

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



*Сборник материалов Республиканской
научно-практической конференции
«Здоровьесбережение подрастающего
поколения»*

22.12.2022г.

УДК 613.95(082)
ББК 51.1(2 Рос),44
авт. знак Р43, 3-46

Республиканская научно-практическая конференция «Здоровьесбережение подрастающего поколения»: Сборник материалов конференции. Казань, 22 декабря 2022 г. /Под общей редакцией профессора Шулаева А.В. – Казань, 2022. – 100 с.

Материалы конференции публикуются в авторской редакции, после одобрения оргкомитетом конференции и рецензентами.

Рецензенты:

Фролова О.А. профессор кафедры общей гигиены КГМА-филиал ФГБОУ ДПО дополнительного профессионального образования «РМАНПО» Минздрава РФ, доктор медицинских наук, доцент

Давлетова Н.Х. доцент кафедры медико-биологических дисциплин Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Поволжский государственный университет физической культуры, спорта и туризма», кандидат медицинских наук, доцент

Научные редакторы:

Профессор кафедры общей гигиены, д.м.н. О.Р. Радченко

Профессор кафедры общей гигиены, д.м.н. Е.А. Тафеева

© ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава
России, 2022

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ

Абдулина Р.Р.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В современном мире Интернет стал неотъемлемой частью нашей жизни. Он пронизывает все сферы человеческой деятельности – работу, развитие, общение, отдых. Все больше интернет-пользователей увлекаются виртуальным пространством настолько, что реальный мир для них перестает существовать. Человек сталкивается с возрастающей потребностью быть в сети, снижается уровень его субъективного контроля над использованием Интернета – формируется интернет-зависимость. Среднее время, которое тратит современный школьник на интернет-ресурсы, составляет 4,48 часа в сутки, среди студентов этот показатель выше – 6,35 часа в сутки. Тогда как предельно допустимое время, затрачиваемое человеком на социальные интернет-сети – 4 часа в неделю [7]. Юноши более склонны использовать сеть как стратегию регуляции настроения. Девушки, в свою очередь, более склонны к предпочтению онлайн-коммуникации и характеризуются большей компульсивностью и когнитивной поглощенностью жизнью в сети [2].

Расстройства, связанные с Интернетом, становятся быстро растущей проблемой общественного здравоохранения во всем мире, в том числе и в России. Интернет-зависимость (или кибераддикция) определяется как чрезмерное, неконтролируемое поведение, связанное с использованием Интернета, которое вызывает вредные последствия и приводит к снижению качества личностного и социального функционирования, а также к нарушениям физического и психического здоровья [4, 5, 6].

Активные пользователи социальных сетей Интернета уже не стремятся к успеху в реальной жизни: руководствуясь принципом «казаться, а не быть», они совершают те или иные поступки ради популярности, измеряемой количеством лайков [3]. К тому же отовсюду происходит навязывание необходимости регулярного посещения интернет-сайтов, ведь «кто владеет информацией — тот владеет миром». По мнению исследователей, кибераддикция становится новой формой «бегства от реальности» для молодого человека, неудовлетворённого своей настоящей жизнью, но не стремящегося брать на себя ответственность и принимать серьезные решения для ее изменения. Так называемый E-Номо Sapiens свободно чувствует себя лишь в искусственной реальности [1].

Молодежь также определяется как поколение «iGEN». Данный ярлык впервые использовал профессор психологии Государственного университета Сан-Диего — Жан М. Твендж [9]. Предлог, состоящий из буквы «i» в названии, относится к iPhone, который сегодня

является одним из самых популярных устройств Apple. Поколение «iGEN» - это молодые люди, которые живут в основном «в сети», пользуясь электронной почтой, электронными книгами, электронными покупками и электронными консультациями.

Наиболее уязвимыми к формированию интернет-зависимости являются подростки и молодые люди с высоким уровнем социальной тревоги, проявляющейся при межличностном взаимодействии [8], люди со слабыми коммуникативными умениями, обособленные и замкнутые в отношениях с другими. Они также характеризуются нарушением эмоциональной регуляции, повышенной возбудимостью, агрессивностью, у них обнаруживаются проблемы с самоидентификацией [8]. Низкий уровень социальных навыков, неумение справляться с жизненными трудностями, уход от ответственности создают благоприятную основу для выхода человека из реальности, для полного погружения в виртуальное пространство. Сеть защищает от эмоционального напряжения и проблем с действительностью, в настоящем. Интернет является средством поиска новых ощущений.

Интернет-зависимость – серьезная проблема нашего времени. Это такое же опасное явление, как наркомания и алкоголизм, негативно влияющие на личность человека, его внутренний мир и социальное окружение. Однако, нельзя однозначно сказать, что Интернет имеет только отрицательную сторону, ведь у него есть и множество достоинств, поэтому не стоит воспринимать его как потенциальную угрозу, так как «интернет-болезнь» напрямую зависит от личностных особенностей пользователей.

Профилактика и коррекция Интернет-зависимости подростков и молодых людей должна быть направлена на работу с его личностными, индивидуально-психологическими особенностями, а именно: повышение жизненной активности, способности к самостоятельному преодолению ими трудностей, формирование позитивного отношения к себе, уверенности, гибкости поведения, коммуникативной компетентности, гармонизацию межличностных взаимоотношений, обучение свободному выражению позитивных эмоций близким людям.

Список литературы:

1. Баева Л.В., Алексеева И.Ю. *E-Ното Sapiens: виртуальный микрокосм и глобальная среда обитания // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. – 2014. – Вып. 7. – № 1. – С. 86–97. Текст: непосредственный. (7)*
2. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. *Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 56–79. Текст: непосредственный. 5*

3. Гончарова А.А. Характеристики личности, зависимой от социальных интернет-сетей: философско-психологический анализ. - Текст: электронный //Электронный научно-публицистический журнал "Homo Cyberus". - 2018. - №1(4). - URL: http://journal.homocyberus.ru/a_social_web-networks_addict_characteristi (дата обращения 24.11.2022). 6
4. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. Т. 5. № 2. С. 20–27. Текст : непосредственный. 1
5. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С., Елшанский С.П. Патологический гемблинг, Интернет-зависимость: особенности клиники и нозологической принадлежности. – Текст: электронный // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). (дата обращения: 24.11.2022). 2
6. Малыгин В.Л., Феклисов К.А., Искандирова А.С., Антоненко А.А., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики. Учебное пособие. М.: МГМСУ, 2011. 32 с. Текст: непосредственный. 3
7. Николаев Е.Л. Являемся ли мы свидетелями новых зависимостей? // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. – Т. 12. – № 1. – С. 6-16. Текст: непосредственный. 4
8. Трусова А.В., Гречаный С.В., Солдаткин В.А. [и др.] / Предикторы развития интернет-аддикции: анализ психологических факторов. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020;(1):72-82. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-72-82>. Текст: непосредственный. 9
9. Twenge J. *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy-and Completely Unprepared for Adulthood-and What That Means for the Rest of Us*. – NY: Atria Books, 2017. – 335 p. Текст: непосредственный. 8

ЗДОРОВЬЕ И ВЫБОР ПРОФЕССИИ

Берхеева З.М., Сабитова М.М., Растатурина Л.Н.

Кафедра профилактической медицины и экологии человека, кафедра общей гигиены
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Профессиональное самоопределение человека начинается с 6-7 лет [1, 2, 3]. Важно при выборе профессии учитывать соответствие ее интересам, способностям и физическим возможностям индивида. Профорientационная работа захватывает мотивационную

(склонности, интересы, цели, намерения) и операциональную сферу (способности, знания, умения и др.) [2, 3, 4, 5]. Соответствие трудовой деятельности физическим возможностям человека, благоприятно сказывается на его общем состоянии. Несоответствие поручаемой работы физическим данным работника может привести к ухудшению состояния здоровья, снижению трудоспособности.

Цель: раскрыть взаимосвязь здоровья и выбора профессии.

По своему влиянию на организм человека все профессии и специальности можно условно разделить на шесть групп. Первая группа включает профессии, в условиях работы которых полностью отсутствуют неблагоприятные производственные факторы. Профессии второй группы отличает непостоянное или умеренное воздействие какого-либо одного неблагоприятного производственного фактора. Третья группа включает профессии и специальности, для которых характерно воздействие не одного, а нескольких неблагоприятных производственных факторов. Поэтому даже если воздействие каждого из них незначительное, то усиливается их взаимодействием. К четвертой группе относятся профессии и специальности с тяжелыми и вредными условиями труда, например, сталевар, шахтер, аппаратчик химического производства, водолаз и др. К таким работам допускаются только лица, достигшие 18-летнего возраста. Пятая группа - это профессиональные группы, которые с учетом особенностей сферы деятельности, трудовых обязанностей могут влиять на здоровье людей, среди которых не должно быть бациллоносителей или лиц с хроническими инфекционными заболеваниями (воспитатель детского сада, повар, кондитер, фармацевт). К шестой группе относятся профессии и специальности, требующие повышенного напряжения определенных органов. Например, при нарушении остроты зрения противопоказаны работы в профессиях, требующих зрительного напряжения (чертежник, сборщик часов, микросхем), при тугоухости – в профессиях, связанных с воздействием производственного шума.

Предоставление человеку данной информации при выборе профессии позволит предупредить серьезную ошибку, при наличии медицинских противопоказаний своевременно переориентироваться. Лучше всего получить медицинскую консультацию заблаговременно, поскольку только врач-специалист может дать квалифицированное заключение о профессиональной пригодности.

Профессионально непригодным к той или иной деятельности человек считается в том случае, когда обучение и работа могут усугубить имеющиеся у него заболевания или препятствуют успеху формирования профессиональных навыков.

Врачебная профессиональная консультация включает выявление возрастных функциональных отклонений, раннюю диагностику заболеваний, оценку функционального состояния системы (органа) и определение степени ее недостаточности, тщательное

исследование функции зрительного, слухового анализаторов, опорно-двигательного аппарата с целью наиболее оптимального подбора профессий, соответствующих состоянию этих систем, специальные дополнительные исследования тех функций организма, к которым предъявляются повышенные требования со стороны выбранного профессионального труда.

Заключение. Выбор профессии должен быть сделан с учетом состояния здоровья человека. Правильный подбор вида труда является одним из важнейших мероприятий по профилактике прогрессирования хронических заболеваний, перехода функциональных отклонений в органические изменения, профилактике инвалидности.

Список литературы:

1. Меренков А. В. Профессиональное самоопределение выпускников школ в современных условиях / А. В. Меренков, Ю. В. Мокерова, О. Г. Смирнова // Известия Уральского федерального университета. Сер. 3, Общественные науки. — 2015. — № 2 (140). — С. 107-117.
2. Профессиональная ориентация и трудовая адаптация: электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Профессиональная ориентация и трудовая адаптация» для специальности 1-86 01 01 «Социальная работа» / Л. П. Васильева. – Минск: БГУ, 2018 г. – с. 148.
3. Толочек, В. А. Психология труда: учеб. пособие. 2-е изд., доп./ В.А. Толочек. – СПб.: Питер, 2017. – 480 с.
4. Фурсов, А. Л. Система профессиональной ориентации и населения с позиций междисциплинарного и системного подходов: монография /А.Л. Фурсов. – Саратов: АНО «Пресс-Лицей», 2015. – 170 с.
5. Васильева, Л. П., Зборовский, К.Э. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л. П. Васильева, К. Э. Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.

О РЕЗУЛЬТАТАХ АНАЛИЗА МЕНЮ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Бурганова А.И.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан, г. Казань, Россия

При организации питания детей школьного возраста необходимо учитывать особенности этого периода. В младшем школьном возрасте происходит замена молочных зубов, наблюдается четкий половой диморфизм физического развития. Быстро развиваются

сложные координационные движения мелких мышц. К 9-10 годам почти заканчивается увеличение массы мозга. Улучшается память, повышается интеллект. Часто нарушается режим питания, возрастают нагрузки на нервную систему и психику. Именно в этот период необходима правильная организация детского питания [2].

Для правильного развития детского организма, сохранения высокой работоспособности большое значение имеет соблюдение режима питания, построение которого зависит от особенностей обучения в школе, нагрузки, занятий спортом, общественной работы. Срывы в режиме, несоблюдение постоянных часов приема пищи, изменение интервалов между приемами пищи часто приводят к нарушению аппетита, расстройствам желудка и кишечника, развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта [7].

Проведен анализ двухнедельного школьного меню для учащихся с 7 до 11 лет в столовой школы г. Казань, которое было разработано в школе и утверждено директором. Было организовано двухразовое горячее питание при школьной столовой. Полноценный обед состоял из закуска, горячего блюда и горячего напитка, также включены фрукты (3 раза в неделю). В качестве закуска использовался салат из свежих овощей. В качестве основного горячего блюда дети получали макароны, котлеты, отварную птицу, крупы, овощи. Из горячих напитков школьники пили чай, напиток апельсиновый, компот из сухофруктов.

Изучено двухнедельное меню-раскладка с подсчетом количества калорий, макро- и микронутриентов, витаминов. Продукты, которые не допускаются к реализации в организациях общественного питания образовательных учреждений, в меню отсутствуют.

Затем проводилось сравнение полученных результатов с нормами СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения» [6] и МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» [4].

В ходе проведенного анализа установлено, что в представленном меню выдерживается кратность включения в меню школьников мяса, ржаного и пшеничного хлеба, не выдерживается молока, сливочного и растительного масел. Использование блюд с рыбой присутствует в данном меню только 1 раз, яйца, сыр и творог также не включены в рацион.

В возрастной группе детей от 7 до 11 лет нормы калорийности и углеводов превышены в течение 10 дней, а количество белков и жиров находится в дефиците. Пищевые волокна употреблялись в количестве, превышающем необходимые нормы. Микронутриентный состав также не гармоничен, наблюдался избыток Mg, Fe и недостаток Ca, Zn. Содержание витаминов A, PP было в избытке, а витаминов C, B1 и B2 в дефиците.

Вместе с тем, в представленном меню не соблюдается оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов. Наблюдается избыток углеводов во 2, 3, 4, 6, 8 и 9 дни, избыток

жиров в 4, 7 и 9 дни, а недостаток жиров в 3 и 6 дни. В суточном рационе питания оптимальное соотношение пищевых веществ: белков, жиров и углеводов в процентном отношении от калорийности как 10-15%, 30-32% и 55-60%, соответственно.

Питание школьника обычно состоит из частичного питания в школе и основного питания дома. На долю домашнего питания соответственно отводится 75–80% суточного рациона. Домашнее питание должно дополнять школьное, что обеспечивало бы полноценность всего суточного пищевого рациона. Сбалансированное, рациональное питание школьников в домашних условиях является залогом здоровья и нормального развития организма детей, а также высокой учебной работоспособности [1].

В результате изучения меню столовой общеобразовательной организации выяснилось, что питание детей младшего школьного возраста несбалансированное.

Но в 2021г. с целью организации бесплатного горячего питания учеников, осваивающих программы начального образования, Министерством образования и науки Республики Татарстан было разработано 4 варианта единых сезонных примерных десятидневных меню. По предписанию Управления Роспотребнадзора по Республик Татарстан ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» была проведена санитарно-эпидемиологическая экспертиза каждого из 4-х меню, в ходе которой было установлено их соответствие требованиям санитарного законодательства [5].

Список литературы

1. *Гигиена детей и подростков: учебник / В.Р. Кучма. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 528 с.: ил.*
2. *Конь И.Я., Тутельян В.А. Руководство по детскому питанию. // М.: Медицинское информативное агентство, 2004. – 662с.*
3. *Королев А.А. Гигиена питания – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 544с. –100 экз.*
4. *МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».*
5. *Патяшина М.А., Авдоница Л.Г., Фомичёва Г.Б., Карпова М.В., Гимадиева Л.Р. Межведомственное взаимодействие Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан при реализации поручения по обеспечению учеников 1–4-х классов бесплатным горячим питанием. Здоровье населения и среда обитания – ЗНУСО. 2022;(2):47-55. <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2022-30-2-47-55>.*
6. *СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения».*
Щеплягина Л.А. Закономерности формирования роста и развития здорового ребенка // Российский педиатрический журнал. - 2003. -№ 6. -С.4-9.

ВНЕКЛАССНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ – ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И АДДИКЦИЙ

Валиев Р.И., Радченко О.Р.

Кафедры общей гигиены

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Одной из важнейших социальных, экономических, политических задач государства является охрана и укрепление здоровья подрастающего поколения, увеличение продолжительности качественной жизни и творческой активности. Важнейшей задачей профилактической деятельности является пропаганда санитарно-гигиенических знаний, гигиеническое воспитание подрастающего поколения и создание условий для формирования у молодежи приверженности к здоровому образу жизни. Говоря об аддиктивном поведении, мы подразумеваем уход детей от реальной жизни. Причем такой вид поведения может проявляться по-разному и зависит от личностных особенностей: химическая аддикция (алкоголь, наркомания, токсикомания, табакокурение), нехимические формы аддиктивного поведения: пищевая (переедание или голодание), компьютерная аддикции, пристрастие к азартным играм (гэмблинг), длительное прослушивание музыки, основанной на ритме, полное погружение в какой-то вид деятельности с игнорированием жизненно важных обязанностей и проблем и др.. Причин аддиктивного поведения множество: ребенок демонстрирует свою независимость, считая себя достаточно взрослым; пытается всеми способами избежать ответственности, включая ложь; постоянно ищет виновных в том, что сам же и совершил; тревожность и неуверенность в себе.

