION

Zaplatina A. I.

This article analyzes the significance of the influence of the auditory analyzer on the development of speech. The author has analyzed the scientific literature and research data describing the impact of hearing impairment on the development of a child's speech in different periods of ontogenesis. The article evaluates the importance of early correctional work on speech development for children with hearing impairments, and also provides methods of correction.

Keywords: auditory analyzer, hearing impairment, speech development in hearing impairment, correctional assistance.

УДК 616

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКУ И ДИАГНОСТИКУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Левакина Юлия Алексеевна,
Мамедова Азиза Сулиддиновна,
Калгина Ирина Николаевна,**

Студентка, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

Беликова Елена Владимировна

Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

Железодефицитная анемия (ЖДА) – это распространенное заболевание среди беременных в Российской Федерации. Она может осложнять течение беременности, родов, послеродового периода, негативно отражаться на состоянии плода и новорожденного. Следовательно, существует необходимость ранней диагностики дефицита железа и его коррекции. Своевременность и правильность диагностики и лечения во многом зависят от современных знаний в этой области. В статье приводятся данные о частоте встречаемости, патогенезе, клинике, диагностике, влиянии на плод и новорожденного ЖДА.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременность, плод, железо, гемоглобин, эритроциты, ферритин, трансферрин, с-реактивный белок.

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) во время беременности считается одной из наиболее важных проблем в области охраны материнства и детства. До сих пор остаются высокими цифры частоты встречаемости данной патологии. Так, в развивающихся странах она колеблется от 35% до 75%, в развитых показатель достигает 20%, в Российской Федерации - 36%. Железодефицитная анемия, особенно в сочетании с возрастным фактором, оказывает негативное влияние на течение беременности, родов, послеродового периода [1,2]. Следовательно, нужно хорошо знать этиологию, патогенез, клинику, диагностику этого заболевания. Все вышесказанное определило цель наших исследований (работы) – изучить современные взгляды на этиологию, патогенез, клинику, диагностику железодефицитной анемии во время беременности.

Основная часть Железодефицитная анемия (ЖДА) – это тотальная органная патология, приводящая к функционально-морфологическим изменениям всех органов и тканях. Она характеризуется снижением уровня гемоглобина на единицу объема крови, в результате чего, может происходить снижение количества эритроцитов. Среди всех анемий наиболее распространенной является железодефицитная анемия, на ее долю приходится 90% [2].

Железодефицитная анемия в настоящее время выявляется у 32 миллионов беременных женщин по всему миру. Российская Федерация (РФ) отнесена к странам со значительными проблемами в этой области. Так, среди женщин детородного возраста эта патология встречается в 19,8% случаев, среди беременных женщин - в 20,8%. Частота ЖДА у пациенток Московской области в период гестации колеблется от 27,8 до 48,3%, в Рязанской области она составляет 35,8%, в Республике Мордовии - 42% [1].

Во время беременности происходит повышение потребности организма женщины в железе. Чтобы обеспечить нужды беременной, необходим 1 г этого микроэлемента. На увеличение количества эритроцитов приходится – 500 мг, на рост плода – 300 мг, на функционирование плаценты – 90 мг, на метаболические потребности при беременности – 250 мг [1,2].

Одна из главных причин развития железодефицитной анемии у беременных – это недостаточное поступление в организм матери и плода пластических материалов, которые необходимы для нормального кроветворения. Происходит отставанию темпов эритропоэза от нарастающего объема циркулирующей крови. Большое значение имеют пищевые факторы, такие как: вегетарианство, голодание, недоедание, однообразная пища. Также большое значение имеет нарушение всасывания железа в желудочно-кишечном тракте. Это наблюдаются при атрофическом гастрите, целиакии, резекции желудка или кишечника, особенно двенадцатиперстной кишки, в которой происходит наиболее интенсивный процесс всасывания (90%). Повышение потребности в железе и снижение его депонирования наблюдаются при многоплодии или частых беременностях [2]. Еще одной значимой причиной являются хронические кровопотери. В первую очередь

следует обратить внимание на маточные кровотечения до беременности. В норме кровопотеря во время менструации составляет 40-50 мл. Если же менструальные кровопотери в объеме более 80 мл происходят постоянно, то происходит постепенное истощение запасов железа, в результате чего развивается ЖДА. Миома матки также может привести к дефициту железа, даже если менструальные кровопотери отсутствуют [1].

У беременных женщин с ЖДА наблюдаются различные симптомы: бледность, одышка, учащенное сердцебиение, выпадение волос, головные боли, головокружение, судороги ног, непереносимость холода, недомогание и раздражительность. ЖДА также может стать причиной снижения терморегуляции, усталости, плохой концентрации внимания, уменьшения работоспособности и выработки грудного молока. Наблюдается истощение запасов железа в послеродовом периоде. Кроме того, частота встречаемости послеродовой депрессии при данной патологии значительно повышается. Усталость и депрессия, вызванные анемией, могут негативно повлиять на взаимоотношения матери и ребенка. Кроме того, у беременных женщин с ЖДА повышена возможность развития таких осложнений, как восприимчивость к инфекциям, сердечнососудистая недостаточность, эклампсия, геморрагический шок. Материнская смертность напрямую зависит от степени тяжести ЖДА [1,2].

ЖДА во время беременности также может привести к плацентарным проблемам, внутриутробной смерти плода, инфекциям и низким запасам железа у новорожденных. Повышается риск рождения детей с низкой массой тела, особенно в тех случаях, когда дефицит железа возникает в первом и втором триместрах беременности. Железо играет жизненно важную роль в качестве кофактора ферментов и белков, участвующих в процессах развития центральной нервной системы. Поэтому дефицит железа может быть связан с серьезными последствиями у ребенка [1,2].

Лабораторная оценка является основополагающей для окончательного диагноза ЖДА. Одним из определяемых показателей является гемоглобин (Hb). Гемоглобин – это основной компонент эритроцитов. Он представляет собой сложный белок, состоящий из гемма и глобина. Главная функция Hb состоит в переносе кислорода от легких к тканям, в выведении углекислого газа из организма, регуляции кислотно-основного состояния (КОС). Поскольку этиология анемии включает различные причины, диагноз не может быть основан только на показателях Hb. Для уточнения диагноза необходимо оценить количество эритроцитов и уровень сывороточного ферритина (СФ). Эритроцит – это наиболее многочисленный форменный элемент крови, содержащий гемоглобин. Он образуется из ретикулоцита по выходе его из красного костного мозга. Окончательное превращение ретикулоцита в зрелый эритроцит совершается в течение нескольких часов. Снижение количества эритроцитов в крови – один из критериев анемии [3].

Наиболее надежным параметром для выявления дефицита железа является уровень СФ. Ферритин – это растворимый в воде комплекс гидроксида железа и белка апоферритина. Он находится в клетках печени, селезенки, красного костного мозга и в ретикулоцитах. В небольших количествах ферритин присутствует в сыворотке крови, где он выполняет функцию транспорта железа от ретикулоэндотелиальных клеток к паренхиматозным клеткам печени. Это основной белок человека, депонирующий железо. Ферритин и гемосидерин содержат 15-20 % общего количества железа в организме. Хотя в сыворотке крови ферритин присутствует в небольших количествах, его концентрация отражает запасы железа. Рекомендуется проводить скрининг концентрации СФ в начале беременности. Если СФ менее 30 г/л, то существует высокая вероятность истощения запасов железа, даже при отсутствии анемии. Значение СФ менее 30 г/л ассоциируется с концентрацией Hb менее 110 г/л в первом триместре, менее 105 г/л во втором триместре и менее 110 г/л в третьем триместре. Эти показатели являются диагностическими для выявления ЖДА у беременных. В таких случаях следует рассмотреть возможность лечения препаратами железа. Однако, при наличии воспалительных процессов или хронических заболеваний уровень ферритина может быть ложно нормальным или повышенным, даже, несмотря на наличие анемии. Это связано с тем, что ферритин выступает как белок острой фазы. Оценка уровня С-реактивного белка (СРБ) может помочь в постановке правильного диагноза, исключить инфекции или воспаление. Если значение СРБ повышено, то рекомендуется повторная оценка уровня СФ после нормализации концентрации этого показателя. Повторное измерение уровня СФ во время беременности не является необходимым, если у пациентки нет симптомов анемии. А вот концентрацию Hb следует измерять в каждом триместре. Если уровень ферритина составляет 30 г/л, то помимо измерения уровня СРБ, необходимо провести другие диагностические исследования. Определяют сывороточное железо и трансферрин [3].

Если уровень ферритина в норме, а значение трансферрина в сыворотке крови менее 15% , то это свидетельствует о скрытом дефиците железа. Данное обстоятельство связано с высвобождением большого количества железа под действием трансферрина. Уровень сывороточного железа подвержен колебаниям, поэтому оценка уровня сывороточного железа и трансферрина помогает в диагностике [3].

В случае нормальных значений ферритина и повышенного СРБ следует использовать значения такого показателя как растворимые рецепторы трансферрина (sTfR). В случаях дефицита железа или повышенной потребности клеток в железе концентрация sTfR увеличивается. Во время беременности увеличение уровня sTfR связано с повышенной стимуляцией эритропоэза и большой потребностью в железе из-за железозависимой клеточной пролиферации. Как показали некоторые исследования, низкие концентрации sTfR в первый период беременности, по-видимому, связаны с подавлением эритропоэза в первом триместре. Более того, на концентрацию sTfR не влияют инфекции или воспалительные реакции [3].

Выводы. Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что железodefицитная анемия является патологией, влекущей за собой множество осложнений во время беременности, в родах, в послеродовом периоде. Знание современных взглядов на этиологию, патогенез, клинику, диагностику поможет в постановке правильного диагноза и проведения адекватного и своевременного лечения.

Список использованных источников

1. Беликова, Е. В. Анемия у беременных / Е. В. Беликова, Е. А. Петрова // Актуальные проблемы фундаментальных и прикладных наук. Сборник научных трудов I Всероссийского студенческого научного форума с участием молодых исследователей. – Саранск, 2012. – С. 130–131.
2. Беликова, Е. В. Влияние анемии на течение беременности / Е. В. Беликова, Н. А. Авдеева, Н. С. Юматова // Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Сборник научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых, аспирантов и студентов. – Саранск, 2014. – С. 12–14.
3. Третьякова, А. А. Железодефицитная анемия: патогенез и лабораторная диагностика / А. А. Третьякова, Л. В. Сивакова // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 3. – С. 17–34.

**CURRENT VIEWS ON THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINICAL PICTURE
AND DIAGNOSIS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA DURING PREGNANCY**

Belikova E. V., Mammadova A. S., Levkina Y. A., Kalyagina I. N.

Iron deficiency anemia is a common disease among pregnant women in the Russian Federation. It can complicate the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, negatively affect the condition of the fetus and newborn. Therefore, there is a need for early diagnosis of iron deficiency and its correction. The timeliness and correctness of diagnosis and treatment largely depend on modern knowledge in this field. The article provides data on the frequency of occurrence, pathogenesis, clinic, diagnosis, effect on the fetus and newborn.

Keywords: iron deficiency anemia, pregnancy, fetus, iron, hemoglobin, erythrocytes, ferritin, transferrin, c-reactive protein.

УДК 614

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

Сынчиков Дмитрий Сергеевич

Студент Высшей школы энергетике нефти и газа,

ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) Федеральный университет имени Ломоносова»

В данной статье пойдет речь о способах профилактики ВИЧ-инфекции в России. Будет дана оценка эффективности мер, принимаемых государством для борьбы с этим заболеванием, приведены статистические данные и иные показатели. В итоге будет сформулирована наиболее эффективная стратегия для профилактики и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Актуальность рассматриваемой темы крайне высока, так как ВИЧ-инфекция в России из-за неправильных методов профилактики и низкого уровня осведомленности населения приняла размеры эпидемии и количество новых случаев заражения является недопустимо большим.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, инъекционные наркотики, сексуальный контакт, половое просвещение, заместительная терапия.

ВИЧ-инфекция – неизлечимое и крайне опасное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция поражает клетки иммунной системы, которые имеют рецепторы CD4 на их поверхности, включая Т-хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса, дендритные клетки и клетки микроглии [1]. В связи с этим, функция иммунной системы угнетается, что приводит к развитию синдрома приобретённого иммунного дефицита (СПИД). На фоне СПИДа возникают вторичные оппортунистические заболевания, которые не характерны для здорового человека [2].

По оценкам, в 2017 года в РФ было зарегистрировано самое большое количество ВИЧ-положительных среди всех стран Европы [3]. В течение последующих пяти лет Роспотребнадзор ежегодно отчитывался о 70—100 тысяч новых заражённых. И по итогам 2021-го в стране проживало 1,137 млн инфицированных, умерло за всю историю эпидемии — 424,9 тысячи [4]. Тем не менее большинство экспертов считают, что реальное количество ВИЧ-положительных существенно выше, так как заметная часть ещё не выявлена.

В настоящее время ВИЧ/СПИД остаются серьёзной проблемой для здравоохранения и общества в целом. Эпидемия продолжает распространяться, а число заражённых растёт каждый год.

Стратегия российского здравоохранения по борьбе с ВИЧ—инфекцией заключается в увеличении финансирования и повышении объема выпуска препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), предназначенных для сдерживания развития заболевания в организме уже заразившегося человека [5]. Главной проблемой такого подхода является тот факт, что это не способствует сокращению количества новых случаев инфицирования. К тому же прием таких препаратов является пожизненным, а их производство является чрезвычайно дорогим.

Поэтому наиболее эффективным подходом является разработанная и внедренная в странах Европы и США методика, которая подразумевает пропаганду защищенного полового акта, половое просвещение и заместительную терапию для потребителей инъекционных наркотиков.

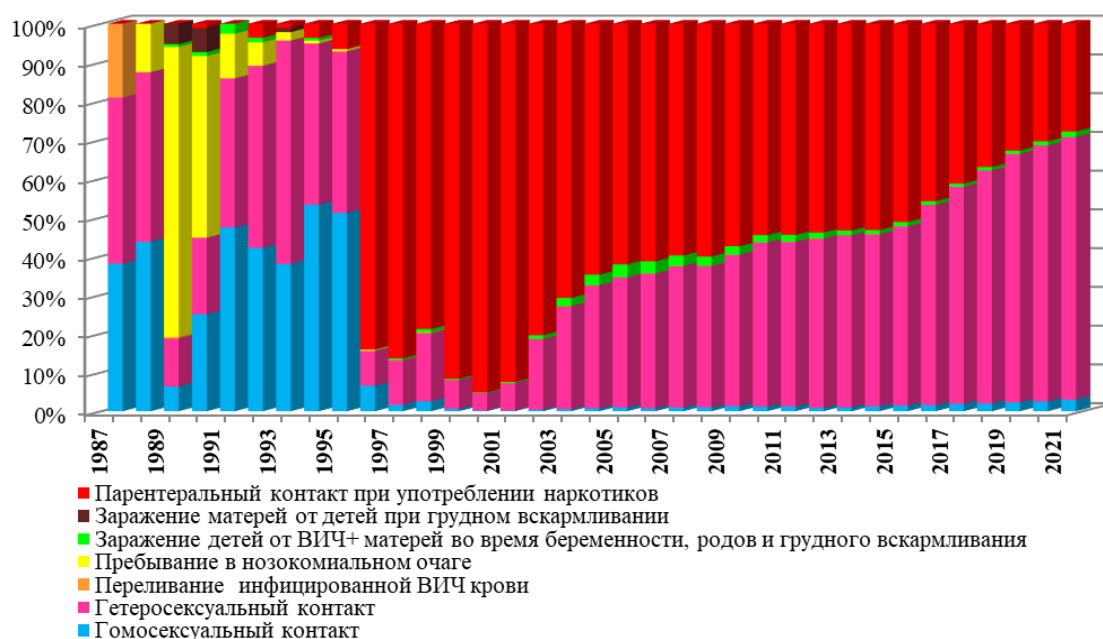


Рисунок 1 - Распределение инфицированных ВИЧ в России по основным известным факторам риска заражения, % [6]

В России незащищенный гетеросексуальный половой акт является причиной 67 % случаев заражения ВИЧ-инфекцией [6]. Исходя из этих данных, необходимо сделать вывод о том, что пропаганда методов контрацепции при половом акте является ключевым фактором снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Производителям контрацептивов необходимо оказывать поддержку в плане сокращения расходов на их производство, что позволит снизить стоимость данных товаров и сделает их более доступными для людей, что в свою очередь будет способствовать снижению новых случаев заражения половым путем.