Современный подход к решению проблем аддиктивного поведения, предполагает приоритет профилактической работы, ведение которой должно начинаться до наступления т.н. «критического возраста», то есть основным объектом профилактической работы становятся дети «группы риска», при этом особое внимание уделяется профилактической работе в условиях образовательных учреждений. Образовательная организация обладает рядом уникальных возможностей для проведения профилактической работы – формирует и развивает личность школьника, имеет доступ к его семье, располагает квалифицированными специалистами (педагогами, психологами, социальными работниками). Очень важно при этом проводить просветительскую работу среди обучающихся не только на уроках, но и во внеурочное время. Так, в школах г.Казани, в план внеклассной воспитательной работы включены такие акции как – конкурс плакатов, рисунков, выпуск школьных журналов и газет, сочинений, классных часов на темы: «Жизнь без наркотиков», «Я за здоровый образ жизни», «За» и «против» наркотиков», «Твое здоровье», «Все цвета, кроме черного», «Некурящее

поколение», «Подросток», классные часы: «Птица счастья может быть моей», «Мой мир и я», «Здоровье-привилегия мудрых», «Точка кипения», «Шкатулка добра», «Забота», «Здоровье в твоих руках» и другие. Одной из задач организации профилактических акций является увеличение числа подростков, имеющих негативную позицию по отношению к «лицам со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации» или «людям, уходящим от реальности». При этом необходимо формировать и обеспечить способы социальной активности, позволяющие перейти к активным действиям по пропаганде приверженности к здоровому образу жизни в школьной среде. Для формирования такого отношения проводятся беседы, с приглашением родителей, работающих в системе здравоохранения (врачи-психологи, педиатры), врачей школы, волонтеров-медиков. Уже традицией стали коллективные выходы в театры и кинотеатры и многое другое.

При организации профилактических мероприятий их необходимо проводить поэтапно. Так, на первом этапе – т.н. медико-социальный мониторинг – проведение диагностики личностных особенностей с помощью анкетирования, социометрии, комплексных психологических методик (шкала или тест поиска острых ощущений марвина Цукермана – Sensation Seeking Scale; тест патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко; антиципационный тест В.Д. Менделевича), позволяющий провести своевременное выявление лиц «группы риска»; на этом же этапе целесообразно получить информацию о семье подростка, о семейных взаимоотношениях, об интересах и способностях ребенка, знать контингент друзей. Информационно-просветительский этап: проведение бесед и классных часов, раскрывающих особенности психологического развития, гендерного общения, культуры межличностных отношений, преодоление стрессовых ситуаций. Информационное сопровождение должно быть адресным, т.е. направлено на конкретную личность с учетом его потребностей и интересов; должно осуществляться посредством предоставления обучающимся информации без запаздывания, в нужный момент времени – актуально; достоверно, структурированно, доступно и убедительно; также материал, представленный для обсуждения со школьниками, должен способствовать появлению у них мотивации к следованию рекомендациям после обсуждения. Школьникам, входящим в группу риска рекомендована работа с психологом, проведение тренингов с целью коррекции отдельных личностных особенностей. Профилактика аддиктивного поведения, должна коснуться всех сфер жизни подростка – школа, друзья, семья и общественная жизнь в целом. Образовательные организации ведут учет обучающихся, склонных к проявлению аддиктивного поведения, проводят индивидуальную профилактическую работу, которая ориентирована на психологическую поддержку подростков и родителей, на формирование у них активной жизненной позиции.

РЕГУЛИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

Гомзина Е.Г.

Кафедра профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Все большее число родителей обращаются к диетологам с проблемами, касающимися питания и питания их детей. Неудача в расширении рациона или внезапное (по мнению родителей) прекращение употребления различных блюд заставляет их все больше беспокоиться о питании и пищевом поведении своего ребенка. Пищевое поведение очень индивидуально и зависит от многих факторов. В случае с маленькими детьми готовность ребенка принимать твердую пищу, приобретенные орально–моторные навыки, вкусовые предпочтения и т. д. существенно влияют на поведение при кормлении. Важно понимать, что дети находятся на стадии обучения и только развивают свои вкусовые предпочтения и процессы саморегуляции, а также приобретают навыки приема твердой пищи. И в этом процессе родители становятся проводниками в мир вкуса и здорового питания. Семья, окружающая обстановка вокруг ребенка, будет играть активную роль в формировании и поощрении моделей поведения, которые будут сохраняться на протяжении всей его жизни [1]. Опыт раннего детства с различными вкусами и ароматами играет важную роль в продвижении здорового питания в будущей жизни. Пищевые привычки и стратегии питания родителей являются наиболее доминирующими факторами, определяющими пищевое поведение и выбор продуктов питания ребенка. Родители должны предлагать своим детям широкий выбор полезных продуктов питания, выступая в качестве положительных образцов для подражания [3]. Пищевое поведение детей формируется путем наблюдения и подражания поведению и реакциям окружающих их людей. Дети, как правило, следуют привычкам своих родителей из-за аффективной связи, которая включает в себя интерес к тем же продуктам, которые они потребляют. Дети гораздо чаще пробуют неизвестную пищу, когда в то же время их матери также ели продукт и реагировали с энтузиазмом. Этот эффект был сильнее, чем когда родители просто устно поощряли ребенка попробовать еду. [3] Таким образом, важно, чтобы родители были готовы включить такие продукты в свое питание, чтобы стимулировать пищевой интерес у ребенка, предотвращая дальнейший ущерб здоровью ребенка, учитывая, что такое длительное поведение может повлиять на физическое, когнитивное и психосоциальное развитие.

Нарушения питания возникают, когда ребенок отказывается или избегает еды и не может есть из-за поведенческих расстройств, неврологических расстройств, анатомических

аномалий желудочно-кишечного тракта, а также сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, генетических, метаболических или аллергических заболеваний. [2] Одним из видов пищевого поведения ребенка, которое вызывает у родителей большое беспокойство, является пищевая неофобия. Пищевая неофобия характеризуется неприятием ребенком новых или незнакомых продуктов, как визуально, так и с точки зрения вкуса. Наиболее чувствительный период для неофобного поведения по отношению к еде наблюдается у детей в возрасте до 2 лет. В возрасте от 2 до 6 лет, когда наблюдается рост независимости и самостоятельности ребенка в отношении выбора продуктов питания, можно говорить о так называемой развивающейся неофобии, которая является естественной стадией развития. Это стадия, которая в конечном итоге должна разрешиться спонтанно. Стоит отметить, что период пищевой неофобии как бы перекрывается со временем, когда темпы роста и развития ребенка начинают замедляться. Это также период, когда ребенок начинает проявлять свою самостоятельность и часто во время еды. Тяжесть пищевой неофобии меняется на протяжении всей жизни человека и регулируется различными факторами, также неофобия может снова проявить себя уже у лиц пожилого возраста.

Неофобия в отношении питания также приобретает важное значение в контексте популяризированной концепции программирования питания, понимаемой как долгосрочный или пожизненный эффект стимула или сигнала, влияющего на структуры или функции организма в критический период развития. Возникновение таких факторов, как недоедание, дефицит или избыток определенных питательных веществ во время так называемых критических периодов, может перепрограммировать обмен веществ, что приводит к необратимым последствиям для здоровья и повышает риск ХНИЗ в будущем. [2,4]

Врожденное пристрастие к сладким и соленым вкусам и отвращение к горьким и кислым веществам были одним из факторов, связанных с пищевой неофобией. Существует низкий уровень принятия детьми новых пищевых продуктов, преобладающим вкусом которых является горечь или кислотность. Многие анализы показали, что овощи относятся к наиболее часто отвергаемой группе продуктов из-за повышенной чувствительности к горькому вкусу [3].

Аналогичным образом, грудное вскармливание становится чрезвычайно важным, учитывая, что во время потребления грудного молока у ребенка есть возможность попробовать много вкусов, в зависимости от типа пищи, выбранной матерью. Это способствует более широкому принятию новых продуктов при введении продуктов питания детям, в основном продуктов, которые мать регулярно употребляла во время беременности и кормления грудью. Дети, которых кормят молочными смесями, как правило, привыкают к постоянному и специфическому вкусу смеси и, следовательно, проявляют меньшую

терпимость или даже отвращение при знакомстве с новыми пищевыми продуктами [3]. Выбор более здоровой пищи во время беременности и кормления грудью, может свести к минимуму неохотное поведение в детстве.

Лечение детей с нарушением пищевого поведения должно включать несколько различных факторов: питание должно даваться в небольших количествах и в определенное время, пищевой продукт / пищу следует предлагать ребенку неоднократно, но без давления, следует пытаться оставлять еду в пределах досягаемости ребенка, не обязательно предлагая ее ребенку, и новый продукт должен подаваться в компании знакомых продуктов.

Таким образом, следует поощрять внедрение практики, связанной с просвещением в области пищевых продуктов и питания, знания о привычках человека в области питания, особенно в детстве (детский сад, школа). Необходимо предлагать разнообразные рационы, включающие продукты, которые не являются частью семейных привычек питания. Необходимо предоставить детям самостоятельность в питании, эмоционально поддерживать их, а также мотивировать их участвовать в приготовлении пищи, делая момент приготовления приятным и спокойным.

Список литературы:

1. Дурнева М.Ю. *Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 1-19 doi: 10.17759/psyclin.2015040301*
2. *Программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М., 2019. — 36 с.*
3. *Torres TO, Gomes DR, Mattos MP. Factors associated with food neophobia in children: systematic review. Rev Paul Pediatr. 2020 Nov 6;39:e2020089. doi: 10.1590/1984-0462/2021/39/2020089*
4. *Langley-Evans SC. Nutritional programming of disease: unravelling the mechanism. J Anat. 2009 Jul;215(1):36-51. doi: 10.1111/j.1469-7580.2008.00977.*

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА В ЛИПИДНОМ ОБМЕНЕ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Даутова А.З., Кадырова Э.Ф.

Медико-биологическая кафедра

ФГБОУ ВО Поволжский государственный университет физической культуры, спорта и туризма

Нарушения липидного обмена, проявляющиеся различными дислипидемиями, играют важную роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы. Известно, что у

спортсменов, специализирующихся в силовых видах спорта, наблюдаются атерогенные сдвиги, тогда как у спортсменов, тренирующих физическое качество, выносливость, повышается уровень триглицеридов и липопротеинов высокой плотности. Особенности липидного спектра крови у спортсменов могут быть связаны с различиями уровня потребностей организма в стероидных гормонах, обусловленными интенсивностью и характером физических нагрузок, а также степенью эмоционального напряжения у спортсменов, специализирующихся в различных видах спорта [1].

Также стоит отметить, что на уровень липидов в крови влияют и другие многочисленные факторы, включая наследственные и образ жизни [2]. Полиморфные варианты, влияющие на уровень липидов, были широко изучены, а крупномасштабные геномные ассоциативные исследования (GWAS) выявили 236 локусов, связанных с липопротеином высокой плотности, липопротеином низкой плотности и триглицеридами, на долю которых приходится до 12% общей дисперсии признаков в изученных популяциях. При этом исследований, изучающих полиморфные варианты ассоциированных с обменом липидов, у спортсменов встречается в небольшом количестве. В связи с этим изучение липидного профиля у спортсменов с учетом наследственного фактора необходимо, так как позволит разработать методы профилактики и коррекции атерогенных нарушений липидного профиля крови, а также выявить ранние доклинические формы атеросклероза у спортсменов.

Цель исследования – изучить роль полиморфных вариантов в липидном обмене у спортсменов различных видов спорта.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 165 спортсменов мужского пола и 68 мужчин, не занимающихся спортом (средний возраст $23 \pm 2,3$ лет). Проведено генотипирование следующих полиморфных вариантов A-75G гена *APOA-I*, C3238G гена *ApoC3*, Taq1B гена, Hind III, N291S гена *LPL*, G-2548A гена *LEP*, G2528C, T+294C и Pro12Ala генов *PPARA*, *PPARD*, *PPARG*. Концентрацию основных показателей липидного спектра: общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в сыворотке крови определяли ферментным методом реактивами фирмы «Corma» (Германия) на анализаторе «Флюорат-02-АБЛФ-Т» (Россия).

Результаты исследования. По результатам исследования была показана ассоциация некоторых полиморфных вариантов с уровнем липидов в крови у спортсменов и мужчин, не занимающихся спортом. У спортсменов аллель *G *APOA-I* коррелировал с повышенным уровнем ТГ, аллели *G *LEPR*, *H+ *LPL* (Hind III) и *G *LPL* (N291S) с пониженным уровнем ЛПВП, тогда как аллели *A *APOA-I*, *A *LEPR*, *H- *LPL*, *A *LPL* (N291S) продемонстрировали протективную роль. У мужчин, не занимающихся спортом, были установлены особенности в

уровне липидов в зависимости от полиморфных вариантов генов *APOA-I*, *APOC-III*, *LPL* (Hind III), *CETP* (Tag I). У носителей аллелей *G (*APOA-I*), *H+ (*LPL*) был статистически значимо выше уровень ОХС и ЛПНП. Но при этом атерогенный индекс (ИА) у мужчин с генотипом G/G гена *APOA-I* не имел различий. У мужчин с генотипом H+/H+ гена *LPL* ИА был несколько выше по сравнению с представителями других генотипов. Аллель *C (*APOC-III*) был ассоциирован с повышенным уровнем ЛПНП, *B1 (*CETP*) с более высоким уровнем ТГ.

Таким образом, была выявлена ассоциация некоторых полиморфных маркеров с липидным профилем юношей с разным уровнем физической активности. Данное исследование имеет ограничения, так как проводилось на немногочисленной выборке и исследовалось небольшое количество полиморфных вариантов. Необходимо увеличить число обследуемых и полиморфных вариантов. Это позволит проводить раннюю оценку наследственной предрасположенности в развитии заболеваний ССС и обмена веществ, а также составлять рекомендации по сохранению здоровья и по оптимизации тренировочного процесса, питания и фармакологической поддержки юных спортсменов.

Список литературы:

1. Даутова, А.З. Уровень липидов в крови мужчин-спортсменов в зависимости от спортивной специализации / А.З. Даутова, В.Г. Шамратова // *Наука и спорт: современные тенденции.* – 2021. – Т. 9, № 3. – С. 6-14. DOI: 10.36028/2308-8826-2021-9-3-6-14
2. Суздальницкий, Р.С. Специфические изменения в метаболизме спортсменов, тренирующихся в разных биоэнергетических режимах, в ответ на стандартную физическую нагрузку / Р.С. Суздальницкий, И.В. Меньшиков, Е.А. Модера // *Теория и практика физической культуры.* – 2000. - № 3. – С. 16–20.

ВИДЫ НАРУШЕНИЙ КАТЕГОРИЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СТАДИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Дроздов Н.С.¹ , Шулаев А.В.²

¹Общество с ограниченной ответственностью «Дискотерапия плюс», г. Пермь

²Кафедра общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение: Боль в спине — один из наиболее распространенных болевых синдромов. Предполагается, что в будущем, в связи с ожирением, курением, малоподвижным образом жизни, а старением населения в целом распространенность боли в спине будет возрастать. Все

больше лиц молодого возраста имеют жалобы на боли в спине, что, безусловно, не может не настораживать врачей различных специальностей.

Цель исследования: Представить характеристику неврологических проявлений, а также, нарушений различных категорий структуры и функции в соответствии с международной классификацией функционирования (МКФ) у подростков с болью в нижней части спины.

Материал и методы: В исследование включены 112 подростков с клиническими проявлениями болей в нижней части спины. Возраст исследуемых составил 14-17 лет. В зависимости от характера жалоб пациенты были распределены на группы: хронический болевой синдром в нижней части спины (ХБ) – основная группа и острый болевой синдром в нижней части спины (ОБ) – группа сравнения, по 60 и 52 пациента, соответственно. В каждой группе было выделено две подгруппы: пациенты с миофасциальным болевым синдромом (МФБС) составили 30 и 25 человек, пациенты с болью, обусловленной компрессией нервного корешка - корешковый синдром (КС) соответствующего сегмента – 27 и 25 человек соответственно основной и контрольной группам.

Характер жалоб включал болевой синдром с локализацией в нижней части спины и ограничение объема активных и пассивных движений. У пациентов основной группы (ХБ) с МФБС отмечался разлитой характер боли, с возможностью иррадиации в ягодичную зону, поясничную область и область ипсилатерального тазобедренного сустава. У больных группы сравнения (ОБ) с МФБС наблюдался преимущественно локальный характер боли с наличием также вышеперечисленных зон иррадиации боли. У пациентов с болевым синдромом, обусловленным компрессией нервного корешка на уровне поясничных и пояснично-крестцового сегментов - КС как в основной группе (ХБ), так и в группе сравнения (ОБ) характер болей достоверно не отличался и носил преимущественно разлитой характер с иррадиацией в ипсилатеральную нижнюю конечность.