Другим видом профилактики является половое просвещение. Половое просвещение — это обучение вопросам, касающимся человеческой сексуальности, включая эмоциональные отношения и обязанности в отношениях с половым партнёром, репродуктивную систему, сексуальную активность, половое размножение, возраст согласия, репродуктивное и сексуальное здоровье, репродуктивные права, средства контрацепции и безопасный секс. Обучение половому просвещению также способствует снижению уровня нежелательной беременности, сокращению уровня заболеваний, передающихся половым путем.

Половое просвещение в России крайне необходимо, так как уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией и количество аборт в нашей стране гораздо выше (в 12 раз и в 2,5 раза соответственно), чем в тех странах, где половое просвещение присутствует в общеобразовательных программах и на официальном уровне [7].

Затрагивая вопросы профилактики ВИЧ-инфекции, необходимо затронуть заместительную терапию для наркозависимых людей, составляющих 30 % всех новых случаев инфицирования ВИЧ в России [6]. Для облегчения задачи в плане сокращения новых случаев заражения среди наркоманов необходимо выбрать наиболее достижимую цель. Гораздо легче заставить инъекционных наркоманов пользоваться одноразовыми приборами для внутривенного введения наркотиков или перейти на другие виды психоактивных веществ, чем полностью отказаться от наркозависимости. В плане сокращения новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией этих мер будет вполне достаточно. Необходимо вести пропагандистскую и просветительскую работу в этом направлении, чтобы как можно скорее достичь положительной динамики.

Данные меры профилактики уже показали свою эффективность в тех странах, где они были введены. Однако в России существуют различные препятствия для внедрения этих мер. Главным препятствием является отсутствие соответствующего общественного запроса, а также различные вредные стереотипы, стигматизирующие ВИЧ-инфицированных людей. Пропаганде контрацептивов препятствует политика правительства, направленная на стимулирование повышения рождаемости в стране. Половому просвещению препятствуют стереотипы о так называемых традиционных ценностях и нормах морали среди большинства россиян. Заместительной терапии среди инъекционных наркоманов препятствует общее негативное восприятие этой категории граждан.

Опыт других стран показывает, что осуществление этих мер способствует радикальному сокращению новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией, поэтому внедрение данных методов профилактики в России является первоочередной задачей российского здравоохранения и общества в целом.

Список использованных источников

1. Kramer-Hämmerle S., Rothenaigner I., Wolff H., Bell J. E., Brack-Werner R. Cells of the central nervous system as targets and reservoirs of the human immunodeficiency virus. [Text] // Virus research. — 2005. — Vol. 111, no. 2. — P. 194—213.
2. Alimonti J.B., Ball T.B., Fowke K.R. Mechanisms of CD4+ T lymphocyte cell death in human immunodeficiency virus infection and AIDS. [Text] // Journal of General Virology. — 2003. — Vol. 84, no. 7. — P. 1649—1661.
3. Beyrer C., Wirtz A. L., O'Hara G., Léon N., Kazatchkine M. The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation // PLOS Medicine. — 2017. - Electronic text data. - Mode of access: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002462>, free access (29.05.2023). - Tittle from screen.
4. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31.12.2021. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. - [Электронный ресурс]: [офиц. сайт] / Режим доступа: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g.pdf> (дата обращения: 29.05.2023). - Загл. с экрана.
5. Роксби, Филиппа. Почему сейчас люди с ВИЧ живут столько же, сколько и здоровые . - [Электронный ресурс]: [офиц. сайт] / Режим доступа: <https://www.bbc.com/russian/other-news-39882747> (дата обращения: 29.05.2023). - Загл. с экрана.
6. ОБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Ивановской области. [Электронный ресурс]: [офиц. сайт] / Режим доступа: <https://ivspeedcentr.ru/about/statistika/> (дата обращения: 29.05.2023). - Загл. с экрана.
7. Всемирная Организация Здравоохранения-Европейский регион // Европейский портал информации здравоохранения. [Электронный ресурс]: [офиц. сайт] / Режим доступа: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/ (дата обращения: 29.05.2023). - Загл. с экрана.

WAYS TO PREVENT HIV INFECTION IN RUSSIA

Synchikov D.S.

This article will discuss ways to prevent HIV infection in Russia. An assessment of the effectiveness of measures taken by the state to combat this disease will be given, statistical data and other indicators will be given. As a result, the most effective strategy for the prevention and prevention of the spread of HIV infection will be formulated.

The relevance of the topic under consideration is extremely high, since HIV infection in Russia has become an epidemic due to improper prevention methods and a low level of public awareness, and the number of new infections is unacceptably high.

Keywords: HIV infection, injecting drugs, sexual contacts, sex education, substitution therapy.

УДК: 616.31

ОСОБЕННОСТИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ

Хохлова Анастасия Александровна

Студентка Медицинского института,
ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина»

Смышникова Любовь Ивановна

Старший преподаватель кафедры патологии Медицинского института
ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина»

Данная научная статья посвящена исследованию зубов мудрости, их роли в акте жевания, возрастному их прорезыванию, процессу прорезывания, осложнениям, основным причинам удаления. Также было установлено, что причины проблем с ними различны — нехватка места в челюсти, невозможность поддержания полноценной гигиены полости рта из-за их расположения. К главным осложнениям были отнесены боль, неудобство при прорезывании и кариозное поражение, которые могут стать прямыми показаниями для удаления восьмерок. В процессе научной работы было проведено анкетирование, в котором приняли участие 51 респондент. Было выяснено средний возраст прорезывания зубов, частота обращений к врачу стоматологу по причине проблем с зубами мудрости и другие вопросы.

Ключевые слова: зубы мудрости, восьмерки, боль, кариес, прорезывание, перикоранит, воспаление, ретинированный, полуретинированный, удаление, дистопия.

Актуальность. Достаточно много вопросов в стоматологии относительно восьмых зубов или так называемых «зубов мудрости», какова их роль в акте жевания, по какой причине зачастую происходит их удаление, почему прорезывание фиксируется в позднем, для данного процесса, возрасте, а также оно болезненно и может приводить к большому количеству негативных последствий. Эти вопросы остро стоят как у стоматологов, так и у пациентов, что и подтверждает актуальность выбранной тематики.

Зубы мудрости, восьмерки — самые далеко расположенные зубы по отношению к ротовой щели, и максимально близкие к корню языка. По форме коронки относятся к группе больших коренных зубов (третий моляр). По количеству корней восьмой зуб можно классифицировать, как непредсказуемый тип, т.к. количество корней может быть равно четырем или пяти, также возможны случаи однокоренной восьмерки. Такое, вероятно, в случае срастания корней зуба мудрости, что выглядит как один массивный корень и может послужить одной из причин проблем в лечении данного зуба. По классификации FDI «зубы мудрости» — это 18, 28, 38, 48 зубы.

Причиной позднего прорезывания является поздняя закладка, минерализация зубов мудрости. Например, постоянные центральные резцы закладываются на 8 месяце внутриутробного развития, начало минерализации происходит на 6 месяце, окончательное формирование тканей зуба (дентина, эмаль) заканчивается на 4-5 году жизни, прорезываются в возрасте 6-8 лет. Зубы мудрости в свою очередь начинают закладываться только в 5 лет, минерализация начинается в 8 лет, и заканчивается гистогенезом после 18-20 лет. То есть другие зубы имеют преимущественно внутриутробную закладку. Также важной особенностью можно назвать достаточно большой возрастной промежуток срока прорезывания этих зубов. В стоматологической практике возможны случаи отсутствия восьмых зубов, и это не является патологией.

Цель исследования: сбор информации и изучение особенностей процесса прорезывания зубов мудрости и возможных осложнений, которые могут стать прямыми показаниями для их удаления.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 51 респондент, в возрасте от 20 до 35 лет и более. Анкета «Роль зубов мудрости в акте жевания и действительно ли они так необходимы» составлена авторами.

Полученные результаты и их обсуждение. В анкетировании приняли участи 51 человек, из которых 62,7% возраста 20-25 лет, 21,6% старше 35 лет, 9,8 % 30-35 лет, 5,9% 25-30 лет (рис 1).

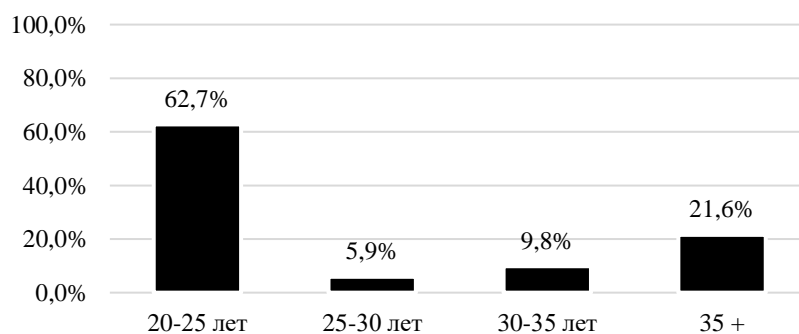


Рисунок 1 - Возраст респондентов анкетирования

Согласно литературным данным, средний возраст прорезывания зубов – 17-25 лет, чаще позже данного диапазона, чем реже. Среди всех респондентов у 45,0 % прорезались все зубы мудрости, у 27,5% прорезали не все зубы мудрости, и у 27,5% зубы мудрости не начали прорезываться совсем, что ещё подтверждает огромный возрастной диапазон прорезывания зубов мудрости от 20 лет и старше (рис. 2).

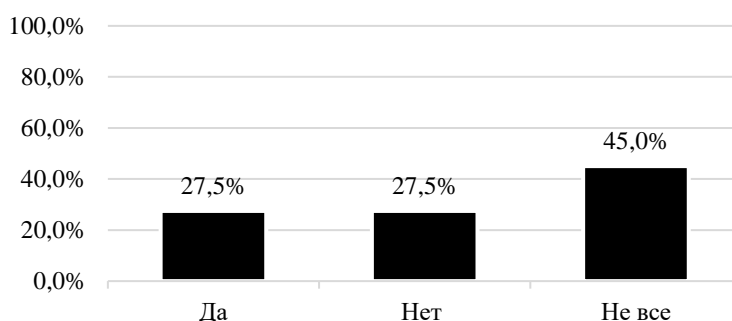


Рисунок 2 - Респонденты с прорезанными зубами мудрости

Началось прорезывание 8-х зубов у 41,2% в промежуток от 16 до 18 лет, у 27,5% ещё не начали прорезываться, 19,6% респондентов заметили начало прорезывания с 19 до 21 года, 5,9% с 22 до 24 лет, 2% с 25 до 27 лет, 2% с 28 до 30 лет, 2% с 31 до 33 лет (рис. 3.).

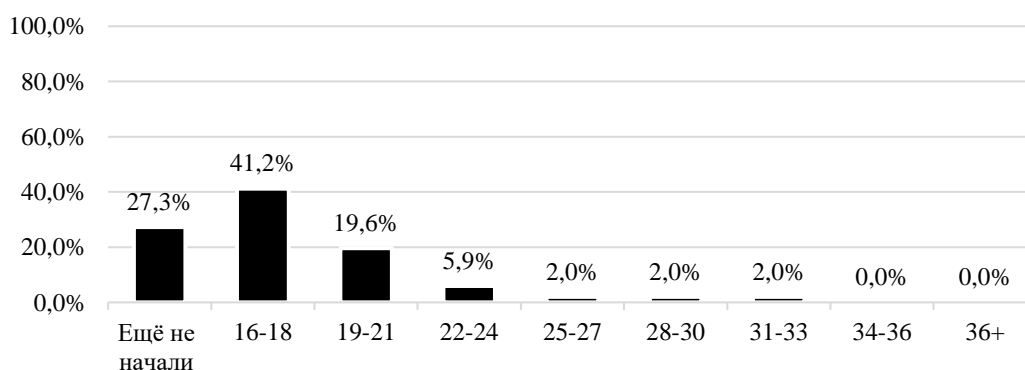


Рисунок 3 - Возраст респондентов в момент прорезывания зубов мудрости

У 37,3% зубы мудрости ещё пока не закончили прорезываться, у 25,5% ещё не начали прорезываться, у 15,7% закончили прорезываться 18,28,38,48 по классификации FDI в возрасте 19-21 года, у 9,8% в 22-24 года, у 3,9 % в 16-18 лет, у 3,9% в 34-36 лет, 2% 25-27 лет и 2% в возрасте более 36 лет (рис. 4.).

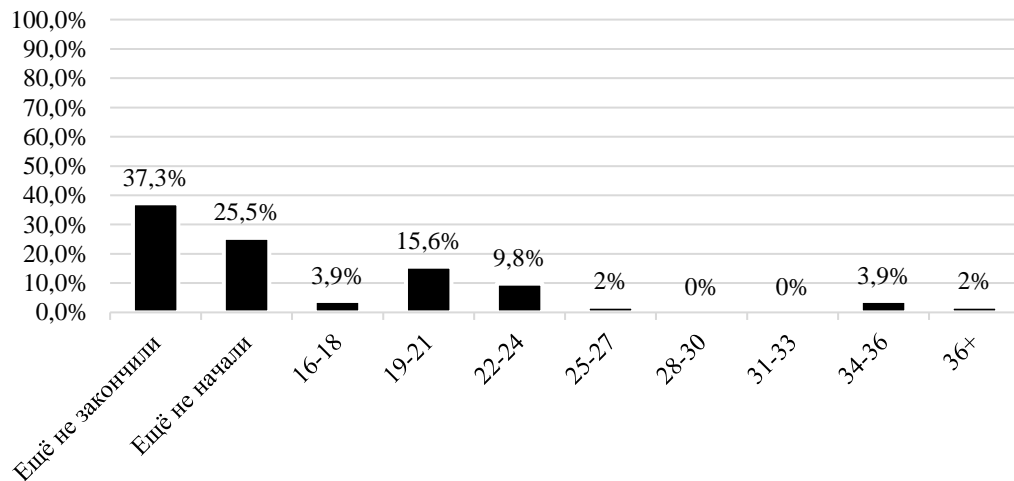


Рисунок 4 - Возраст окончания прорезывания зубов мудрости у респондентов

У 29,4% людей 8-е зубы были причиной обращения за помощью к стоматологу, 49% не имели проблем с данными зубами (рис. 5.).

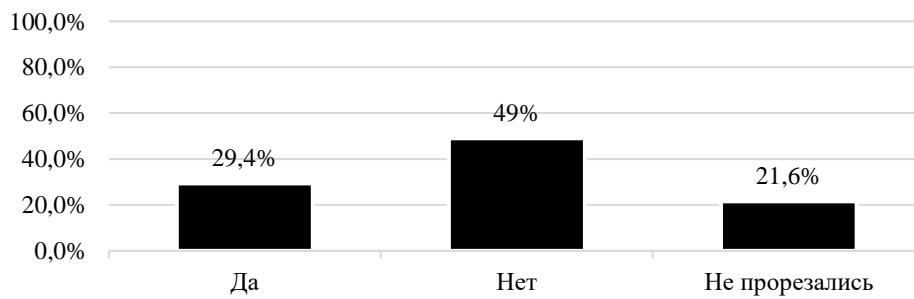


Рисунок 5 - Частота обращений респондентов к врачу-стоматологу по причине проблем с зубами мудрости

29,4% респондентов удаляли зубы мудрости (рис. 6.).