При неврологическом осмотре у пациентов группы сравнения (ОБ) с МФБС отмечались функциональные нарушения в крестцово-подвздошном суставе, преимущественно по ипсилатеральному типу, а также «синдром фасетки» на уровне суставов поясничного отдела позвоночника ипсилатеральной стороны. У пациентов с болевым синдромом, обусловленным компрессией периферического корешка нервного ствола - КС, как в основной группе, так и в группе сравнения, также отмечалось наличие вышеперечисленных функциональных нарушений на уровне структур таза и крестца. При этом «синдром фасетки» отмечался преимущественно с уровня L3 – L4; L5 – S1 сегментов спинного мозга.

В соответствии с классификацией МКФ была представлена характеристика нарушений структуры, в исследуемых группах больных. Градация нарушений проводилась по

пятибалльной оценке: 0б; 1б; 2б; 3б; 4б; 5б. Нет нарушений – 0б. (0 – 4%), легкие нарушения – 1б. (5 – 24%), умеренные нарушения – 2б. (25 – 49%), тяжелые нарушения – 3б. (50 – 95%), абсолютные нарушения – 4б. (96 – 100%).

Результаты: В категории «структура» хронический болевой синдром достоверно чаще встречается в структурах тазовой области, суставах тазового пояса, позвоночника и крестца. Острый болевой синдром достоверно чаще встречается в структуре копчика. В категории «функция» нарушения функции подвижности суставов, таза, костей чаще встречаются у пациентов с хроническим болевым синдромом. У пациентов с острой болью чаще отмечаются нарушения функции мышечного тонуса и мышечной силы.

Выводы:

1. Структуральная и функциональная несостоятельность костной системы и нарушение функции самообслуживания (ходьба, перемещение) достоверно чаще встречаются у пациентов с хроническим болевым синдромом.
2. Нарушения в структуре копчика и функциональная несостоятельность мышечно-связочного аппарата чаще встречаются у пациентов с острым болевым синдромом.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ КАТЕГОРИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.

Дроздов Н.С.¹, Шулаев А.В.²

¹Общество с ограниченной ответственностью «Дискотерапия плюс», г. Пермь

²Кафедра общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение: Боль является наиболее частой и сложной по субъективному восприятию жалобой пациентов, причиняет страдания миллионам людей во всем мире, снижает качество жизни. Одним из наиболее распространенных болевых синдромов в клинической практике является боль в спине. По данным многоцентрового эпидемиологического исследования, распространенность боли в спине составляет 37,1%, хотя бы раз на протяжении жизни боль в спине отмечали 85,5% опрошенных. Хронической болью в спине (без уточнения локализации) страдают 24%, болью в поясничной области — 18%, а болью в шее — 8% населения.

Цель исследования: Представить характеристику нарушений функции, активности и участия, а также качества жизни в соответствии с международной классификацией функционирования у подростков с болью в нижней части спины.

Материал и методы: В исследование были включены 112 подростков с клиническими проявлениями болей в нижней части спины.

В зависимости от характера жалоб пациенты были распределены на группы: хронический болевой синдром в нижней части спины (ХБ) – основная группа и острый болевой синдром в нижней части спины (ОБ) – группа сравнения, по 60 и 52 пациента, соответственно.

В зависимости от характера клинических проявлений, в каждой группе было выделено две подгруппы: пациенты с миофасциальным болевым синдромом (МФБС) составили 30 и 25 человек, пациенты с болью, обусловленной компрессией нервного корешка- корешковый синдром- (КС) соответствующего сегмента – 27 и 25 человек соответственно основной и контрольной группам.

Критериями исключения пациентов из исследования были: висцеральный характер болей; заболевания костной системы; переломы костей в анамнезе и на момент осмотра; гинекологическая и урологическая патология.

Характер жалоб, с которыми обращались пациенты, включал болевой синдром с локализацией в нижней части спины и ограничением объема активных, а в ряде случаев, и пассивных движений.

В соответствии с классификацией МКФ была представлена характеристика нарушений функции, активности и участия, а также качества жизни в исследуемых группах больных. Градация нарушений проводилась по пятибальной оценке: 0б; 1б; 2б; 3б; 4б; 5б.

Нет нарушений – 0б. (0 – 4%), легкие нарушения – 1б. (5 – 24%), умеренные нарушения – 2б. (25 – 49%), тяжелые нарушения - 3б. (50 – 95%), абсолютные нарушения – 4б. (96 – 100%)

Для характеристики категорий МКФ и соответствующих доменов, были использованы шкалы и опросники применяемые в международных исследованиях: шкала оценки степени функциональной недостаточности суставов; освестровский опросник; шкала тревоги Спилберга, соответственно которым были распределены домены, характеризующие те или иные признаки.

Результаты. Функция ориентированности и интеллектуальные функции, функция темперамента и личности, а также функции сна, внимания и памяти чаще страдали у пациентов с хронической болью, при этом нарушения функции добросовестности, психологической устойчивости, оптимизма, уверенность преобладали у пациентов с хронической болью, обусловленной корешковым синдромом.

Личностные качества, такие, как экстраверсия и компромисс, а также нарушение функции адекватности эмоций и их регуляции чаще отмечались у пациентов с острой болью.

Выводы:

1. У пациентов с хроническим болевым синдромом достоверно чаще наблюдается нарушение сна и личности.

2. У пациентов с хронической болью, обусловленной корешковым синдромом, чаще отмечаются нарушения в социальной жизни.
3. В структуре личностно-темпераментных нарушений личностная тревожность преобладает у пациентов с хроническим болевым синдромом. У пациентов с острым болевым синдромом чаще отмечается ситуационная тревожности.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ 5-11 КЛАССОВ

Ибрагимова А.Р.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан

Актуальность: тенденция проявления особого внимания населения России к поддержанию здорового образа жизни является сегодня чрезвычайно высокой, что можно проследить благодаря быстрорастущей популярности гаджетов-помощников. Популярные средства для формирования здорового образа жизни плотно закрепились в нашей жизни [1].

В последнее время здоровому образу жизни подростков уделяется повышенное внимание, что отражает обеспокоенность общества физическим состоянием будущих специалистов, ростом заболеваемости, снижением трудоспособности, ранним профессиональным выгоранием и апатией.

В связи с кризисным состоянием проблемы снижения здоровья подрастающего поколения, в физкультурном образовании особую актуальность приобретает разработка здоровые сберегающих технологий для детей и подростков, предназначенных для формирования, сохранения и укрепления их здоровья. Так, грамотное и целенаправленное внедрение фитнес-технологий в систему непрерывного физкультурного образования для оздоровления, развития и воспитания является в настоящее время одной из основных и актуальных задач для формирования здорового образа жизни у молодежи [2].

Литературный обзор современных источников о состоянии здоровья школьников [2,3,4,5,6] показал, что современным подросткам для достижения высоких результатов требуется много времени, усилий и, самое главное, здоровья. Именно поэтому необходимо прививать здоровый образ жизни с раннего возраста и пропагандировать его повсюду, до того, как сформировались вредные привычки и неправильные идеалы.

Наиболее распространенным патологическим состоянием в современном мире является гиподинамия.

Гиподинамия приводит к функциональным изменениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем [4], так как не работают мышцы, помогающие движению крови по сосудам.

Ведущими симптомами гиподинамии являются: вялость, усталость, сонливость, быстрая утомляемость, апатия. Уменьшается выносливость, неокрепший молодой организм перестает достаточно долго и нормально переносить различные нагрузки. В будущем, длительное данное состояние ведет к снижению трудоспособности, сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирению и увеличивает факторы смертности [7].

Помимо гиподинамии современный ритм жизни у подростков связан с систематическим недосыпанием, нерегулярными приемами пищи, недостаточном пребывании на свежем воздухе, отсутствием физической активности и закалывающих процедур.

Эффективным инструментом для решения проблем повышения качества физического здоровья и поддержания здорового образа жизни сегодня могут служить современные высокотехнологичные гаджеты [2]. Одним из современных гаджетов, позволяющим следить за своим здоровьем и физической подготовкой, является фитнес-браслет.

Фитнес-браслет – многофункциональное устройство, позволяющее следить за текущим состоянием здоровья организма человека, а также контролировать его энергозатраты. При длительном отсутствии двигательной активности фитнес-браслет уведомит о необходимости повышения подвижности. Браслет позволяет отслеживать количество шагов, пройденных за день и расстояние в целом. Особенно он эффективен при занятии физическими нагрузками, позволяя рассчитать необходимую длительность тренировки, достаточной для поддержания формы и не превышающей рекомендуемые значения.

С течением времени, становится очевидно, что в связи с напряженным графиком, не всегда удается соблюдать принципы правильного питания, возможно, как недоедание, так и наоборот, переедание. Многие молодые люди не знают, как правильно питаться, и тем самым ослабляют свой иммунитет, подвергая организм опасности [3]. Еще одной функцией браслета и приложения является отслеживание потребляемых и сожженных калорий, что очень важно для подрастающего поколения [4]. Фитнес – браслеты дают отличную возможность следить за необходимым уровнем калорий, а также пищевой ценностью рациона, что также очень важно, т.к. правильное питание студента должно включать в себя оптимальное соотношение углеводов, жиров и белков.

В целом главным предназначением браслета является помощь человеку в процессе слежения за своим физическим состоянием [5].

Цель работы: оценить возможности применения биоимпедансного анализа среди учащихся 5–11 классов.

Материалы и методы: для оценки возможности применения биоимпедансного анализа был проведен опрос-анкетирование среди учащихся 5–11 классов на использование фитнес-браслетов по специально разработанной анкете опроснику. Было опрошено 210 учеников с оформлением информированного согласия.

Результаты. Результаты анкетирования показали, что фитнес-браслеты используют 24% опрошенных учеников 5-8 классов и более половины (57%) опрошенных учеников 9-11 классов. Таким образом, применение фитнес-браслетов увеличивается среди учащихся старших классов более чем в 2 раза, что может говорить о росте популярности применения современных технологий.

При опросе о целях применения фитнес-браслетов было установлено, что основными целями по применению фитнес-браслетов подростков старших классов являются трекер активности и шагомер. В качестве цели использования фитнес-браслетов - «трекер активности» - указывали 41% учеников, цель «шагомер» - 32% учеников. Стоит отметить, что применение трекера активности и шагомера преобладает у школьников, занимающихся в спортивных секциях и кружках. Далее в порядке убывания следуют такие цели, как «для контроля сна» - 15%, «контроль питьевого режима» - 4%, иные цели определили для себя 8% учеников-респондентов.

Также на сегодняшний день существует возможность применения биометрического анализа для учащихся старших классов, например, биоимпедансометрию, так как данная категория подростков активно применяет современные гаджеты, в том числе фитнес-браслеты в своей повседневной жизни. В основе биоимпедансного анализа лежит определение электрического импеданса биологических объектов. Физическая составляющая данного метода заключается в измерении электрического сопротивления организма при помощи биоимпедансного анализатора [8]. Данный метод является инновационным решением в области поддержания здорового образа жизни, но при этом недостаточно распространенным, ввиду своей труднодоступности. Исследования показывают, что о данном виде анализа знают не более 10% опрошенных среди учащихся 5-11 классов.

Заключение: можно сделать вывод о том, что фитнес-браслет помогает контролировать ежедневные показатели физического состояния, а также скорректировать вес благодаря рекомендациям приложения, что поможет повысить качество физического здоровья современного молодого поколения. Выявлена возможность применения современных технологий и методов для поддержания здорового образа жизни среди школьников.

Список литературы

1. Александров Д.С., Грачева Д. В., Фарзалиев Д. А., Астафьева В.О., Блинкова Н. Л., Коренькова А. А. / Эффективность фитнес-браслетов в системе оздоровления студентов // *Инновационные тенденции развития системы образования.* – 2017. – С.120-126.
2. Петров К.В., Никитенко С.В. Применение здоровьесберегающих технологий в школе полного дня- 2005- С.50-56.
3. Степыко Д.Г. Анализ реализации проектов развития спортивной инфраструктуры в российской федерации / Д.Г. Степыко, Д.С. Александров, Д.В. Грачёва, Д.А. Фарзалиев // *Теория и практика физической культуры.* – 2017. – №9. – С. 9–11.
4. Александров Д.С. Экспериментальные средства проведения занятий по физической культуре со студентами образовательных организаций высшего образования / Д.С. Александров, Д.В. Куцева // *Гуманитарное образование в экономическом вузе: Материалы V Международной научно-практической заочной интернет-конференции: В 2 т.* – 2017. – С. 163–167.
5. Куцева Д.В. Взаимосвязь хронотипа и режима дня студента как неотъемлемая часть здорового образа жизни (на примере ФГБОУ ВПО РЭУ им. Г.В. Плеханова) / Д.В. Куцева, Д.Г. Степыко // *Физическая культура и здоровый образ жизни студенческой молодежи: Материалы VII межвузовской научно-практической конференции.* – 2015. – С. 39–41.
6. Фарзалиев Д.А. Организация пищевого поведения до и после тренировки на каждый соматотип / Д.А. Фарзалиев, Д.Г. Степыко // *Физическая культура и здоровый образ жизни студенческой молодежи: Материалы VII межвузовской научно-практической конференции.* – 2015. – С. 59–62.
7. Мархоцкий Я. Л., Полянская А. В. Профилактика гипокинезии и гиподинамии // *Мир медицины.* – 2010. – № 2– 4. – С. 8–9.
8. Николаев Д.В., Смирнов А.В., Бобринская И. Г., Руднев С.Г. Биоимпедансный анализ состава тела человека 2009 г. –С. 21-23.

ВОПРОСЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ

ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Каримова Г.Р.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан

В статье представлена концепция и технология стимулирования ценностного отношения подростков к здоровому образу жизни. Проблема формирования здорового образа

жизни обусловлена тем, что здоровье – одна из важнейших жизненных ценностей человека, залог его благополучия и долголетия. На современном этапе, когда в стране уровень продолжительности жизни людей сравнительно невелик, очень важно с раннего детства прививать ребенку понятие о здоровье, как о главной ценности в жизни человека [1, 9].

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее [7].

На состояние здоровья детей оказывает существенное влияние такие факторы, как неблагоприятные социальные и экологические условия [2, 3, 10, 11].

По данным специалистов НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, в последние годы наметились следующие негативные тенденции: значительное снижение числа абсолютно здоровых детей; стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний, которые регистрируются более чем у 50-60% школьников [4 - 6].

Организация правильного здорового питания детей и подростков имеет не только медицинское значение, как фактор сохранения здоровья конкретного ребенка и его последующего развития, но и большое социальное значение как фактор, определяющий здоровье будущих поколений [8].

С целью изучения проблемы формирования здорового образа жизни обучающихся муниципальной общеобразовательной организации Сабинского муниципального района была составлена анкета, которая включила в себя 8 вопросов, касающихся образа жизни подростков, в том числе и здорового образа жизни, и проведено анонимное анкетирование 115 подростков старшего школьного возраста.

Мои исследования показали, что среднее звено школьников проявляют интерес к активному образу жизни. Значительная часть обучающихся школы достаточно адекватно оценивают значимость состояния здоровья для качества жизни и пытаются активно влиять на его сохранение, учителя предпринимают все необходимое для формирования основ здорового образа жизни школьников. Если каждый школьник будет правильно питаться, вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, не превышать время нахождения у компьютера и телевизора, заботиться о ближайшей среде обитания, то здоровье будет крепким.

Необходимо сохранить, укрепить здоровье обучающихся и сформировать представление у всех ребят о том, что такое ЗОЖ – здоровый образ жизни.

Результаты исследования показали, что школьники среднего звена проявляют интерес к активному образу жизни. Значительная часть обучающихся школы достаточно адекватно оценивают значимость состояния здоровья для качества жизни и пытаются активно влиять на

его сохранение, учителя предпринимают все необходимое для формирования основ здорового образа жизни школьников.

Существует необходимость в дальнейшей, более глубокой разработке проблемы изучения состояния здоровья учащихся, а также изучения их отношения к собственному здоровью.

Список литературы:

1. *Алексеев, С. В. Практикум по экологии [Текст] /С. В. Алексеев, Н. В.Груздева, А. Г.Муравьев, Э. В.Гуцина. – М.: АО МДС, 2020. – 190 с.*
2. *Аргунова, М. В. Стратегия формирования экологической культуры школьников [Текст] /М. В. Аргунова // Химия в школе. – 2019. - №1.- С.23-26.*
3. *Ашихмина, Т.Я. Школьный экологический мониторинг –М.: АО МДС, 2019. – 380 с.*
4. *Величковский, Б. Т., Кирпичёв, В. И., Суравегина, И. Т. Здоровье человека и окружающая среда [Текст]: учебное пособие. – М.: «Новая школа», 2019. – 255 с.*
5. *Газета «АиФ Здоровье» №38 – Москва, 2018. – 53 с.*
6. *Ланина А. П. Роль здоровья в жизни человека. Москва, 2018. – 30 с.*
7. *Мажейкин А. В. Поговорим о здоровом питании - Киев, 2019. – 68 с.*
8. *Меньшов И.В. Формирование культуры здоровья среди школьников 1-11 классов на основе трилогии здоровье обучающихся учебных изданий: "культура здоровья школьников 1-4 классов", "культура здоровья школьников 5-8 классов", "культура здоровья школьников 9-11 классов" – 12-1-2021-с.96-105.*
9. *Миркин, Б.М., Наумова, Л.Г. Экология России [Текст]. – М.:АО МДС, 2018. –194 с.*
10. *Миронеский С. А. Надо ли делать зарядку – Москва, 2019. – 85 с.*

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Лопушов Д.В., Борисова Л.О., Гарипова А.И.

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ликвидация перинатальной передач ВИЧ от матери ребенку определена как одна из приоритетных задач, поставленных перед органами государственной власти Российской Федерации органами местного самоуправления и гражданским обществом.

Ежегодно рождается большое число детей от ВИЧ-инфицированных матерей - за 11 месяцев 2021 – 187, за 11 месяцев 2022 – 171 детей.

За 11 месяцев 2022 года обследовано 106407 беременных, выявлено с ВИЧ-инфекцией 43 женщин, за АППГ обследовано 114704 беременных, выявлено с ВИЧ-инфекцией 38 женщин. Новорожденные дети получили профилактическое лечение в 99,4% случаев (в 2021г. – 100%), целевой показатель - не менее 99,0%.

Несмотря на достигнутые успехи в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, в Республике Татарстан продолжают регистрироваться случаи вертикальной передачи ВИЧ у детей – 2 случая. Показатель перинатальной передачи ВИЧ составляет 1,2% (индикативный показатель не более 1,5%) (2021г. – 0%). Проблемой является тот факт, что немалое число женщин с ВИЧ-инфекцией, которые знают о своем заболевании, встают на диспансерный учет в поздние сроки беременности. Так, каждая десятая женщина с установленным до беременности диагнозом обращается за медицинской помощью в третьем триместре беременности, что не позволяет начинать профилактику в регламентированные сроки, а 10% ВИЧ-инфицированных женщин вообще не обращаются в женские консультации, несмотря на наличие у них данного диагноза.

Ежегодно выявляются случаи ВИЧ-инфекции у детей при обследовании по клиническим показаниям, в связи с этим педиатрам следует проявлять настороженность в отношении ВИЧ-инфекции и предлагать обследование на ВИЧ-инфекцию при появлении первых признаков заболевания.

На 01.12.2022 продолжают наблюдение по перинатальному контакту с ВИЧ-инфекцией - 333 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Выводы:

1. Для снижения риска инфицирования будущих детей необходимо эффективное проведение диспансеризации беременных женщин в женских консультациях.
2. Проводить разъяснительные мероприятия среди ВИЧ-инфицированных женщин о необходимости химиопрофилактики ВИЧ от матери ребенку с формированием приверженности.
3. Принять меры по раннему выявлению ВИЧ-инфекции у детей, обеспечить охват обследованием на ВИЧ-инфекцию всех детей с клиническими признаками ВИЧ-инфекции, эпидемиологическими и социальными показаниями.
4. Обеспечить консультированием по вопросам планирования семьи всех ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста для исключения нежелательной беременности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИОПИИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ 10 – 11 КЛАССОВ СРЕДНИХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Лушанина К.А.¹, Хусайнова Д.К.², Титова С.А.¹

Кафедра общей гигиены

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,

²ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора Е.В. Адамюка»

Миопия или близорукость одно из самых распространенных заболеваний в мире.[4] По официальным данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) процент близоруких людей имеет ежегодную тенденцию роста. В мире 290 миллионам человек официально диагностировали миопию, из них 19 миллионов это дети и подростки в возрасте до 18 лет. Большинство людей не подозревают о развивающейся у них близорукости. По прогнозам ВОЗ к 2050 году с диагнозом миопия будет проживать около 4,5 млрд человек во всем мире. Около 90% из них жители из развивающихся стран. Около 40% будут составлять дети младшего школьного возраста, а по достижении 18 лет данный показатель может увеличиться до 70%.[3][6][8]

По официальным данным Министерства здравоохранения Российской Федерации у 20,7 млн россиян диагностирована миопия. С диагнозом миопия в школу в 1 класс приходит 10% детей, а завершает 11 класс - 50% выпускников с установленным диагнозом миопия.[2][7]

Одной из ведущих причин развития миопии у детей является рост ежедневного использования гаджетов. Практически в любом торговом центре можно увидеть ребенка практически с двухлетнего возраста играющего в телефоне. По данным Обрсоюза (Союз участников отношений в сфере образования) совместно с НИУ ВШЭ (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики») 74,7% школ России внедрили в свою работу цифровые системы обучения (платформы Учи.ру, Дневник.ру, Яндекс-класс, Яндекс-учебник, Moodle). Это соответственно ведет к увеличению объема времени нахождения ребенка перед различной электронной техникой во время учебного процесса.[5]

К сожалению, как правило, дети не обращают внимание на первые симптомы ухудшения зрения: усталость глаз, повышенное слезотечение, расплывчатость предметов вдали, головная боль. Еще одна из главных причин - это нежелание ребенка носить очки из-за страха психологического дискомфорта во взаимоотношении со сверстниками.

Все вышеперечисленное обуславливает необходимость непрерывного мониторинга показателей распространения миопии среди детей и подростков в условиях внедрения факторов риска образовательной среды.

Цель. Изучение распространенности миопии среди учеников 10 - 11 классов.

Материалы и методы. Проведен анализ полученных данных из «Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (учетная форма № 030-ПО/у-17) детской городской поликлиники г. Казани с последующей статистической обработкой данных.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10 августа 2017 года «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» медицинский осмотр школьники проходят в начале каждого учебного года. В 7, 10, 15, 16 и 17 лет проводят углубленные профилактические осмотры, в которые входит осмотр врача-офтальмолога. Для настоящего исследования путем механической выборки было отобрано 246 «Карт профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» в городской детской поликлинике г. Казани. Возрастной диапазон пациентов от 16 до 17 лет.

Результаты. Анализ полученных данных в рамках пилотного исследования показал, что у 53,6% обследованных детей выявлена близорукость, из которых 69,7% (92 человека) миопия слабой степени, 25,8% (34 человека) миопия средней степени и 4,5% (6 человек) миопия высокой степени. При этом на момент данных осмотра за 1 класс только у 8,5% детей был поставлен диагноз миопия.

Выводы. Полученные данные наблюдений показывают выраженное распространение миопии среди детей и подростков и обуславливают необходимость дальнейшего детального исследования с последующей разработкой программы профилактики.

Список литературы:

1. *О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних* : Приказ №514н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 : URL: <https://base.garant.ru/71748018/> - Текст : электронный.
2. *Огонек* : электронный журнал. - URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4449374> - Дата публикации: 31.08.2020. - Текст : электронный.
3. *The myopia issue* : электронный журнал. - URL: https://coopervision.ru/sites/coopervision.ru/files/miopiya_problema_obshchestvennogo_zdravoohraneniya_21_veka.pdf - Дата публикации: декабрь 2017. - Текст : электронный.
4. *Клинические рекомендации – Миопия – 2020-2021-2022 (16.02.2021) – Утверждены Минздравом РФ:* [сайт]. - 2021. - URL:

- http://disuria.ru/_ld/10/1096_kr20H52p1MZ.pdf (дата обращения: 21.08.2022). - Текст : электронный.
5. Обрсоюз : [сайт]. - 2018. - URL: <https://obr.so/research/bolshinstvo-rossijskih-shkol-pereshli-na-cifrovye-tehnologii/> (дата обращения: 01.09.2022). - Текст : электронный.
6. Ochkov.Net : [сайт]. - 2018. - URL: <https://www.ochkov.net/wiki/blizorukost-statistika-voz.htm> (дата обращения: 16.09.2022). - Текст : электронный.
7. LIFE : [сайт]. - 2018. – URL: <https://life.ru/p/1011094> (дата обращения: 06.09.2022). - Текст : электронный.
8. World Health Organization. *The impact of myopia and high myopia: report of the Joint World Health Organization– Brien Holden Vision Institute Global Scientific Meeting on Myopia, University of New South Wales, Sydney, Australia, 16–18 March 2015.* 2017. https://myopiainstitute.org/wp-content/uploads/2020/10/Myopia_report_020517.pdf

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Мирхайдарова Л.Р.

ООО «Ситилаб»

В настоящее время приоритетной задачей здравоохранения является сохранение здоровья граждан (в том числе несовершеннолетних) для стабильного экономического и социального развития государств. Для достижения данной цели осуществляется координация работ государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Согласно статье 19 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждый гражданин имеет право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме без взимания платы, а также на получение платных медицинских услуг. Право на получение платных медицинских услуг осуществляется путем организации оказания услуг на возмездной основе в медицинских организациях государственной и негосударственной форм собственности. Платные услуги являются дополнением к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи и обеспечивают население медицинскими услугами в условиях высокого уровня сервиса в более комфортной обстановке, в отсутствие длительного ожидания приема врача. В последние годы отмечается увеличение объема платных медицинских услуг, что подтверждают данные Федеральной службы государственной статистики. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», амбулаторная медицинская

помощь – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Целью данной работы является определение особенностей оказания амбулаторной помощи детскому населению в негосударственной коммерческой медицинской организации.

Для реализации поставленной цели, первоначально была изучена динамика обращений в негосударственную коммерческую медицинскую организацию ООО «Ситилаб Малыш» (лицензия ЛО-16-01-007049 от 27.07.2018 г.; серия ЛО-01 № 0032843) с 2011 по 2019 гг. (период пандемии сознательно исключен из рассмотрения). Анализ полученных данных свидетельствует о достоверном увеличении количества обращений пациентов с различными нозологиями с 427 в 2011 г. до 1092 в 2019 гг. ($T_{\text{прироста}}=155,74$; $y=71,83x+523,28$; $R^2=0,802$). При этом наблюдается достоверная тенденция роста как повторно ($T_{\text{прироста}}=165,38$; $y=20,98x+164,42$; $R^2=0,67$), так и первично ($T_{\text{прироста}}=151,52$; $y=50,85x+358,86$; $R^2=0,77$) обратившихся. Сравнительный анализ соотношения доли первичных и повторных посещений не выявил статистически значимого увеличения за весь анализируемый период – они находились в соотношении $69,4\% \pm 3,18$ [64,58%-73,01%] : $306\% \pm 3,18$ [26,99%-35,42%] соответственно. При анализе распределения первичных и повторных обращений к специалистам различных специальностей в негосударственную коммерческую медицинскую организацию ООО «Ситилаб Малыш» (среднеголетние данные 2011-2019 гг.), было установлено, что наибольший удельный вес как первичных, так и повторных обращений приходится на педиатра (65,46% и 59,52% соответственно).

Для определения особенностей оказания амбулаторной помощи детскому населению в негосударственной коммерческой медицинской организации были использованы специально-разработанные анкеты (отдельно для специалистов и отдельно для родителей), на которые ответили 12 врачей и 123 родителя маленьких пациентов ООО «Ситилаб Малыш» (из них 108 (87,7%) мамочек – средний возраст женщин составил $36,72 \pm 6,45$ года). Анкета для родителей состояла из вопросов, касающиеся факторов удовлетворенности качеством и условиями оказания амбулаторно-поликлинической помощи их детям (места расположения медицинской организации, режима работы, возможности записи на прием и работа сотрудников регистратуры, время на прием, организация пространства и «потока пациентов», система навигации, наличие зон комфортного ожидания, удовлетворенность качеством лечебно-диагностического процесса в целом и пр...) с готовыми вариантами ответов; также для части вопросов предлагалось провести ранжирование значимости указанных факторов – для этого была представлена шкала от 1 до 10 баллов (в которой 1 балл — самый незначимый фактор,

10 баллов — самый значимый). Полученные данные подвергались статистической обработке (критерий Фишера); при ранжировании факторов качества амбулаторно-поликлинической помощи оценивался средний ранг, на основании которого было определено ранговое место фактора.

Полученные в ходе анкетирования данные по особенностям выявленных факторов качества оказания педиатрической амбулаторной помощи будут учтены при разработке направлений оптимизации медицинской помощи данному контингенту.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ: ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММАМ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мусин Н.М., Радченко О.Р.

Кафедры общей гигиены

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Проблемам оценки состояния здоровья обучающихся медицинских вузов и колледжей в связи с особенностями обучения посвящено много исследовательских работ, в которых рассматриваются особенности влияния условий обучения и организации учебного процесса на состояние соматического, физического, психического и репродуктивного здоровья. Однако, в доступных источниках нам не удалось обнаружить ссылки на проведенные исследования, посвященные комплексному динамическому изучению влияния факторов риска на соматическое здоровье обучающихся в медицинских колледжах.

В связи с этим, целью работы явилось изучение динамики показателей, характеризующих соматическое здоровье обучающихся медико-фармацевтического колледжа Казанского государственного медицинского университета и выявление факторов риска.

Для реализации поставленной цели нами с 2012 года проводится мониторинг показателей соматического здоровья обучающихся медико-фармацевтического колледжа Казанского ГМУ, которые проходят профилактические медицинские осмотры на базе центра здоровья ГАУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Ежегодный профилактический медицинский осмотр включает в себя: измерение физического развития, исследование функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной систем; определение остроты зрения; экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови.

По согласованию с главным врачом, мы дополнили проведение профилактического осмотра 2 дополнительными этапами: заполнением обучающимся анкеты, состоящей из 22

вопросов, в которой оценивались факторы риска – образ жизни (количество времени, проведенное за компьютером или мобильным телефоном, режим дня – время отхода ко сну, продолжительность сна, правильность распределения времени труда и отдыха; кратность приёма пищи, распределение продуктов и блюд по отдельным приёмам пищи), а так же оценкой функционального состояния основных систем организма обучающихся проводилась путем определения адаптационного потенциала здоровья (по Р.М. Баевскому) и биологического возраста человека (методом В.П. Войтенко с определением субъективной оценки здоровья). Результаты были обработаны при помощи стандартных статистических методик.

Полученные результаты и обсуждение. При изучении показателей физического развития обучающихся, индекс массы тела у всех (как у юношей $21,38 \pm 2,71$, так и у девушек $21,29 \pm 2,21$) входит в категорию «норма».

Систолическое ($119,05 \pm 8,39$ мм.рт.ст) и диастолическое ($75,6 \pm 7,73$ мм.рт.ст) артериальное давление также находится в пределах нормы – превышений выявлено не было.

Наблюдается незначительное превышение средних значений холестерина ($5,35 \pm 0,55$ ммоль/л) и уровня глюкозы крови ($5,54 \pm 0,72$ ммоль/л), у обучающихся как 3, так и 4 курса в течении 2-х лет (2016 и 2017 гг.), однако в последующим данные показатели также были в пределах нормируемых значений.

Показатели остроты зрения до 2018 года имели тенденцию к ухудшению – миопия ежегодно прогрессировала в среднем у 38%-56% обучающихся. В 2019 году наметилось незначительное улучшение – мы связываем это с внедренными на базе колледжа профилактическими мероприятиями.

При анализе ответов обучающихся на вопросы об образе жизни было выявлено, что 69,15% респондентов не придерживаются рационального режима дня – у 30,85% опрошенных продолжительность сна составляет менее 6 часов, регулярно занимаются спортом только 6,38%.

При определении уровня адаптационного потенциала у обучающихся, он составил $2,45 \pm 0,17$ баллов, что свидетельствует об удовлетворительной адаптации обучающихся. Однако, при расчете биологического возраста, наблюдается явное опережение – он составил 25,24 лет (при календарном 18,12 лет), что требует углубленного изучения причин такого опережения.

ПРОФИЛАКТИКА АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Мухутдинова Г.М.

Кафедра профилактической медицины и экологии человека

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Здоровье человека — тема достаточно актуальная для всех времен и народов, а в XXI веке она становится первостепенной. Учитывая, что основу трудового и нравственного потенциала развития страны составляет подрастающее поколение, то проблема здоровьесбережения детей является значимой в масштабах государства. В этой связи Указом Президента Российской Федерации В.В.Путина (№ 240 от 29 мая 2017 г.) 2018–2027 годы объявлены Десятилетием детства, в рамках которого осуществляется формирование здорового поколения россиян, поддерживающего здоровый образ жизни.

Для сохранения и укрепления здоровья детей необходимо формирование правильного пищевого поведения обучающихся в образовательных организациях. Во время учебного процесса нервная система детей испытывает повышенную потребность в нейротропных витаминах (группы В), минеральных веществах (магний, железо, цинк, йод, селен, магний и др.), пищевых веществах (полиненасыщенные жирные кислоты, лецитин и др.), общей энергетической поддержке [1]

Питание играет огромную роль, как в профилактике, так и в возникновении большого числа заболеваний различных классов, а также лежит в основе или имеет существенное значение в возникновении, развитии и течении около 80 % всех известных патологических состояний. [3].

Так, по официальным данным Росстата и Татарстанстата, в 2021 г. имеет место тенденция к увеличению показателей на 1000 населения относительно 2010 г. впервые выявленных заболеваний, связанных с нарушением питания по РТ – увеличение на 9,3 % (среди детей 0-14 лет на 18,2 %), распространенность этих заболеваний увеличилась в целом по РТ на 35,3 % (среди детей 0-14 лет на 12,5 %). Необходимо отметить увеличение в 2021 г. показателей на 1000 населения по РТ относительно 2010 г. впервые выявленных новообразований среди детей 0-14 лет на 36,6 % и распространенности новообразований среди детей 0-14 лет на 40 %.