Рисунок 6 - Респонденты, которые удаляли зубы мудрости

Среди всех респондентов 49% считают, что зубы мудрости являются ненужными, 51% не придерживаются такой точки зрения (рис. 7.).



Рисунок 7 - Точка зрения респондентов о ненужности зубов мудрости

Среди причин удаления были боль-11,8%, воспаление десневого капюшона-2%, кариозное поражение зуба- 17,6%, установка брекетов и другие ортодонтические показания - 2% (рис. 8).

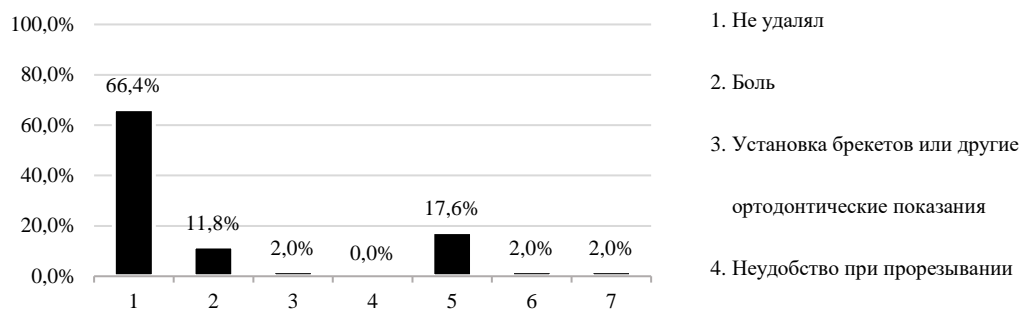


Рисунок 8 - Причины, по которым респонденты удаляли зубы мудрости

Зачастую способом избавления от мучений во время прорезывания зубов мудрости является их удаление. Такой безальтернативный вариант связан с расположением и строением зубов мудрости. «Восьмерки» могут быть как с 4 корнями, так и с 5, возможно и более. Кроме того, корни таких зубов зачастую извитые, прямыми бывают крайне редко, зачастую из одного устья могут выходить 2 канала сразу. А из-за дальнего расположения не представляется возможности лечения их под микроскопом. Именно поэтому врачи-стоматологи чаще всего предлагают пациентам удаление. Так как лечение в данном случае не может гарантировать качественное прохождение каналов, что может привести к пульпиту и другим стоматологическим заболеваниям. Так же врачи-стоматологи всё чаще стали сталкиваться со случаями, когда у пациентов и вовсе отсутствуют зубы мудрости, что может в скором будущем окончательно установить статус «восьмерок» как рудиментарный орган.

Существует устоявшийся взгляд, что в ходе эволюции зубы мудрости утратили свою функциональность в акте жевания. Это связано с тем, что со временем человек всё чаще стал употреблять более обработанную пищу в плане плотности, времени и усилий во время пережевывания. Но точка зрения о том, что восьмые зубы являются такими же важными, как можно предположить, что зубы мудрости удерживают зубной ряд, известно, что при удалении «восьмерок» возможно хоть и незначительное, но заметное и неприятное с эстетической точки зрения изменение и искривление всего зубного ряда. На практике в стоматологии некоторые врачи советуют сохранять зубы мудрости, это связано с их уникальной способностью быть опорой для установки мостовидных протезов, в случае отсутствия восьмерки для установки таких протезов проводят дополнительную процедуру имплантации. В случаях отсутствия или потери седьмого, или шестого зуба, восьмерки могут стать основной опорой для крепления коронки и установки без хирургического вмешательства. Удаление зубов мудрости хоть и необязательно, но необходимо в некоторых случаях по ортодонтическим показаниям. Например, когда врач-ортодонт назначил удаление всех 4 зубов мудрости пациентке после ношения брекет-системы. Причиной удаления являлось неправильное прорезывание «восьмерок», которые помимо аномального прорезывания ещё могли нанести вред уже исправленному прикусу [1].

Боль - исходя из статистики анкетирования стала так же одной из частых причин удаления зубов мудрости. Поводом неприятных и причиняющих дискомфорт ощущений является отсутствие аналогов в молочном прикусе, то есть в том месте, где прорезывается третий моляр до этого не было других зубов, даже детских. Ткани периодонта элементарно неподготовлены и приводят к болям при прорезывании, повышении температуры и отеку [2].

Неудобство при прорезывании возникает при неправильном росте зуба в сторону щеки. Дистопия – неправильное положение одного или нескольких зубов в зубном ряду. Он может выглядеть наклонным, выдвинутым вперед или даже повернутым по своей оси.

Дистопированным может быть любой зуб, но чаще это касается восьмерок, то есть «зубов мудрости». Ретинированный – это зуб, который не прорезался и находится в костной ткани, прикрытый десной.

Полуретинированные зубы. Прорезание зуба мудрости в данном случае происходит не полностью. По причине этого слизистая все время находится в напряженном состоянии [3,4].

Кариозное поражение зуба мудрости так же является одной из причин удаления восьмерки. Кариес может возникнуть в результате кариозного поражения соседнего зуба или противоположной восьмерки. Даже ретинированные зубы, то есть частично скрытые десной могут быть уже поражены кариесом, из-за недостаточно качественной гигиены, возникшей из-за неудобного расположения для чистки и зачастую очень длительного процесса прорезывания десны. Кариес зубов мудрости лечить следует в том случае, когда поражение обнаружено на начальной или средней стадии, зуб не имеет никаких аномалий прорезывания и формирования или он будет выполнять роль опоры для протеза при планируемом проведении протезирования [5].

Воспаление капюшона или перикоронит — это патология, при которой затрагиваются десна рядом с зубом мудрости. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи [6].

В ходе прорезывания зуб мудрости может длительное время быть полуретенированным, что приводит к попаданию пищи, и как результат кариозному поражению или другому воспалительному процессу.

Среди всех участвующих в анкетировании людей 17,6% испытывают трудности при чистке зубов мудрости, что скорее всего это связано с их неудобным расположением по краям верхней и нижней челюсти (рис. 9).

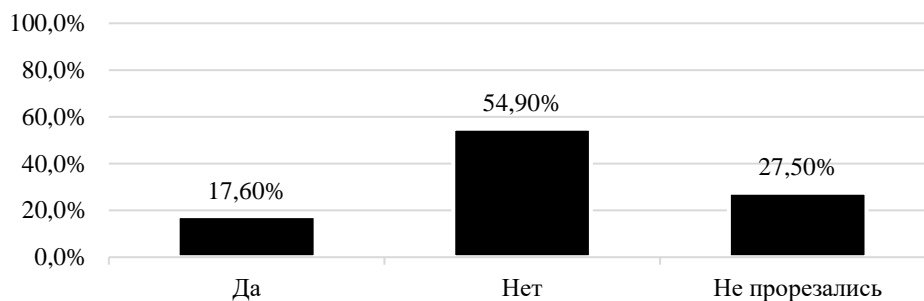


Рисунок 9 - Респонденты, испытывающие трудности при чистке зубов мудрости

Заключение. В выборе между удалением и сохранением зуба мудрости стоит руководствоваться многими аспектами, наиболее важным из которых является рекомендация врача-стоматолога, а также общее состояние зуба, самочувствие пациента во время прорезывания и роста восьмерок.

Список использованных источников

1. Вологина, М. В. Оценка положения зачатков зубов "мудрости" как профилактика скученности зубов / М. В. Вологина, Э. Р. Виноградова // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2021. – № 2. – С. 24-27. – EDN DFFBIN.
2. Влияние локальной контролируемой гипотермии на течение послеоперационного периода при удалении дистопированных зубов мудрости / Н. А. Гусейнов, М. Х. Хаммори, А. А. Мураев [и др.] // Медицинский алфавит. – 2022. – № 22. – С. 50-54. – DOI 10.33667/2078-5631-2022-22-50-54. – EDN SGNSES.
3. Особенности диагностики и лечения аномалий положения полуретенированных зубов мудрости нижней челюсти / В. Т. Ягупова, Т. Д. Дмитриенко, П. П. Ягупов [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 62-67. – DOI 10.19163/1994-9480-2022-19-1-62-67. – EDN UYDGSB.
4. Патент № 2272596 С2 Российская Федерация, МПК А61С 7/00. Способ лечения дистопированных полуретенированных и ретенированных зубов мудрости на нижней челюсти : № 2004106821/14 : заявл. 09.03.2004 : опубл. 27.03.2006 / В. Ф. Ермолов. – EDN NXDYJT.
5. Утешева, А. Ю. Зубы "мудрости" – "to be or not to be.."? / А. Ю. Утешева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7, № 10. – С. 1504-1506. – EDN ZXLRWL.
6. Серикова, М. Г. Лечение или удаление зуба мудрости / М. Г. Серикова, А. М. Попова // . – 2021. – Т. 10, № S1. – С. 413-416. – EDN BAQRVW.