Развитие ряда НИЗ среди населения, в основном связано с потреблением пищевой продукции с низкими потребительскими свойствами, в том числе за счет сниженной пищевой ценности, дефицита микронутриентов [3]. Большинство НИЗ и алиментарно-зависимых заболеваний относятся к управляемым патологиям [4].

Результаты последних широкомасштабных исследований элементного статуса населения России, в том числе РТ, указывают на неудовлетворительную обеспеченность эссенциальными микроэлементами, в частности селеном до 80% [5]. Также, имеет место недостаточное среднесуточное поступление селена с фактическим рационом питания у подростков [6].

Идея улучшения здоровья населения путем создания условий для рационального здорового питания, наконец, получила официальное признание во многих странах. Появляются концепции государственной политики в этой области. Начато и расширяется производство продуктов питания, обогащенных функциональными ингредиентами [7, 8].

Функциональные продукты отличаются от традиционных продуктов питания по составу и включают нутриенты (питательные вещества), способствующие восстановлению организма, его росту и укреплению здоровья в целом.

При этом следует отметить отсутствие доступности в торговой сети малых городов и районов пищевых продуктов, в том числе отечественного производства, для населения, обогащенных микроэлементами, в частности селеном, дефицит которых имеется среди населения РТ.

Заключение. С целью профилактики алиментарно-зависимых заболеваний среди подрастающего поколения необходимо разрабатывать и внедрять региональные программы по улучшению здоровья детей путем коррекции рациона питания посредством массовой фортификации обогащенных пищевых продуктов, дефицит которых имеет место.

Список литературы.

1. Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Захарова И.Н., Макарова С.Г., Маслова О.И. Синдром высоких учебных нагрузок у детей школьного и подросткового возраста. *Педиатр. фармакология*. 2017; 1(14):7-23.
2. Alwan, Ala. *The World Report on Noncommunicable Diseases/ Ala Alwan // WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. – 2013. – Geneva. – 161 с.
3. Попова, А.Ю. О новых (2021) Нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации / А.Ю. Попова, В.А. Тутельян, Д.Б. Никитюк // *Вопросы питания*. – 2021. – Том 90. - № 4. – С. 6–19.
4. Алиментарно-зависимые заболевания // Сайт *mossanexpert.ru* [Электронный ресурс]. 2022. Режим доступа: http://www.mossanexpert.ru/view_info.php?id=54. Дата доступа 19.12.22.

5. Афтанас Л. И. и др. *Элементный статус населения России. Часть 4. Элементный статус населения Приволжского и Уральского федеральных округов.* СПб.: Медкнига «ЭЛБИ-СПб», 2013.
6. Мухутдинова Г.М., Гомзина Е.Г., Имамов А.А., Карпова М.В. *Распространённость метаболических нарушений на фоне содержания селена в организме у школьников 13–14 лет.* Санитарный врач. 2022;8:561–573. DOI: 10.33920/med-08-2208-04.
7. Jan Alexander, Alexey Tinkov, et al. *Early Nutritional Interventions with Zinc, Selenium and Vitamin D for Raising Anti-Viral Resistance. Against Progressive COVID-19.* Nutrients 2020, 12, 2358; doi:10.3390/nu12082358.
8. Пилат Т.Л., Белых О.А., Волкова Л.Ю. *Функциональные продукты питания: своевременная необходимость или общее заблуждение?// Пищевая промышленность.* 2013; 2: 71-73.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ

Низамова Д.И., Тухбатуллина Д.Т.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Мигрень – это распространенный острый и рецидивирующий головной синдром у детей. Оно характеризуется тяжелыми периодическими эпизодами головной боли, часто сопровождающимися тошнотой, рвотой, фотофобией и фонофобией, нарушением сна. Периодические головные боли наблюдаются у каждого второго ребенка. В настоящее время не существует терапии, которая может привести к полному исчезновению приступов, однако, доступная диагностика на ранних проявлениях, подбор профилактического лечения могут привести к благоприятным прогнозом мигрени в детском возрасте.

Цель. Изучить мировые клинические рекомендации по лечению мигрени у детей и на их основе составить универсальные, последовательные алгоритмы профилактического лечения.

Материалы. Для анализа и сбора данных использованы статьи из Medscape, UpToDate и всемирные клинические рекомендации.

Результаты. Лечение мигрени состоит из общих мер образа жизни, острого лечения и профилактического лечения. Индивидуальному пациенту могут понадобиться все три подхода. [1-3]. Хотя нет строгих определений точной частоты или продолжительности головных болей от мигрени, которые могли бы вызвать профилактическую терапию, любой ребенок с относительно частыми, длительными или инвалидизирующими головными болями,

которые плохо реагируют на острое лечение, является кандидатом на профилактическую терапию. Выбор терапии основывается на мерах образа жизни. Меры образа жизни могут быть наиболее важным аспектом борьбы с мигренью. Обучение ребенка и семьи или опекуна о головной боли от мигрени является важным аспектом ухода. Практика здорового сна важна для детей и подростков. Получение достаточного сна наряду с поддержанием относительно постоянного времени сна и пробуждения в будние и выходные дни особенно важны [4]. Нарушения сна, такие как бессонница, храп или частое пробуждение, могут ухудшить частоту головной боли. Все дети и подростки с мигренью должны получать просвещение пациентов и консультации по мерам образа жизни, которые могут быть полезны для предотвращения приступов. К ним относятся хорошая гигиена сна, регулярные физические упражнения, рутинные графики приема пищи, адекватное потребление жидкости и лечение триггеров мигрени. Практика здорового сна для детей должна включать в себя следующее: 1. Иметь установленную рутину перед сном родителей и сном для ребенка. 2. Время сна и пробуждения должно быть примерно одинаково в школьные и нешкольные ночи. Разница не должна быть более часа от одного дня к другому. 3. Час перед сном должен разделить тихое время. Необходимо избегать энергичных занятий, таких как грубая игра, и стимулирующих действий, таких как просмотр телевизора или компьютерные игры, непосредственно перед сном. 4. Ребенок не должен спать голодным. Легкая закуска перед сном будут благотворно сказываться на нем. Однако тяжелое питание в течение часа или двух часов перед сном может помешать сну. 5. Избегать продуктов, содержащих кофеин. 6. Убедитесь, что ребенок проводит время на улице (для воздействия естественного света) каждый день, когда это возможно, и участвует в регулярных физических упражнениях. 7. Держать спальню ребенка тихой и темной. Низкий уровень ночного света приемлем для детей, которые находят совершенно темные комнаты пугающими. 8. Держать спальню ребенка при комфортной температуре в течение ночи (примерно 65 ° F). 9. Избегать использования электронных мультимедийных устройств (телевидений, ноутбуков, смартфонов) не менее чем за 1 час до сна и держать эти устройства подальше от спальни. У детей может легко развиться плохая привычка пользоваться социальными сетями после сна или "нужно" телевизор, чтобы заснуть. Гораздо сложнее управлять электронными носителями ребенка, если устройства находятся в спальне. 10. Не использовать спальню ребенка для тайм-аута или наказания. [5]

Выводы. Да данный момент не существует методов полного излечения от мигрени. Тем не менее, у большинства детей с мигренью, с возрастом приступы становятся реже. Своевременная диагностика, правильно подобранная тактика профилактического лечения благотворно сказываются на самочувствии и имеют положительную динамику у пациентов с мигренью в детском возрасте.

Список литературы.

1. *Koechlin H, Kossowsky J, Lam TL, et al. Nonpharmacological Interventions for Pediatric Migraine: A Network Meta-analysis. Pediatrics 2021; 147 p.;*
2. *Orr SL, Kabbouche MA, O'Brien HL, et al. Paediatric migraine: evidence-based management and future directions. Nat Rev Neurol 2018; 14:515.*
3. *Oskoui M, Pringsheim T, Billingshurst L, et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology 2019; 93:500*
4. *Gelfand AA. Pediatric and Adolescent Headache. Continuum (Minneap Minn) 2018; 24:1108*
5. *Mindell J, Owens J. Sleep Hygiene: Healthy Sleep Habits for Children and Adolescents. In: A Clinical Guide to Pediatric Sleep, 2nd ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009.*

**ПРОФИЛАКТИКА ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ У ПОДРОСТКОВ ЮНОШЕЙ**

Пенин Д.О., Горбунов М.А.

Кафедра теории и методики лёгкой атлетики и гребных видов спорта.

ФГБОУ ВО Поволжский ПГУФКСиТ

По всему миру наблюдается тенденция к повышенному артериальному давлению у подростков. Прежде всего данная тенденция связана с колоссальными изменениями в организме молодых людей. Серьёзные гормональные сдвиги и повышение уровня секреции гормонов гипофиза являются одной из причин повышения артериального давления. Таким образом чуть ли не каждый третий подросток имеет предрасположенность к гипертонии. В связи с этим мы предлагаем внедрение контрастного душа в повседневную жизнь подростков.

Цель исследования: установление закономерности влияния контрастного душа на артериальное давление, частоту сердечных сокращений, адаптационный потенциал и включение в повседневную жизнь подростков с вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу и юношей без заболеваний в возрасте от 16 до 19 лет.

Методы организации исследования: В ходе эксперимента участники принимали контрастный душ, каждый день на протяжении двух недель. Перед началом эксперимента, в конце первой и второй недели был проведён замер артериального давления с помощью тонометра, а также замер частоты сердечных сокращений с использованием нагрудного пульсометра Coospo.

Кроме того был проведён расчёт адаптационного потенциала по формуле:

$$AP_{\text{(адаптационный потенциал)}} = 0,11ЧСС + 0,014АД_{\text{(Систолическое)}} + 0,008АД_{\text{(Диастолическое)}} + 0,014В_{\text{(Возраст)}} + 0,009М_{\text{(Масса тела)}}$$

Результаты исследования и их обсуждение: В ходе эксперимента было установлено что давление действительно имело место нормализоваться у людей с гипертонией, в то время как люди с гипотонией существенных изменений не показали. Группа с гипертонией перед началом исследования в среднем имела результат в 87/135. Стоит отметить, что некоторые из испытуемые имели повышенное верхнее, а некоторые нижнее артериальное давление. В конце первой недели изменения показателей не наблюдалось. Однако к концу второй недели было замечено уменьшение АД в среднем на 6 ед. Кроме АД в ходе исследования мы проводили замер ЧСС в конце рабочего дня. Изменения особенно коснулись группы с гипертонией. Таким образом в конце исследования, мы наблюдали незначительное уменьшение ЧСС в среднем на 4 удара. Мы рекомендуем включение контрастного душа преимущественно в утренние часы, так как пик секреции тестостерона у молодых людей [1] и как следствие повышение давления наблюдается в утренние часы [2].

Далее с помощью расчёта, мы выяснили что средний уровень адаптационного потенциала у людей с гипертонией повысился с (39,754) до начала эксперимента, до (38,706) после истечения эксперимента. Изменения в группе с нормальным давлением или же гипотонией были незначительны.

Заключение: В заключении можно сказать о положительном влиянии контрастного душа на общее состояние людей с вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу у подростков юношей, а также увеличении адаптационного потенциала в обеих группах.

Список литературы:

1. R. Leproult, E. Van Cauter: *Effect of 1 week of sleep restriction on testosterone levels in young healthy men. In: Journal of the American Medical Association. (JAMA.) Band 30, Nr. 21, 2011, S. 2173*
2. Wenyi Zhang, Katarzyna Piotrowska, Bahman Chavoshan, Jeanne Wallace, Peter Y. Liu: *Sleep Duration Is Associated With Testis Size in Healthy Young Men. In: Journal of clinical sleep medicine.*

ЗДОРОВЬЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ

Сабитова М.М., Берхеева З.М.

Кафедра общей гигиены, кафедра профилактической медицины и экологии человека
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На сегодняшний день значительное число людей в той или иной степени ограничены в выборе профессии из-за отклонений в состоянии здоровья, чем обусловлена актуальность проведения медицинской врачебной профессиональной консультации (ВПК) при профессиональной ориентации. Профессиональное самоопределение человека начинается с детства [1, 2, 3].

Цель: раскрыть значение ВПК при профориентационных работах среди детей и подростков.

ВПК имеет целью объективную оценку состояния здоровья человека, соответствие здоровья требованиям того типа профессий, который он избирает, вынесение заключения о возможности его профессионального обучения и трудоустройства, имеющих противопоказаний к ним, определение показанных и противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса.

ВПК – это консультация врачом школьников различных групп здоровья: здоровых, из групп риска и с отклонениями в состоянии здоровья с целью выбора учебного заведения и будущей профессии, максимально соответствующей состоянию их физического и психического здоровья [2]. При этом учитывается успеваемость ребенка в школе, склонность его к той или иной профессии, прогнозируется влияние производственно - профессиональных факторов на возникновение и течение патологического процесса, а также возможность освоения им рекомендованной профессии при наличии имеющихся отклонений в состоянии здоровья. Одним из условий полноценного осуществления ВПК является хорошее знание характера и условий труда, их влияния на организм. Данные сведения содержатся в профессиограммах.

ВПК включает врачебный профессиональный отбор (медицинское заключение о возможности выполнения конкретной профессии) и врачебную профессиональную ориентацию (рекомендации ребенку, имеющему отклонения в состоянии здоровья, в отношении ряда профессий, которые максимально соответствуют его состоянию здоровья [2, 4].

Врачебный профилактический осмотр детей 11-12 лет предполагает обязательное ВПК, в связи с возможной динамикой заболевания, формированием или изменением склонности

подростка к той или иной профессии, а также необходимостью выбора конкретной специальности повторная профессиональная консультация проводится в 9 и 11 классах.

Заключение. Каждая профессия подразумевает наличие определенных персональных качеств, например, скрупулезности, сосредоточенности, быстрой реакции, умения принимать решения и действовать оперативно в сложных ситуациях и т.д. Все это необходимо учитывать при профессиональном самоопределении. В реализации комплексной проблемы профессиональной ориентации должны участвовать специалисты разного профиля (профконсультанты, психофизиологи (физиологи труда), психологи, педагоги, специалисты по социальной работе) и врачи.

Список литературы:

1. Меренков А. В. Профессиональное самоопределение выпускников школ в современных условиях / А. В. Меренков, Ю. В. Мокерова, О. Г. Смирнова // Известия Уральского федерального университета. Сер. 3, Общественные науки. — 2015. — № 2 (140). — С. 107-117.
2. Профессиональная ориентация и трудовая адаптация: электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Профессиональная ориентация и трудовая адаптация» для специальности 1-86 01 01 «Социальная работа» / Л. П. Васильева. — Минск: БГУ, 2018. — 148 с.
3. Толочек, В. А. Психология труда: учеб. пособие. 2-е изд., доп./ В.А. Толочек. — СПб.: Питер, 2017. — 480 с.
4. Сухарева Л.М. Профессиональная ориентация молодежи: медицинский и психофизиологический аспекты / Л.М. Сухарева, К.Э. Павлович, И.К. Рапопорт, Е.И. Шубочкина // Гигиена и санитария. 2000. - №1. - С. 48-52.

СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ.

Суворова Е.В.¹, Выговская Л.Е.²

¹Общество с ограниченной ответственностью «ГК Парма Капитал», г.Пермь.

² Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА-филиала ФГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, г.Казань

Врожденная патология тазобедренных суставов занимает одно из первых мест среди врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей.

Предлагаемые стандартные методы консервативного лечения имеют как положительный, так и побочные действия, вследствие чего особенно важно найти

оптимальный подход к консервативному лечению заболевания. Проанализировав соматические дисфункции при дисплазии тазобедренных суставов можем выявить ведущие и планировать тактику остеопатического лечения.

Цель исследования: Изучить остеопатический статус детей первого полугодия жизни с диагнозом дисплазия тазобедренных суставов.

Материалы и методы: В исследовании включено 32 ребенка в возрасте от 1 до 6 месяцев с диагнозом Дисплазия тазобедренных суставов наблюдавшихся в период с 2014 по 2022 год на базе ГБУЗ ПК ГДП №4 г.Перми. В исследование включены дети по следующим критериям: возраст от 1 месяца до 6 месяцев с диагнозом «Дисплазия тазобедренного сустава» (код МКБ-10; Q 65.8), критерии исключения: недоношенность, возраст младше 1 месяца и старше 6 месяцев, вывих тазобедренного сустава. За основу исследования взяты анамнез ребенка, остеопатический осмотр, ортопедическое обследование, инструментальные методы (УЗИ тазобедренных суставов, рентгенологическое исследование), статистическая обработка данных.

Анализируя анамнез детей с дисплазией тазобедренных суставов основными ведущими факторами риска является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери, кесарево сечение, угроза невынашивания, нарушение предлежания плода (поперечное, тазовое), наследственность (диспластический синдром, ВБНК, наличие дисплазии у матери).

При ортопедическом обследовании клиническими проявлениями дисплазии тазобедренных суставов: ограничение отведения бедер (87%), симптом «соскальзывания» (17%), асимметрия тонуса мышц нижних конечностей (100%), асимметрия кожных складок (100%), а так же сочетание нескольких симптомов (100%).

При остеопатическом обследовании ведущей региональной дисфункции является ТМО: изолированная (30%), в сочетании с другими регионами (40%). Ведущими локальными соматическими дисфункциями: С0-С1 (60%), задняя ротация подвздошных костей (56%), затылочно-сосцевидного шва (52%).

Результаты: При проведении исследования соматических дисфункции при дисплазии тазобедренных суставов выяснилось: ведущими соматическими дисфункциями преобладают – регион ТМО, локально С1-С0, задняя ротация подвздошной кости, затылочно-сосцевидного шва. При анализе влияния факторов риска на соматические дисфункции выявлено относительно высокое влияние в анте- и интранатальном периоде: кесарева сечения, угрозы невынашивания, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери; среднее – нарушения предлежания плода; незначительное – наследственности.

Выводы:

1. При проведении исследования соматических дисфункций при дисплазии тазобедренных суставов выяснилось: ведущими соматическими дисфункциями преобладают – регион ТМО, локально С1-С0, задняя ротация подвздошной кости, затылочно-сосцевидного шва.
2. При анализе влияния факторов риска на соматические дисфункции выявлено относительно высокое влияние в анте- и интранатальном периоде: кесарева сечения, угрозы невынашивания, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери; среднее – нарушения предлежания плода; незначительное – наследственности.

ОЦЕНКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТОП У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Сулейманова Д.М. Файзрахманова Г.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Развитие новых технологий, повышение комфорта и упрощение выполнения повседневных дел привела к малоподвижному образу жизни населения. Дети наиболее подвержены к его негативному влиянию, в связи с этим возросло количество патологий опорно-двигательного аппарата. Одними из самых распространенных ортопедических заболеваний среди детей и поводом для обращения к детскому ортопеду являются патологии стопы [4].

Плоскостопие может приводить к снижению качества жизни, развитию более тяжелых заболеваний опорно-двигательного аппарата в более старшем возрасте: дорсопатиям, патологиям коленных и тазобедренных суставов. Распространенность плоскостопия среди детей, по данным литературы, колеблется от 0,6 до 77,9 % [1-3].

Профилактика и раннее выявление патологий опорно-двигательной системы одно из приоритетных направлений для здоровьесбережения детей школьного возраста. В настоящее время нет достаточного количества актуальных работ по изучению морфо-функциональных характеристик стопы у детей.

Исследование выполнялось в рамках реализации приоритетного направления Программы развития ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России «Приоритет-2030» СП-3 П-3 «Здоровьесбережение как инновационный продукт», в соответствии с договором № 1/22-5 от 14 июля 2022 г. «Разработка научно-обоснованных здоровьесберегающих мероприятий,

основанных на системном подходе к гармоничному развитию и укреплению здоровья детей и подростков в условиях общеобразовательных организаций».

Цель: Выявление ранних признаков патологии опорно-двигательного аппарата у детей, актуализация данных и статистики по пораженности заболеваниями опорно-двигательного аппарата среди детей школьного возраста.

Задачи:

1. Методом плантографического сканирования без нагрузки оценить морфофункциональные данные стопы у детей обоего пола школьного возраста.
2. Провести анализ полученных результатов с помощью диагностической программы Footscanner.
3. Выявить закономерность развития патологии опорно-двигательной системы.
4. Разработать методические рекомендации для профилактики развития патологий опорно-двигательного аппарата у детей.
5. Разработать алгоритм маршрутизации пациентов для получения квалифицированной помощи.

Материалы и методы. Набор группы исследования проводился в школах г. Казани среди обучающихся 5-6. Осмотр детей выполнялся с помощью Компьютерного плантографического комплекса КПГ-01. Обработка и анализ полученных данных осуществлялся с использованием диагностической программы Footscanner. В ходе исследования было осмотрено 110 детей в возрасте 11-12 лет, из них 54 девочки и 56 мальчиков.

Результаты. В ходе изучения морфофункциональных характеристик стопы, и анализа первых результатов, нами было выявлено, что суммарная площадь обеих стоп не имеет значимой разницы в зависимости от пола ребенка, так показатели левой стопы составили: в общей группе 59.255 ± 15.949 , у мальчиков 60.042 ± 14.985 , у девочек 58.659 ± 16.881 , правой стопы: в общей группе 58.858 ± 16.809 , у мальчиков 59.372 ± 12.402 , у девочек 58.507 ± 19.963 .

Разница результатов суммарной длины стоп у мальчиков и девочек, как и площадь, не существенна, показатели левой стопы составили (в мм): в общей группе 224.6726 ± 13.627 , у мальчиков 228.15 ± 15.583 , у девочек 220.87 ± 9.9243 , правой стопы: в общей группе 225.16 ± 13.597 , у мальчиков 228.88 ± 15.226 у девочек 220.75 ± 9.8099 . Достоверность отличий >0.05 .

Согласно, полученным в ходе изучения, данным, доля пациентов с патологиями стопы в общей группе составила 47,3% (52 человека из 110), среди патологий самой распространенной является полая стопа - 30% (33 из 110), равные значения у стопы с

пониженным сводом и плоскостопия 1 степени - по 5,5% (6 из 110), доля пациентов с плоскостопием 3 степени - 4,5% (5 из 110), плоскостопие 2 степени - 1.8% (2 из 110).

При сравнении групп обоих полов было выявлено, что в группе мальчиков доля патологии выше - 53,6% (30 человек из 56), чем в группе девочек - 38,9%. (21 человек из 54).

Пациенты, с выявленной патологией стоп, получают на руки индивидуальный отчёт об осмотре, направляются к травматологу ортопеду, где получают необходимое лечение. По прошествии года, проводится повторное исследование, в ходе которого выявляется эффективность принятых мер.

Выводы:

1. Анатомические характеристики стопы, такие как длина и площадь стопы, не имеют значимой разницы в зависимости от пола ребенка.
2. Согласно нашим данным, доля пациентов с патологиями стопы в общей группе составила 47.3 % (52 человека из 110).
3. Мальчики более подвержены развитию патологии стопы (53,6%, 30 человек), в отличие от девочек (38.9%, 21 человек).
4. Методические рекомендации для профилактики развития патологий опорно-двигательного аппарата у детей находятся в стадии разработки.
5. Разработан алгоритм маршрутизации пациентов для получения квалифицированной помощи.

Список литературы:

1. Banwell HA, Paris ME, Mackintosh S, Williams CM. Paediatric flexible flat foot: how are we measuring it and are we getting it right? A systematic review. *J Foot Ankle Res.* 2018;11:21. <https://doi.org/10.1186/s13047-018-0264-3>.
2. Didia BC, Omu ET, Obuoforibo AA. The use of footprint contact index ii for classification of flat feet in a Nigerian population. *Foot Ankle.* 2016;7(5):285-289. <https://doi.org/10.1177/107110078700700504>.
3. Gould N, Moreland M, Alvarez R, et al. Development of the child's arch. *Foot Ankle.* 2016;9(5):241-245. <https://doi.org/10.1177/107110078900900506>.
4. Кенис В.М., Лапкин Ю.А., Хусаинов Р.Х., Сапоговский А.В. Мобильное плоскостопие у детей (обзор литературы) // *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста.* – 2014. – Т. 2. – № 2. – С. 44–54. [Kenis VM, Lapkin YA, Khusainov RKh, Sapogovskiy AV. Mobil'noe ploskostopie u detey (obzor literatury). *Pediatric traumatology, orthopaedics and reconstructive surgery.* 2014;2(2):44-54. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/ptors2244-54>.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Тимерханова А.К., Шайхразиева Н.Д.

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии
ФГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, г.Казань

В Республике Татарстан все мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции регламентируются Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020 года № 3468-р¹ и Плана мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.10.2021 № 2933-р, а также рабочими республиканскими планами и программами.

В республике последние 6 лет наблюдается стабильная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, в 2016-2021 годах отмечался темп убыли от 5,3% до 3,1% соответственно (РФ 2021 темп убыли 0,8%). С ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан проживает 0,4% населения (РФ - 0,8%).

Республика Татарстан относится к регионам со средним уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, что в 2 раза меньше среднероссийского показателя (РТ-385,2 на 100 тыс. нас., РФ 2021 год - 774,5). На 25.11.2022 состоит на учете 14 969 ВИЧ-инфицированных, из них 144 детей.

За 11 месяцев 2022 года показатель заболеваемости ВИЧ-инфекции выросла на 4,9% и составил - 21,4 на 100 тыс. населения (11 мес. 2021 - 20,4) (абс. числа – 11 мес. 2022 - 830 чел., 11 мес. 2021 - 793 чел.). В текущем году в республику прибыли 309 ВИЧ-инфицированных из других регионов РФ, что на 28% больше аналогичного периода 2021г. (242 чел.).

Заражение ВИЧ-инфекцией, как и в предыдущие годы происходит преимущественно половым путем, который занимает доминирующие позиции на территории республики в течение последних 11 лет. В текущем году на его долю приходится 83,7% (11 мес. 2021 - 75,4%; РФ 2021 - 70,8%) (абс. числа – 11 мес. 2022 - 695 чел., 11 мес. 2021 - 599 чел.), 96,4% инфицируются при гетеросексуальных контактах (670 чел.).

В структуре путей передачи ВИЧ доля внутривенного пути заражения продолжает снижаться и составляет по республике 15,4% (11 мес. 2021 - 23,6%; РФ 2021 - 27,8%) (абс. числа - 11 мес. 2022 - 128 чел., 11 мес. 2021 - 187 чел.).

Последние 6 лет возраст 30-50 лет остается наиболее вовлеченным в эпидемический процесс, за истекший период инфицирование в этой группе составило 71,7% (595 чел.)(11 мес. 2021 - 72,5%, 575 чел.) от вновь выявленных ВИЧ-инфицированных.

Основным инструментом в сдерживании роста ВИЧ-инфекции является проведение широкомасштабных профилактических мероприятий и оказание медицинской помощи с назначением антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным.

Повышение уровня информированности молодежи, в том числе учащихся школ, ССУЗов, ВУЗов, о факторах риска заражения ВИЧ и формирование здоровьесберегающего поведения - одно из направлений деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции.

Профилактическая работа, направленная на информирование молодежи об опасности ВИЧ-инфицирования и формирования более безопасных форм поведения для обеспечения снижения степени риска заражения осуществляется во взаимодействии с различными министерствами, ведомствами, учреждениями и организациями, при сотрудничестве со средствами массовой информации.

По итогам 11 месяцев 2022 года уровень информированности населения в возрасте 18-49 лет по вопросам ВИЧ-инфекции по данным социологического скрининга составил – 93,3%.

Мониторинг профилактической работы среди молодежи показал, что каждый четвертый молодой человек охвачен актуальной информацией по вопросу профилактики ВИЧ-инфекции.

Особенность профилактической работы по ВИЧ-инфекции среди молодежи – это использование актуальных для молодого поколения форм с применением коммуникационных IT-технологий, социальных сетей. Нейронные сети в медицине сейчас играют огромную роль, буквально с каждым месяцем приводя к прогрессу и революциям в самых разных её областях. В настоящее время молодежь активно занимается интернет-серфингом для повышения информированности по вопросам безопасного поведения. Благодаря заинтересованности и озабоченности молодежи в вопросах безопасности собственного здоровья, искусственный интеллект помогает найти нужную и актуальную информацию по профилактике различных заболеваний, в том числе информацию по профилактике ВИЧ-инфекции.

Список литературы:

1 Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020 года № 3468-р). Официальный текст: Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов <https://docs.cntd.ru/document/573200412>

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Федорова О.К.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Физическое развитие у школьников самая многоизучаемая проблема в гигиене детей и подростков на сегодняшний день. Исследования в этом направлении показывают, что уровень физического развития у школьников существенно отличается от принятых возрастных стандартов. [1,2] На фоне изменившихся за последние годы экологических условий и ухудшения состояния здоровья детей, ярко выражаются негативные сдвиги в физическом развитии не только у городских школьников, но и у школьников сельской местности. [3]. Наибольший интерес к изучению, с научной точки зрения, представляют подростки 14-17 лет. В этом возрасте у детей заканчивается созревание организма: у девочек расширяются кости таза и замедляется рост, у мальчиков начинают развиваться спинные грудные мышцы, ускоряется рост [4].

Актуальность проведения исследования физического развития отражена в Постановлении Правительства РФ №916 от 29.12.2001г. «О проведении мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи» [5].

Измерение антропометрических составляющих проводилось согласно клиническим рекомендациям по оценке физического развития детей школьного возраста сельских районов [6]. Составной частью осмотра подростков были измерения антропометрических показателей, а именно: рост и вес у учеников 8-10 класса. Оценка физического развития школьников проводилась в соответствии с методом, рекомендованным Научным Центром здоровья детей и подростков [7]. Индекс массы тела каждого подростка сравнивался с показателями, принятыми Всемирной Организацией Здравоохранения [8].

Результаты исследования показали, что более половины подростков в возрасте 14-17 лет имеют отклонения в физическом развитии, выражающиеся в несоответствии антропометрических показателей. Распространенность отклонения физического развития у подростков за счет дефицита массы тела превышает число случаев за счет избытка массы тела в 4 раза.

Для определения связи дефицита массы тела проведен анализ 14-дневного меню питания. По справочным материалам [9] блюда, включенные меню, были распределены по белкам, жирам, углеводам и энергетической ценности. В результате подсчетов, в среднем за день по калорийности на обед и полдник приходится примерно 850 ккал, что не соответствует

требованиям по рациональному распределению энергетической ценности по отдельным приемам пищи для обучающихся возрастной группы 11-17 лет [10] и свидетельствует о недостаточном питании подростков [11].

Выявленные отклонения в состоянии здоровья детей, несоблюдение требований к организации питания в части энергетической ценности подтверждают важность проведения работы по выполнению Поручения Президента Российской Федерации В.В.Путина из Послания Федеральному Собранию по организации здорового питания школьников [12], а также реализации мероприятий федерального проекта «Укрепление общественного здоровья», входящего в состав национального проекта «Демография», в части реализации мероприятий по формированию среды, способствующей повышению информированности граждан об основных принципах здорового питания [13].

Список литературы:

1. Березин И.И., Гаврюшин М.Ю. *Современные тенденции физического развития школьников г.Самары / Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья, №2-2016. - С. 17-23.*
2. Мальцев С.В., Зарипова Р.Т., Заболотная Л.Н. *Показатели физического развития и белково-энергетического статуса у здоровых подростков и при дефиците массы тела в Республике Татарстан / Российский вестник перинатологии и педиатрии, №6-2009. - С. 92-97.*
3. Назарова, Л.В. *Динамика физического развития сельских школьников, проживающих на территориях с разной степенью выраженности йодного дефицита: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.01 / Назарова Любовь Владимировна; [Место защиты: Нижегород. гос. мед. акад.]. - Нижний Новгород, 2010. - 24 с. Гигиена*
4. Савченков Ю.И. *Возрастная физиология (физиологические особенности детей и подростков). Учебное пособие для студентов пед.вузов / Савченков Ю.И., Солдатова О.Г., Шилов С.Н.-М.: Гуманитарный изд.центр ВЛАДОС, 2014. -143 с.*
5. *Постановление Правительства РФ №916 от 29.12.2001 г. «О проведении мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи», [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12125274/> (дата обращения 15.04.2022 г.).*
6. Мингазова Э.М., Сабурская Т.В. *Клинические рекомендации по оценке физического развития детей школьного возраста (от 7 до 17 лет) сельских районов Республики Татарстан [Текст]: методическое пособие / [Э.Н. Мингазова, Т. В. Сабурская]; М-во здравоохранения Российской Федерации, М-во здравоохранения Респ. Татарстан, Казанский гос. мед. ун-т. - Казань: Центр инновационных технологий, 2013. - 168 с.*

7. *Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Ф50. Сб. Материалов (выпуск VI). Под ред. акад. РАН и РАМН А.А. Баранова, член-корр. РАМН В.Р. Кучмы. М.: Издательство «ПедиатрЪ». 2013. — 192 с*
8. *Оценка физического развития детей и подростков [Текст]: методические рекомендации / [Российская ассоциация эндокринологов; авторы-составители: Петеркова В. А. и др.]. - Москва: [б. и.], 2017. — 96 с.*
9. *Скурихин И.М. Химический состав пищевых продуктов. Кн. 1: Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов. Под ред. проф., д-ра техн. наук И. М. Скурихина, проф., д-ра мед. наук М. Н. Волгарева — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ВО «Агропромиздат», 1987. — 224 с.*
10. *Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27 октября 2020 г. N 32 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения"", [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/> (дата обращения 15.04.2022г.).*
11. *Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации", [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/402816140/> (дата обращения 15.04.2022г.).*
12. *Паспорт национального проекта «Демография», [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/Z4OMjDgCaeohKWA0psub1Cekd3hwx2m.pdf> (дата обращения 15.04.2022г.).*
13. *Послание Президента Федеральному Собранию [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/62582> (дата обращения 15.04.2022 г.).*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН С 2016 ПО 2021 ГОДЫ

Хисамутдинова Г.Н., Пяташина М.А., Сизова Е.П.

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)»

Заболеваемость сальмонеллезами остается одной из актуальных проблем как для здравоохранения Российской Федерации в целом, так и для Республики Татарстан в частности.

Регистрируются как спорадические случаи, так и эпидемические вспышки. Особую опасность сальмонеллез представляет для детей.