PECULIARITIES OF ERUPTION AND FUNCTIONING OF THIRD MOLARS

Khokhlova A. A., Smyshnikova L. I.

This scientific article is devoted to the study of wisdom teeth, their role in the act of chewing, their age-related eruption, the eruption process, complications, and the main reasons for removal. It was also found that the causes of problems with them are different - lack of space in the jaw, the inability to maintain proper oral hygiene due to their location. The main complications were pain, inconvenience during eruption and carious lesions, which can become direct indications for the removal of eights. In the process of scientific work, a survey was conducted, in which 51 respondents took part. It was found out the average age of teething, the frequency of visits to the dentist due to problems with wisdom teeth and other issues.

Keywords: third molars, dens serotinus, figure eights, pain, caries, eruption, pericoronitis, inflammation, impacted, semi-impacted, removal, dystopia.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, СПОРТ

УДК 796.015.83

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Павлюк Анастасия Павловна

Студент, Казанский государственный энергетический университет

Гусев Павел Михайлович

Научный руководитель, преподаватель,
Казанский государственный энергетический университет

Статья посвящена тому, какое влияние на женщин родящего возраста оказывают физические нагрузки и поднимает проблему такого явления как депопуляция. Рассматривает особенности физиологического строения женского организма и действие на него гормонов. Статья прямо указывает на те вещи, от которых страдает репродуктивная функция женщин. Изложенный материал действует в рамках актуальности выбранной темы для современного времени и территории РФ.

Ключевые слова: физические нагрузки, семья, материнство, депопуляция, гормоны, репродуктивная функция, женщины, родящий возраст, низкая рождаемость, женский организм, потомство.

На данный момент женщина имеет особую социальную значимость, что обусловлено таким явлением как депопуляция. Она затронула в разной степени основное большинство субъектов Российской Федерации и почти все этнические группы населения страны. Социально-экономическая и политическая трансформация, происходившая в России на протяжении последних 20 лет, главным образом коснулись демографических процессов. На начало 1991 г. Россия вступила в период долгосрочной депопуляции, основной причиной которой является низкая рождаемость. Как известно, социальные программы по поддержке семей с детьми и введение материнского капитала несколько изменили ситуацию. Однако в настоящее время проблема репродуктивного здоровья молодых женщин является всё также очень актуальной.

Репродуктивное здоровье женщины подразумевает под собой отсутствие заболеваний репродуктивной системы, способность к воспроизведению потомства и определяет количество детей в семье: сегодня 29% семей среди россиян имеет одного ребенка и только 10% – трех и более детей.[1] Среди всего населения России число женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, составляет около 7,5 млн.[2] Однако по прогнозам численность женщин в активном репродуктивном возрасте (20-29 лет) может к 2036 году снизиться до 7 млн., по сравнению с 7,5 млн в настоящее время.[3] Также отмечается увеличение среднего возраста с возрастной группы 20-24 года на возрастную группу 25-29 лет .

Репродуктивное здоровье женщины напрямую обусловлено образом жизни, который она ведет. Если женщина сама слаба здоровьем, то она не сможет выносить здорового ребенка. Репродуктивная функция является одним из ключевых показателей, характеризующих специфику женского организма и состояние здоровья будущих мам.

К особенностям женской физиологии относят:

1. соотношение мышечной и жировой ткани: гормоны, зависящие от менструального цикла, эстроген и прогестерон действуют на организм женщины таким образом, что жировое распределение в теле происходит совершенно иначе, нежели чем у мужчин;

2. Особая геометрия строения тела женщины, заключающаяся в первую очередь в другом угле расположения рук и таза, что, в том числе, объясняет отличия в ношении тяжестей и походке;

3. Существование определенных мышечных групп в теле женщины, которым необходимо особое внимание – поясница, отдел нижнего пресса, и тазовая диафрагма [4].

Кроме того, следует отметить что физиологические особенности женского организма требуют особых подходов при выборе комплекса физических упражнений. Нужно помнить, что организм женщины очень хрупкий и не стоит давать ему слишком много нагрузки. В то же время, регулярные занятия физкультурой с умеренной нагрузкой благотворно влияют на здоровье будущих мам. Именно поэтому в акушерстве и гинекологии широко используются занятия лечебной физкультурой, которые помогают укрепить мышцы, улучшить осанку и повысить тонус мышц, это объясняется:

1. оказанием положительного влияния на центральную нервную систему, которая часто дает сбой при беременности и гинекологических заболеваниях;

2. увеличением силы и выносливости мышц малого таза и нижних конечностей, которые принимают непосредственное участие в родах;

3. общим увеличением тонуса, который проявляется в улучшении кровообращения и дыхания, а также в получении положительных эмоций [5].

Тестостерон – это основной мужской половой гормон, который способствует наращиванию мышечной массы. В женском организме этот гормон находится в небольшом количестве. Силовые упражнения не сделают женщину «качкой», если она не будет принимать специальные химические препараты. Поэтому силовые упражнения не превратят женщину в «качка», если только она не будет принимать специальные химические препараты. В результате занятий умеренными упражнениями у женщины формируется стройное тело, крепкие мышцы и кости.

На сегодняшний день спорт высшего уровня характеризуется большим количеством физических и психических нагрузок, что не всегда соответствует функциональному потенциалу спортсменок. Как правило, интенсивность физических нагрузок у женщин и мужчин мало различается между собой в большинстве видов спорта, поэтому репродуктивная функция женщины часто нарушается. Однако, все больше женщин начинают заниматься различными видами спорта. Соотношение участников Олимпиады с каждым годом меняется. Увеличивается доля женщин в соревнованиях, это происходит за счет увеличения количества видов спорта для женщин.

Неравномерный и большой объем нагрузки во время тренировки, игнорирование метода постепенного увеличения их интенсивности и количества могут привести к негативным переменам, в частности у юных спортсменок. В первую очередь это касается нарушения овариально-менструальных циклов (ОМЦ), их регулярной фазы, частоте появления и полного прекращения. По результатам научно-исследовательских работ было установлено, что сама физическая культура и тренировки не влияют на репродуктивную функцию женского организма; вредны нарушения энергетического баланса женщины: недостаток энергии равен разности между энергией, полученной с употреблением пищи, и ее расходом во время выполнения физических упражнений. Активные занятия спортом истощают ресурсы организма. Вместо того, чтобы затрачивать энергию на жизненно важные процессы в организме и иммунную систему, организм тратит ее на работу и рост мышц, увеличение силы и восстановление разрывов в мышечных волокнах, вызванных тренировками.

Также на данный момент существует так называемая «теория открытого окна». В результате длительных тренировок, которые вызвали физическое переутомление организма, как бы открывается «окно» для инфекций, которые с легкостью могут попасть в организм. «Окно» может длиться от 4-х до 72-ух часов. Исходя из вышесказанного, даже одна напряженная тренировка или один день тяжелой работы являются причиной кратковременного серьезного снижения иммунитета [6].

Перетренированность инициирует длительный спад иммунной системы от 4-ёх дней до 4-х недель. Перетренированность является таким состоянием организма, которое вызывается множественными тяжелыми физическими нагрузками. Типичными характеристиками перетренированности являются: высокая степень утомленности, перенапряжением в отдельных органах, сокращением секреции гормонов, понижением защитных качеств организма и истощением нервной и иммунной системы.

Признаки, присущие перетренированности:

- вспыльчивость;
- скорая утомляемость;
- отсутствие желания и потребности в пище;
- бессонница или вялость;
- нарушение координации;
- нарушения менструального цикла;
- учащение пульса в состоянии покоя на 12 и более ударов;
- упадок иммунной системы [7].

Люди, которые подвержены переутомлению в первую очередь, являются профессиональными спортсменами, притом чаще всего это происходит при подготовке к соревнованиям.

Систематические занятия физическими упражнениями активизируют внушительные перестройки всех функций организма. В момент выбора средств и способов в различных видах спорта необходимо обдумывать специфики женского организма. При всем при этом можно сказать с уверенностью, что бесконтрольные занятия спортом, неспособность тренера и спортсмена установить степень усталости, нужное время для физического и психического восстановления, нерациональное питание, недостаток соответствующего квалифицированного медицинского контроля причиняет ущерб здоровью спортсмена, и в первую очередь репродуктивному.

Список использованных источников

1. Сколько детей нужно для счастья? Сайт ВЦИОМ. [Электронный ресурс]. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskie-obzor/skolko-detej-nuzhno-dlya-schastya> (2.05.23)
2. Число женщин репродуктивного возраста в России с 2010 года снизилось на 37,5%. ТАСС. [Электронный ресурс]. <https://tass.ru/obschestvo/11026451> (2.05.23)
3. Демографический прогноз до 2035 года. Численность мужчин и женщин. Сайт Федеральной службы государственной статистики. <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (2.05.23)
4. Камилович Л.В. Физиология человека. Спорт.
5. Радзинский В.Е. и др. Предгравидарная подготовка. Мифы и реальность. Периодическое издание «Медицинский совет». 2013, с. 48-49.
6. Кремер У. Дж., Рогол А.Д. Эндокринная система, спорт и двигательная активность. Москва: Издательство «Олимп литература». – 2008, 600 с.

7. Исаева А.Д. Влияние физических нагрузок на иммунитет. Режим доступа: <https://www.polismed.com/articles-vlijanie-fizicheskikh-nagruzok-na-immunitet.html> (2.05.23)

THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUNG WOMEN

Pavlyuk A. P.

The article is devoted to the impact of physical activity on women of childbearing age and raises the problem of such a phenomenon as depopulation. Considers the features of the physiological structure of the female body and the effect of hormones on it. The article directly points to those things from which the reproductive function of women suffers. The presented material operates within the relevance of the chosen topic for the modern time and territory of the Russian Federation.

Keywords: physical activity, family, motherhood, depopulation, hormones, reproductive function, women, childbearing age, low birth rate, female body, offspring.

УДК-796.011: [616.7:615.825]

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Хворостинина Дарья Александровна,
Чахоян Джоанна Смбаговна,**

Студенты стоматологического факультета, ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Данная статья обуславливает необходимость физического воспитания студентов, которые ведут сидячий образ жизни. В статье мы рассмотрим: влияния физической культуры на состояния здоровья студентов, а также значение физической культуры в программе обучения высших учебных заведений. Важными задачами являются укрепление здоровья и повышение работоспособности организма, а также профилактика различных заболеваний, особенно заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: физическая культура, спорт, здоровье, активный образ жизни, физическое воспитание, заболевание.

Актуальность темы: Физическая культура – один из важнейших компонентов здорового образа жизни. Она позволяет не только сохранять форму и укреплять иммунную систему, улучшать качество жизни при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, таких как остеохондроз, артрозы, сколиоз и другие.

Цель работы. В данной работе мы рассмотрим особенности приемов физической культуры в профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата и их воздействие на человека. Проведем опрос студентов медицинского университета на тему «Последствия «сидячего образа жизни». И поговорим о значении физических упражнений в реабилитации после перенесенных различных заболеваний; блокировании и коррекции последствий «сидячего образа жизни».

Остеохондроз позвоночника – дегенеративный процесс в межпозвоночном диске, возникающий как в результате физиологического нейроэндокринного процесса старения, так и вследствие изнашивания под влиянием одномоментных травм или повторных микротравм [1].

При остеохондрозе необходимо выполнить комплекс упражнений, направленных на растяжку мышц и связок, укрепление мышечного корсета и улучшение кровообращения в затронутых областях.

Артроз – дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Процесс начинается с уменьшения тургора и эластичности хряща. В дальнейшем происходит его прогрессивное замещение соединительной тканью, суставная поверхность нарушается, изменяется нагрузка на нее, усиливается окостенение за пределами суставной поверхности, что ведет к появлению остеофитов (костных выростов) [2].

Комплекс физических упражнений при артрозах должен быть подбираем индивидуально для каждого человека, учитывая степень тяжести заболевания, возраст, физическую форму и другие факторы. Однако, некоторые упражнения могут быть рекомендованы для всех людей с артрозом в зонах поражения.

Сколиоз – это заболевание, характеризующееся дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости, сочетающееся с торсией позвонков. Наличие торсии является главным отличительным признаком сколиоза по сравнению с нарушениями осанки во фронтальной плоскости [3].

Комплекс физических упражнений при сколиозе помогает укреплять мышцы, улучшать гибкость позвоночника, а также снижает болевые ощущения и препятствует дальнейшему прогрессированию заболевания.

Для профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата необходимо обеспечить разнообразный двигательный режим в течение дня. Это включает в себя:

1. Регулярные паузы в работе, когда вы можете встать, прогуляться или сделать небольшие упражнения. Это особенно важно, если вы проводите большую часть дня за столом или на другой сидячей работе.
2. Физические упражнения, которые укрепляют мышцы и кости, улучшают гибкость и координацию движений. Рекомендуется делать упражнения, которые направлены на разные группы мышц и включают такие элементы, как гибкость, силу и аэробные нагрузки.
3. Ограничение длительных статических положений, например, сидя на диване или за компьютером. Статические положения могут приводить к напряжению и перегрузке мышц, провоцируя заболевания опорно-двигательного аппарата.
4. Правильное положение тела во время ходьбы, стояния и сидения. Необходимо контролировать позу тела и избавляться от плохих привычек: скрещенных ног и горбатой осанки.
5. Как минимум – включение общественного транспорта, а не автомобиля, в повседневную жизнь. А также ходьба, езда на велосипеде, танцы и другие активности на свежем воздухе – это хорошие способы поддержания здорового двигательного режима.

6. Массаж, так же как физические упражнения, в силу рефлекторных связей оказывает действие на весь организм и особенно на систему кровообращения, связочно-мышечный и суставной аппарат [4].

Под влиянием систематического применения физических упражнений улучшается трофика опорно-двигательного аппарата и кровоснабжение в мышцах, увеличивается число капилляров и анастомозов сосудов. Наблюдаются повышение биоэлектрической активности мышц и усиление ферментативных процессов в них, что ведет к улучшению химизма мышечного сокращения и сократительных свойств мышц [4].

Сидячий образ жизни может привести к множеству проблем со здоровьем, включая ослабление мышц, уменьшение гибкости, нарушение осанки и т.п. Чтобы заблокировать и корректировать последствия такой жизненной стилистики, можно использовать следующие приемы:

1. Регулярные перерывы на разминку. Сидя за столом или перед компьютером длительное время может привести к значительному напряжению в мышцах и сухожилиях. Постарайтесь делать перерывы каждый час, чтобы встать, размяться, погулять.

2. Упражнения на разминку и растяжку. Некоторые упражнения на растяжку и разминку могут помочь улучшить кровоток и снизить напряжение в мышцах. Попробуйте растянуться или выполнить некоторые йога-позы.

3. Гимнастика для укрепления мышц спины. Упражнения, направленные на укрепление мышц спины, могут помочь улучшить осанку, уменьшить напряжение в шее и плечах. Попробуйте выполнить некоторые упражнения для мышц спины с использованием тренажеров или своего тела.

4. Регулярный массаж. Массаж может помочь снять напряжение в мышцах, улучшить кровоток и помочь в общей релаксации. Регулярные процедуры массажа могут помочь в борьбе с последствиями сидячего образа жизни.