За 2016-2021 годы в Республике Татарстан зарегистрировано 66875 случаев кишечных инфекций, из них 6% приходится на долю сальмонеллезов. Среднемноголетняя заболеваемость сальмонеллезами в Республике Татарстан за анализируемый период составила 17,35 случаев на 100 тыс. населения, что ниже среднемноголетней заболеваемости за аналогичный период по Российской Федерации на 19,1%. В многолетней динамике имеется период эпидемического подъема (2018г.) и периоды, характеризующиеся выраженной тенденцией к снижению (2016-2017, 2019-2021гг.).

Максимальный удельный вес ежегодно занимает заболеваемость, вызванная сальмонеллами группы D, на втором месте – группы С, минимальная доля – группа В. Среди всего населения среднемноголетний показатель заболеваемости, обусловленной сальмонеллами группы D, составил 14,27 на 100 тыс. населения и варьировал от 19,9 на 100 тыс. населения в 2018 году до 10,4 в 2021.

Среднемноголетний уровень заболеваемости сальмонеллезом у детей до 14 лет составил 43,9 на 100 тыс. населения, что на 74,7% выше, чем у взрослых (11,11 на 100 тыс. населения), в том числе вызванная сальмонеллами группы D (36,9 на 100 тыс. населения) превышала показатели заболеваемости, обусловленной сальмонеллами группы С (2,93 на 100 тыс. населения), в 12,6 раза, сальмонеллами группы В (3,56 на 100 тыс. населения) – в 10,4 раза.

В структуре заболеваемости детей до 14 лет наибольший удельный вес приходится на детей от 3 до 6 лет и наблюдается тенденция к росту (от 33,1% в 2016 году до 43,1 в 2021 году).

Анализ внутригодовой динамики (с 2016 по 2021 гг.) позволил установить, что заболеваемость сальмонеллезами регистрируется на протяжении всего года, но закономерный рост отмечается преимущественно в теплое время (с июля по август).

В структуре путей передачи максимальный удельный вес занимает пищевой путь, который составил за анализируемый период от 89,2 в 2016 году до 91,7 в 2018 и 2021 годах. Так, в 2021 году из общего числа случаев с установленными путями передачи заболевания, связанные с употреблением салатов, составили – 37,5%, птицы и птицепродуктов, мяса и мясопродуктов, рыбы, яиц и яйцепродуктов, а также прочих - по 12,5%.

При анализе случаев возникновения сальмонеллезов установлено, что факторами передачи возбудителя были продукты питания животного происхождения (мясо и мясные продукты, птица и птицепродукты).

Вывод:

В результате анализа было установлено, что за 2016-2021 годы среднемноголетняя заболеваемость сальмонеллезом в Республике Татарстан ниже, чем по Российской Федерации. Среднемноголетний уровень заболеваемости сальмонеллезом у детей до 14 лет выше, чем у взрослых. Максимальный уровень заболеваемости сальмонеллезом во внутригодовой динамике отмечен в июле, августе.

Широкое распространение сальмонеллезом, тяжесть течения заболевания, возможность летальных исходов обуславливает необходимость постоянного эпидемиологического наблюдения за этой группой инфекций, поиска оптимальных путей профилактики.

МИКРОБИОТА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Чумарев Н.С.¹, Валиев Р.И.², Исаева Г.Ш.¹

¹Кафедра микробиологии имени академика В.М. Аристовского

²Кафедра общей гигиены

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Непосредственно после рождения ребенка, микробные сообщества кожи, кишечника, носоглотки и полости рта недифференцированы и представлены бактериальными видами, отражающими способ рождения: у детей, родившихся вагинально, преобладающими таксонами являются *Lactobacillus*, *Prevotella*, *Atopobium* и *Sneathia*, тогда как у детей, рожденных путем кесарева сечения, первоначально наблюдаются типичные обитатели кожи, такие как стафилококки. Давление окружающей среды, постоянно воздействующее на верхние дыхательные пути, а также различия в кислороде, рН, влажности, иммунологических факторах, питательных веществах и типе эпителиальных клеток, в конечном итоге формируют различные микросреды [1].

Согласно исследованиям, микробиота полости носа у детей, как правило, состоит из представителей рода *Actinobacteria* (*Corynebacterium* и *Propionibacterium spp.*) и *Firmicutes* (*Streptococcus* у детей и *Staphylococcus spp.* у взрослых) с низким содержанием анаэробов, принадлежащих к типу *Bacteroidetes*. Можно отметить о высоком содержании *Moraxellaceae* у детей. Хотя некоторые из ранних профилей исчезают в течение первых месяцев жизни, первоначальные характеристики профиля свидетельствуют о последовательном составе и стабильности микробиоты носоглотки. Род *Dolosigranulum*, который наблюдается в передней части носа и носоглотки как у детей, так и у взрослых, только недавно был идентифицирован как обычный комменсальный представитель верхних дыхательных путей [2].

На начальный состав микробиоты полости рта у детей, как и на другие ниши, в значительной степени влияют способ рождения и тип кормления, при этом более высокое содержание лактобацилл наблюдается у детей, находящихся на грудном вскармливании. Инициированный прорезыванием зубов, местный микробный состав демонстрирует увеличение *Bacteroidetes* (*Veillonellaceae* и *Prevotella* spp.) и уменьшение протеобактерий (*Moraxella* spp.) с возрастом, постепенно переходя к конфигурации микробиоты как у взрослых, отличающейся *Streptococcus* (предположительно *oralis/mitis/peroris*), *Veillonella*, *Selenomonas*, *Gemella*, *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Lactobacillus* и *Neisseria* spp. [3].

Недавнее исследование у детей показало, что состав микробиоты ротоглотки аналогичен составу, наблюдаемому у взрослых, с увеличением количества, в первую очередь, *Neisseria*, *Granulicatella*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacteriaceae* и некоторыми видами *Prevotella* spp. [4]. Что особенно интересно, ротоглотка известна тем, что заселена потенциально патогенными представителями *Streptococcus*, включая *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. agalactiae* и *S. dysgalactiae* подвид *Equisimilis*.

Список литературы:

1. Steenhuijsen P, Sanders EA, Bogaert D. The role of the local microbial ecosystem in respiratory health and disease. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2015 Aug 19;370(1675):20140294. doi: 10.1098/rstb.2014.0294. PMID: 26150660; PMCID: PMC4528492.
2. Man WH, de Steenhuijsen P, Bogaert D. The microbiota of the respiratory tract: gatekeeper to respiratory health. *Nat Rev Microbiol.* 2017 May;15(5):259-270. doi: 10.1038/nrmicro.2017.14. Epub 2017 Mar 20. PMID: 28316330; PMCID: PMC7097736.
3. Charlson ES, Bittinger K, Haas AR, Fitzgerald AS, Frank I, Yadav A, Bushman FD, Collman RG. Topographical continuity of bacterial populations in the healthy human respiratory tract. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011 Oct 15;184(8):957-63. doi: 10.1164/rccm.201104-0655OC. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21680950; PMCID: PMC3208663
4. Stearns JC, Davidson CJ, McKeon S, Whelan FJ, Fontes ME, Schryvers AB, Bowdish DM, Kellner JD, Surette MG. Culture and molecular-based profiles show shifts in bacterial communities of the upper respiratory tract that occur with age. *ISME J.* 2015 May;9(5):1246-59. doi: 10.1038/ismej.2014.250. Epub 2015 Jan 9. Erratum in: *ISME J.* 2015 May;9(5):1268. PMID: 25575312; PMCID: PMC4409167.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ

Шайхразиева Н.Д.^{1,2}, Сабаева Ф.Н.^{1,2}

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии

¹ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани,

²ФГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО»

Медицинский персонал родильных домов представляет собой группу профессионального риска по гемоконтактным инфекционным заболеваниям. При анализе особенностей возникновения аварийных ситуаций у медицинских работников родильного дома был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных учетной и отчетной документации родильного дома – акты аварийных ситуаций, журнал регистрации медицинских аварий – 5 шт., анкетные данные – 150 шт. и даны рекомендации по их профилактике.

Местом риска по возникновению аварийных ситуаций в родильном доме являются отделение анестезиологии и реанимации, отделение патологии беременности и родильное отделение [1,2,3].

Профессиональная структура пострадавших в аварийных ситуациях зависит от профиля отделений и осуществляемых в них медицинских манипуляций, стажа работы сотрудников. Временем риска возникновения уколов и порезов является период с 00.00 до 09.30. Причиной увеличения аварийных ситуаций в родильном доме в этот отрезок времени является вследствие усталости в результате большой оперативной активности и работы в ночное время [1,2,3].

Аварийные ситуации возникают у медицинского персонала, как при выполнении своих профессиональных обязанностей, так и при выполнении нерегламентированных функций, а также при неадекватном поведении пациентов.

Для снижения риска профессионального инфицирования сотрудников в нашем лечебном учреждении предложены следующие рекомендации:

- Применение безыгольных инъекторов, игл с тупыми концами.
- Применение медицинского инструментария с инженерной защитой от иглы.
- Использование для забора биологического материала закрытых систем (вакутейнеры).

– Применение специальных средств индивидуальной защиты (барьерные средства), в том числе перчаток повышенной прочности, комплектов стерильного разового белья, разовой хирургической одежды, двойных перчаток с индикацией прокола.

– Использование специальных контейнеров для сбора игл с иглосъемными устройствами.

В настоящее время в родильном доме идет внедрение комплекса профилактических мероприятий, за II полугодие 2022 года не зарегистрировано ни одного повреждения у медицинского персонала, что говорит об эффективности предложенных мероприятий.

Отсутствие лишь одного звена профилактики может сыграть роковую роль и стать причиной профессионального заражения медицинских работников [1,2,3].

С целью профилактики аварийных ситуаций и профессионального инфицирования проводят регулярное обучение медицинского персонала. Наибольшую эффективность имеют тренинги, деловые и учебно-ролевые игры, наглядные пособия.

Список литературы.

1. Готов Ю.П. О профилактике профессионального инфицирования медицинских работников гемоконтактными инфекциями. *Казанский медицинский журнал.* 2012. Т. 93. № 2. С. 348-351.

2. Гаврилова Р.В. Профессиональное заражение медицинских работников вирусными гепатитами: проблемы диагностики. *Медиаль №1(18) апрель 2016.* С.30.

3. Шепринский П.Е., Дубель Е.В. Профилактика профессионального заражения медицинского персонала гемоконтактными инфекциями» *Санэпидконтроль. Охрана труда.* №5. 2018 С.234-242.

Раздел

«МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В МЕДИЦИНЕ»

(тезисы студентов, магистров, ординаторов, аспирантов)

ОЦЕНКА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ УЧЕБНЫХ КАБИНЕТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ г.КАЗАНИ

Абдулладжанова Н.Р.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Каждый ребёнок с 7 до 18 лет значительную часть времени проводит в стенах школы. Школьный кабинет становится для ученика важным местом препровождения, а условия в нём влияют на растущий организм, определяют его дальнейшее здоровье.

Цель работы: оценить соответствие параметров учебных кабинетов гигиеническим требованиям и нормам, представленным в нормативных документах (СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»; СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»; СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»).

Санитарно-гигиеническая оценка состояния учебных кабинетов в Полилингвальной школе ГАОУ «Адымнар-Казань» (ул.Бондаренко, д.32): кабинеты №6 и №11 находятся на втором и третьем этажах здания школы; внутренняя отделка стен выполнена в соответствии с гигиеническими требованиями; стены окрашены краской для внутренних работ – цвет окраски стен светло-серый; пол имеет покрытие паркетом, цвет светло-серый (покрытие пола не дает сильных бликов, позволяет легко производить влажную уборку помещения, также пол нескользкий, что предотвращает возникновение травм). Температура воздуха в учебных

помещениях и кабинетах должна составлять 18 – 24 °С. Измерения температуры в классе проходили в разных частях класса (по принципу «конверта»): у окна класса, в среднем ряду, у дальней стены от окна. Оценка теплового режима показала, что температура в кабинете соответствует рекомендуемым значениям.

Для определения соответствия мебели (рабочего стола и стула) антропометрическим показателям учеников класса, был измерен рост учащихся 8 класса и произведены замеры высоты столов и стульев (от пола до сидения). Сравнив полученные значения с санитарно-гигиеническими нормативами можно сделать вывод, что имеющаяся в классе мебель соответствует антропометрическим показателям учеников класса и имеет маркировку красного и зеленого цвета.

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Афлетонова Р.М., Борисова Л.О.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан)

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии

(научный руководитель - доцент Шайхразиева Н.Д.)

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Туберкулез – это широко распространенное в мире инфекционное заболевание, затрагивающее все слои общества и возрастные группы. По данным ВОЗ около трети населения земного шара инфицировано микобактериями туберкулеза (МБТ). Ведущий путь распространения туберкулёза - воздушно-капельный, основной источник-больной активной формой туберкулёза человек и животное.

Актуальность темы обусловлена высоким риском заболевания и тяжелого течения туберкулеза у детей раннего возраста в связи с их анатомо-физиологическими особенностями, тесным семейным туберкулезным контактом, сложностями в подборе лечения.

Заболеваемость детей туберкулезом считается важным прогностическим эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в регионе.

За 11 мес. 2022 г. в Республике Татарстан туберкулезом заболело 23 детей до 14 лет и 7 подростков с 15 до 18 лет. Случаи заболевания детей зарегистрированы в Агрызском, Алькеевском, Арском, Альметьевском, Высокогорском, Заинском, Зеленодольском, Кайбицком, Менделеевском, Мензелинском и Нижнекамском районах, в г. Казань и г. Набережные Челны. В сравнении с аналогичным периодом 2021 годом заболеваемость детей до

18 лет выросла на 9,8% (показатель заболеваемости в 2022г. - 3,6 на 100 тыс., в 2021 г. – 3,28 на 100 тыс. нас.). Основная доля заболевших-дети до 14 лет (77%), 15-18 лет (23%).

В Республике Татарстан остается 3688 детей, необследованных на туберкулез, из которых 24,0 % посещают детские сады и школы, сохраняя высокий риск распространения туберкулеза в детских организациях. Одной из причин значительного роста заболеваемости туберкулёзом среди детского населения является отказ от иммунодиагностики туберкулеза.

Рост отмечается и среди взрослого населения. За те же 11 месяцев зарегистрировано 895 случаев туберкулеза (показатель заболеваемости 24,13 на 100 тыс. населения), что на 8,1% выше аналогичного периода прошлого года (22,31 на 100 тыс. населения), когда было зафиксировано 744 случая. Из числа заболевших 302 человека выделяют микробактерии, что ниже аналогичного периода прошлого года на 6,2% (322 случая).

В заключение: в связи с повышением роста туберкулеза в 2022г. по сравнению с 2021г. необходимо усилить профилактическую работу с населением, направленную на раннее выявление туберкулеза.

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ: «КАКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИШАЕТ НАС АЛКОГОЛЬ?»

Ашрафзянов И.И., Кожухаренко Ю.В.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Часто в повседневной жизни мы слышим лозунги и призывы к отказу от употребления алкоголя. И для каждого это кажется очевидным, ведь любой из нас понимает, что пить – вредно и опасно для здоровья. Активно развивается пропаганда здорового образа жизни. Но введение рамок и правил без объяснения причин не дает желаемого результата. Поэтому нами был подготовлен лекционный материал, который мы представляли 29 ноября 2022 года на конкурсе «Лучший лекционный материал на тему «Трезвым быть модно!»» в ГАУЗ Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, т.к. считаем, что такие беседы должны проводиться среди подростков и молодежи для предотвращения употребления алкоголя.

Конечно, каждый в своей жизни хочет быть здоровым и счастливым. Получать удовольствие от каждого дня. И некоторые ошибочно считают, что алкоголь им помогает в этом. Ведь сразу после принятия спиртного человек чувствует расслабление, эйфорию,

радость и подъём сил, иными словами – кураж. Но это мнимое счастье, потому что проходит оно так же быстро, как появляется.

На самом деле из-за влияния на центральную нервную систему последствиями регулярного злоупотребления алкоголем становятся депрессия, апатия, галлюцинации и паранойя, что совсем не вписывается в концепцию «долго и счастливо».

Большинство людей мечтают когда-нибудь обзавестись семьёй и детьми. Безусловно, каждый родитель счастлив, когда счастливы и здоровы его дети. Но зачастую люди сами нехотя становятся причиной болезней и врожденных аномалий своих детей. Существует такое понятие как «пятничные дети». Так называют тех, кого зачали в состоянии алкогольного опьянения.

Часто такие дети рождаются с врождёнными аномалиями и пороками. Также алкоголь влияет на детородную функцию и у мужчин, и у женщин. Одними из последствий является импотенция и ранний климакс. Обычно браки, в которых злоупотребляют алкоголем, заканчиваются сильными ссорами и разводом.

Все профессии по-своему тяжелы, но есть некоторые, для которых особенно важны определенные качества. Например, невозможно представить врача без хорошей памяти или космонавта без хорошей координации и физической подготовки. Учителя – без терпения и выдержки или скульптора с тремором рук.

У людей, часто принимающих алкоголь, развивается очень много нарушений здоровья, мешающим им в повседневной жизни. Изменение поведения при употреблении спиртного: человек становится шумным, агрессивным; нарушение сердечной деятельности, развитие психических заболеваний; тремора, бреда; тяжелые нарушения в работе печени, сбои жизненно важных обменных процессов.