5. Здоровый образ жизни. Ведение здорового образа жизни также может помочь в борьбе с последствиями сидячей работы. Уделите внимание своему питанию, отказывайтесь от курения и алкоголя, и занимайтесь регулярной физической активностью.

Мы провели анкетирование среди обучающихся во ФГБОУ ИГМУ, студентов на тему «Последствия сидячего образа жизни». Представляем результаты данного опроса ниже:

Какие проблемы со здоровьем у вас наблюдаются из-за сидячего образа жизни?

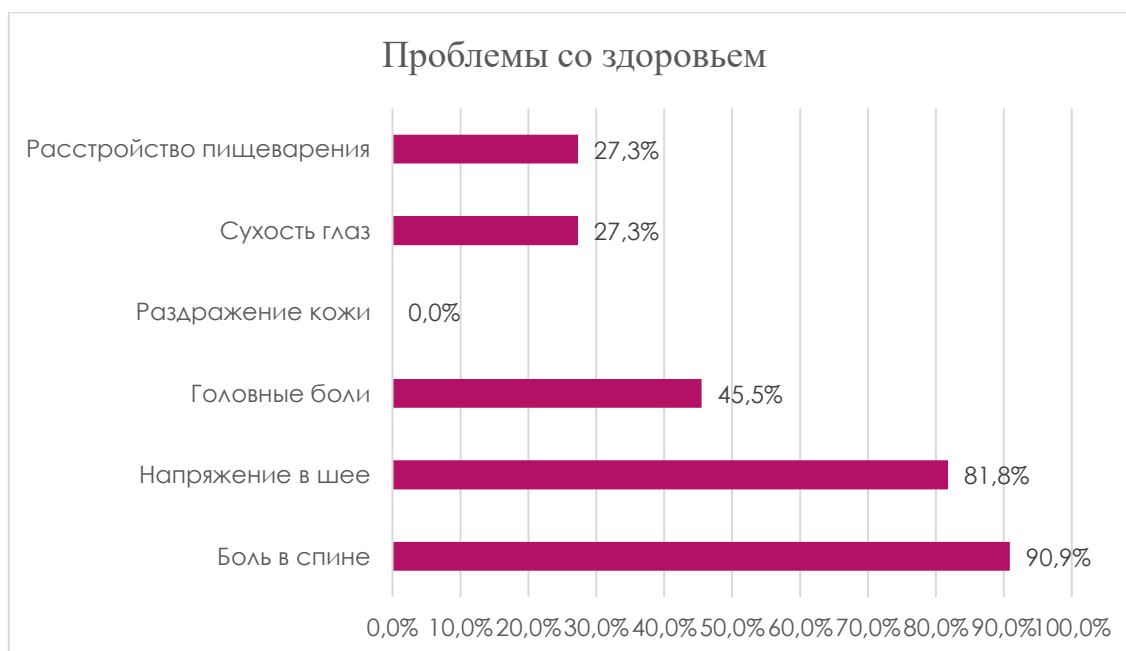


Рисунок 1 - Проблемы со здоровьем из-за сидячего образа жизни

Из-за опроса (рис. 1) следует вывод, что самым частым симптомом нарушений работы опорно-двигательного аппарата являются «боль в спине» (90,9 %) и «напряжение в шее» (81,8 %), также у 45,5 % присутствуют головные боли, а у 27,3 % – сухость глаз и расстройство пищеварения.

Вы занимаетесь профилактическими мероприятиями для предотвращения заболеваний ОДА, связанных с сидячим образом жизни?

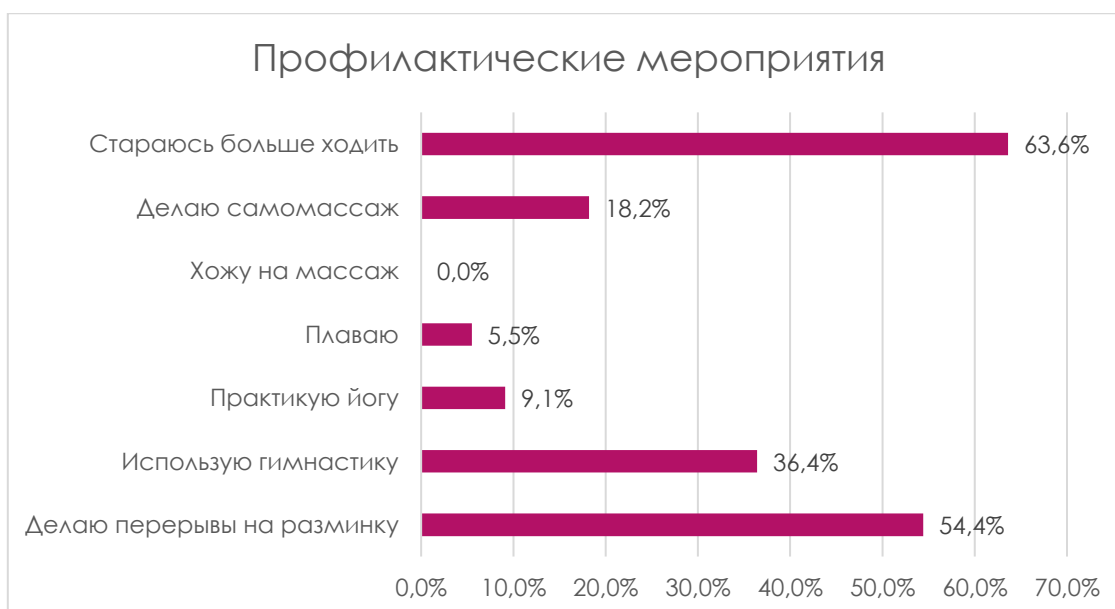


Рисунок 2 - Профилактические мероприятия по предотвращению заболеваний ОДА

Исходя из данных опроса (рис. 2) можно сделать вывод, что большинство студентов стараются больше ходить (63,6 %), а также делают перерывы на разминку (54,4 %) и занимаются гимнастикой (36,4 %). Некоторые студенты используют такие профилактические мероприятия, как самомассаж (18,2%), йога (9,1%), плавание (5,5%).

Список использованных источников

1. Дубровский, В. И. Спортивная медицина: учебник / В. И. Дубровский – 2-е изд. ; Гуманит. изд. центр ВЛАДОС 2002. – 512 с. – ISBN 5-691-01006-9. – Текст : непосредственный.
2. Макарова, Г. А. Спортивная медицина : учебник / Г.А. Макарова; Советский спорт. 2003. – 480 с.– ISBN5-85009-765-1. – Текст: непосредственный.
3. Попов, С. Н. Лечебная физическая культура: учебник / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева– 8-е изд. ; Издательский центр «Академия», 2012. – 416 с. – (Сер. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-8766-5. – Текст :непосредственный.
4. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина:учебник /В. А. Епифанов ; – Москва : Медицина, 1999. – 304 с.– (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов). –ISBN 5-225-04209-0. – Текст : непосредственный.

PHYSICAL CULTURE IN THE PREVENTION OF DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Hvorostinina D. A., Chakhoyan D. S.

This article determines the need for physical education of students who lead a sedentary lifestyle. The article is supposed to consider: the effects of physical culture on the health of students, as well as the importance of physical culture in the curriculum of higher educational institutions. Important tasks are to strengthen health and improve the efficiency of the body, as well as the prevention of various diseases, especially diseases musculo skeletal system.

Keywords: physical education, sports, health, active lifestyle, physical education.

Учредитель и издатель: ИП Тихонова Жанна Сергеевна,
Адрес: 346715, РОССИЯ, обл. РОСТОВСКАЯ, р-н АКСАЙСКИЙ,
п ВОДОПАДНЫЙ, ул. ВИНОГРАДНАЯ, ДОМ 10
Контактный телефон +7 951 528 22 82, E-mail: Nauka6753@yandex.ru
Отпечатано в типографии Общество с ограниченной ответственностью
«РОСИЗДАТ г. Ростов-на-Дону.
Подписано в печать 31.05.2023г. Выход в свет 05.06. 2023г.
Тираж 100 экз. Заказ № 19РИЗ-23. Цена свободная.