Любой человек трудится, чтобы добиться повышения по должности, увеличения заработной платы. Это естественные и правильные стимулы, которые могут в том числе увеличивать продуктивность на рабочем месте. Но что же случается с мечтами о карьерном росте, когда в жизни человека появляется алкоголь?

В соответствии со ст. 81 ТК РФ появление работника на работе в состоянии алкогольного опьянения является основанием для расторжения трудового договора по инициативе работодателя. И этому есть своё объяснение. По статистике, 45% производственных травм и несчастных случаев на производстве связаны с состоянием опьянения.

Для правильной работы организма необходимо держать себя в хорошей физической форме. Но тут не обойтись и без эстетического аспекта. Любому будет приятно иметь

подтянутое тело, здоровое лицо, волосы. Но, как мы все знаем, по одному взгляду на человека можно понять, злоупотребляет ли он алкоголем.

Внешний облик пьющего человека меняется до неузнаваемости. Кожа на самом деле в какой-то степени становится синей, безжизненной, дряхлой. Мышцы атрофируются, меняется осанка. Вечные мешки и синяки под глазами, хроническая усталость и это далеко не весь список изменений внешнего облика.

Одним из таких решений стало введение «Всемирного дня трезвости», который отмечают 11 сентября. В его рамках проводятся мероприятия, направленные на убеждение общества отказаться от «высокоградусных напитков» и других веществ «затмевающих разум».

Для молодых людей трезвость заключается не только в адекватном поведении без алкоголя, но и в мышлении. Только трезвый человек способен познавать мир во всех красках и принимать полезные для себя и общества решения.

АЛКОГОЛЬ И ОРГАНИЗМ: МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ (ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ)

Белгорова А.Р.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Профилактические беседы важно проводить и среди подростков, и среди молодежи для предотвращения употребления алкоголя, его ужасных последствий для того, чтобы учащиеся понимали, что алкоголь вреден в любых количествах и в любом виде, безвредных алкогольных напитков не бывает. Поэтому был подготовлен лекционный материал, который был представлен в ГАУЗ Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики 29 ноября 2022 года на смотре-конкурсе «Лучший лекционный материал на тему «Трезвым быть модно!»».

Часто в фильмах показывают, как компания друзей собирается на выходных после тяжелой недели и весело проводит время, но уже на следующем кадре картина совсем другая - они еле открывают глаза, вокруг бардак, голова гудит, и никто не понимает: что происходит. К сожалению, внутри (в организме человека) дела обстоят еще хуже. Сегодня я предлагаю нам разобраться откуда, почему и как происходит интоксикация, симптомы похмелья и многое другое, а также рассмотреть мнения специалистов о данной проблеме. Все мы можем представить какой аромат исходит от выпившего человека, организм которого перерабатывает

алкоголь. А ведь сам процесс расщепления длится от 5 до 36 часов с учетом того, что большая часть алкоголя преобразуется ферментными системами печени, а остаток выводится легкими и потовыми железами и через почки с мочой. Нас как студентов медиков на биохимии и патофизиологии готовят к изучению патогенезов организма. И тут Вам будет интересно узнать: какое влияние оказывает алкоголь на химические процессы, происходящие внутри клеток, тканей и органов.

Врачи-биохимики и патофизиологи выделяют три основных звена: гипогликемия, интоксикация ацетальдегидом и дегидратация. Если употреблять спиртное и особенно на голодный желудок, то, несомненно, произойдут неприятные последствия, например, падение концентрации глюкозы в крови. После многочисленных химических процессов расщепления этанола печень лишается возможности компенсировать гипогликемию, особенно в мозге. А глюкоза — это главный источник энергии для мозга, недостаток глюкозы способствует симптомам: усталость, слабость, нарушение настроения, пониженное внимание и концентрация. У спящего пьяного человека нет фаз «быстрого сна». Без них выспаться просто невозможно, поэтому проснувшись, человек чувствует себя разбитым и уставшим. Одной из основных причин болезненных симптомов является интоксикация промежуточным метаболитом алкоголя — ацетальдегидом. Ацетальдегид на несколько порядков токсичнее этанола - он вызывает расстройства ЦНС. Тошнота, а также учащенное дыхание вызывается изменением кислотно-щелочного баланса организма в кислую сторону. Симптомы похмелья определяет дегидратация организма. Наряду с потерей жидкости с мочой человек при похмельном синдроме страдает от отёков. При похмелье человек испытывает не обезвоживание, а нехватку жидкости в сосудах или патологическое перераспределение жидкости.

Теперь перейдем к мнению врачей узких специальностей. Врач-кардиолог Мария Валерьевна Франц поделилась своим мнением: «... В первую очередь, он опасен токсическими свойствами – разрушает клетки миокарда. При системном злоупотреблении, безусловно, будет страдать весь организм. Подобно цепной реакции, медленно угаснут все функции и резервы человека. Также своим мнением поделились другие кардиологи: Этиловый спирт приводит к сужению сосудов, в том числе и коронарных (внутрисердечных). У людей, страдающих от ишемической болезни сердца, это может стать причиной развития приступа стенокардии. Повышается артериальное давление. У гипертоников прием алкоголя может спровоцировать развитие гипертонического криза».

По мнению гастроэнтерологов, токсическое действие алкоголя чаще всего сказывается на развитии следующих заболеваний органов пищеварения: стеатоз печени, хронический

гепатит, цирроз печени; острый и хронический панкреатит; синдром нарушенного всасывания; хронический гастрит.

Эндокринолог о влиянии алкоголя на поджелудочную железу: «... под его воздействием закупориваются её протоки, из-за чего ферменты попадают не в кишечник, а внутрь неё. Причём эти вещества разрушают клетки железы. Кроме того, они влияют на метаболические процессы с участием инсулина, поэтому при злоупотреблении алкоголем может развиваться сахарный диабет. Подвергаясь разложению, ферменты и продукты распада вызывают воспаление железы - панкреатит. Злоупотребление алкоголем влияет на развитие хронического воспаления, которое является фактором риска рака железы».

Гематолог: «...под влиянием алкоголя кровь сворачивается хлопьями. Приём алкоголя вызывает гипоксию - склеивание эритроцитов и образование тромбов в мелких сосудах. А тромбоз сосудов – это всегда отмирание каких-то клеток, тканей».

Таким образом, все специалисты сходятся в едином мнении: алкоголь вреден в любых количествах и в любом виде, безвредных алкогольных напитков не бывает – и чем раньше осознание этого факта войдет в нашу жизнь, тем здоровее будут те, кто разделяет это мнение.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Васильева Д.А.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Уроки физической культуры в школе являются основным «фундаментом» физического воспитания и здоровья школьников, кроме того, физкультурные занятия – основная форма систематического обучения детей физическим упражнениям. Специальной задачей занятий по физической культуре является обучение детей всех возрастных групп правильным двигательным навыкам и развитие таких качеств как мышечная сила, быстрота, выносливость, ловкость, гибкость. Физкультурные занятия состоят из трех взаимосвязанных частей: вводной (подготовительной), основной и заключительной. Для каждой части занятия одинаково важное значение имеют все задачи – образовательные, воспитательные и оздоровительные. Выполнение указанных задач обеспечивает всестороннее воздействие на детей. Для определения результативности занятий физической культурой оценивают величину нагрузки, которая определяется, с одной стороны, количеством и качеством

физических упражнений (скорость бега, поднятый вес и т. п.), а с другой — реакцией организма на выполнение упражнений – изменение значений артериального давления (далее АД) и частоты сердечных сокращений (далее ЧСС). Основными показателями величины нагрузки будут:

— интенсивность нагрузки — это напряжение, которое испытывает организм при мышечной работе. Интенсивность определяется мощностью и сложностью выполняемых упражнений (высота прыжка, дальность метания, скорость бега, координационная сложность гимнастических или акробатических упражнений);

— объём нагрузки — это величина мышечной работы, которую выполняет человек. Объём определяется количеством выполненных упражнений за определённый отрезок времени.

Цель исследования: изучить показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы (АД и ЧСС) учащихся до и после занятий упражнениями на уроке физической культуры для проведения оценки результативности занятия.

Материал и методы: на базе МБОУ «Лицей №177» г. Казани было проведено исследование по изучению интенсивности нагрузки и количества выполняемых упражнений с одновременной оценкой функционального состояния сердечно-сосудистой системы у учащихся 7-го и 9-го классов, посещающих основную группу занятий для определения результативности урока физической культуры. Для этого до начала урока по физической культуре и после окончания занятий были проведены замеры АД и ЧСС.

Результаты исследования. Было выяснено, что на подготовительную часть занятия учителем выделяется недостаточное количество времени. В основной части занятия учащиеся обычно занимаются упражнениями, выбранными из раздела «гимнастические» и «растяжка», а учащиеся 9 класса чаще всего играют в баскетбол или же занимаются самостоятельно. В ходе измерения показателей АД и ЧСС, было выяснено, что у 100 % учащихся повышается АД и ЧСС. Так, среднее значение АД и ЧСС учащихся 7 класса: до начала урока физической культурой АД систолическое – $109,9 \pm 8,56$ мм.рт.ст.; АД диастолическое – $68,7 \pm 5,44$ мм.рт.ст.; ЧСС – $78,2 \pm 10,01$ уд/мин. После урока физической культурой АД систолическое – $116,1 \pm 7,09$ мм.рт.ст.; АД диастолическое – $72,6 \pm 7,47$ мм.рт.ст.; ЧСС – $100,5 \pm 15,49$ уд/мин. Среднее значение АД и ЧСС учащихся 9 класса: до урока физической культурой АД систолическое – $133,67 \pm 14,2$ мм.рт.ст.; АД диастолическое – $86,8 \pm 8,01$ мм.рт.ст.; ЧСС – $82,2 \pm 16,08$ уд/мин. После урока физической культурой АД систолическое – $144,89 \pm 13,76$ мм.рт.ст.; АД диастолическое – $89,78 \pm 6,36$ мм.рт.ст.; ЧСС – $112,67 \pm 27,1$ уд/мин.

Выводы: увеличение ЧСС у учащихся 7-ого и 9-ого классов, посещающих основную группу занятий физической культурой произошло на 15,2%.

ОЦЕНКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ведерникова П.П.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

О восприятии цвета, цветовых ассоциациях, цветовой семиотике и семантике в последние десятилетия пишется чрезвычайно много. Современные исследования показывают, насколько сложна двусторонняя связь между цветом и психикой — связь, обусловленная фило- и онтогенетически, «мультифакторная и многоуровневая». Именно двусторонний характер этой связи служит основанием для психодиагностического эксперимента, моделирующего тот или иной вариант цветового реагирования человека [1].

Наиболее чистым воплощением этой идеи, сфокусировавшим все ее преимущества и недостатки, является тест цветопредпочтения — Макса Люшера [2].

С помощью данного теста можно определить эмоциональное самочувствие ребенка не только в данный момент, но и выявить предпочитаемое эмоциональное состояние, а также его оценочное отношение к школе, семье и т.д. Данное тестирование свободно также от влияния возрастных, интеллектуальных, социальных, этнических факторов.

Цель: Оценить различия в психо-эмоциональном состоянии учащихся в зависимости от пола и возраста (7 и 11 классы) и от пола.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГАОУ «Лицей №131» Вахитовского района г. Казани при проведении профилактического осмотра на аппаратно-программном комплексе «Здоровье-Экспресс», приобретенного на средства гранта КГМУ № 1/22-5 от 14 июля 2022 г. В ходе исследования были протестированы 100 человек из 7-11 классов (33 девочки и 63 мальчика).

Результаты и выводы: анализ полученных данных показал, что учащиеся 16 и 17 лет (11 класс) больше склонены к депрессивным мыслям, нестабильны в своем выборе, их характеризует саморефлексия и негативное отношение к себе и окружению. Учащиеся 7 классов (13-15 лет), наоборот демонстрируют позитивное отношение к обществу и к своей личности, более открыты и жизнерадостны.

Так же следует отметить, что девочки начинают проявлять отрицательные эмоции раньше, чем мальчики их возраста.

Список литературы:

1. Немов Р.С. Психология. В 3-х кн. Кн.1.: Общие основы психологии: учеб. для студ. выш. пед. учеб. заведений. / Р.С. Немов. - 5-е изд. - М.: Гуманитар. Изд. центр Владос, 2007. - 687 с.

2. Чуднова А. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека. Как узнать все о себе и своих близких и помочь себе - быстро и надежно / Анна Чуднова, Сергей Дьяченко, Юлиана Азарова.-М.:АСТ, 2010.-157 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ.

Волков К.Г.¹, Трифонова А.И.²

¹Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии.

²Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения.

(научный руководитель – профессор Лопушов Д.В.)^{1,2}

¹КГМА –филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО.

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Вакцины являются одним из наиболее эффективных средств достижения эпидемиологического благополучия населения. Недооценка важности вакцин и вакцинопрофилактики ведут к подъему инфекционной заболеваемости.

По заключению ВОЗ, выявление нежелательных реакций (НР) с последующим их расследованием и принятием мер повышает положительное восприятие иммунизации обществом и улучшает медицинское обслуживание.

Задачами мониторинга НР после иммунизации являются: надзор за безопасностью ИЛП, определение характера и частоты НР для каждой вакцины, определение факторов, способствующих развитию НР, разработка рекомендаций по профилактике НР, своевременная актуализация данных по безопасности и эффективности вакцин.

В Российской Федерации довольно часто используется понятие нежелательные реакции (НР) которые включают в себя поствакцинальные реакции и поствакцинальные осложнения.

Приказом Федеральной службой Росздравнадзора от 15.02.2017 года № 1071 утвержден новый порядок фармаконадзора за лекарственными средствами.

При подозрении на развитие НР в процессе активного наблюдения в вакцинальном периоде или при обращении за медицинской помощью врач обязан: оказать больному медицинскую помощь, при необходимости обеспечить своевременную госпитализацию в стационар, незамедлительно информировать главного врача медицинской организации, зарегистрировать данный случай в медицинской документации.

Важным моментом в расследовании случаев НР является информирование уполномоченных органов. В настоящий момент информирование должно осуществляться как

органов Роспотребнадзора (НР отнесенные к поствакцинальным осложнениям) так и органов Росздравнадзора (любые НР).

В медицинских организациях, осуществляющих плановую вакцинацию следует создать иммунологическую комиссию, действующую на постоянной основе.

При министерстве здравоохранения РТ создана республиканская иммунологическая комиссия, которая рассматривает все случаи НР после вакцинации в Республике Татарстан.

В заключении необходимо отметить, что в Республике Татарстан функционирует полноценная система регистрации и мониторинга за нежелательными реакциями после вакцинации.

Для совершенствования работы по регистрации и мониторингу ПППИ необходимо планировать и проводить следующие мероприятия:

- включение в циклы повышения квалификации медицинских работников вопросы регистрации нежелательных реакций в поствакцинальном периоде,
- создание стандартных операционных процедур по вопросам регистрации и диагностике НР,
- тщательный медицинский осмотр перед вакцинацией.

Список литературы:

1. Дармостукова М.А., Снегирева И.И., Вельц Н.Ю., Казаков А.С., Аляутдин Р.Н. *Международный мониторинг безопасности вакцин. Безопасность и риск фармакотерапии. 2019;7(1):6-14.*
2. Турсунова Д.А., Халилова Г.М., Муллаева Л.Д., Ким Л.Н. *Руководство по эпидемиологическому надзору за побочными проявлениями после иммунизации. 2018; стр. 14-19.*
3. Скворцова В.И., Мурашко М.А., Попова А.Ю. *Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации. 2019.*
4. Лопушов Д.В., Шайхразиева Н.Д., Фазулзянова И.М. *Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2017; стр. 158-162.*
5. Бахмутская Е.В., Чернявская О.П., Волкова Н.А., *Журнал эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2022; стр. 4-13.*
6. Рубан А.П. *Журнал здравоохранение (Минск). 2018; стр. 29-34.*
7. Начарова Е.П., Харит С.М., Константинова Ю.Е. *Уральский медицинский журнал. 2020; стр. 55-63.*
8. Орлова О.А., *Журнал заместитель главного врача. 2021; стр. 28-37.*

9. Михеева И.В., Михеева М.А. Сборник трудов XII Ежегодного Всероссийского интернет-конгресса по инфекционным болезням с международным участием. *Инфекционные болезни в современном мире: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика.* 2020; стр. 159.
10. Лопушов Д.В., Сабаетова Ф.Н., Трифонов В.А., Шайхразиева Н.Д., Фазулзянова И.М. *Журнал инфекция и иммунитет.* 2017; стр. 277.
11. Рослая Н.А., Луговская Н.А., Холопов И.О. *Журнал эпидемиология и вакцинопрофилактика.* 2020; стр. 102-109

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МИОПИИ В СТРУКТУРЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

Гайфуллина А.И

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – ассистент Сабитова М.М.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В России заболеваемость болезнями глаз в последние годы имеет тенденцию к увеличению [1]. Как известно, миопия — наиболее распространенная патология рефракции, ее частота к окончанию школы, т. е. к 17 годам — составляет не менее 25–30% [2]. Предполагается, что увеличение распространенности миопии связано с повышением уровня образования, интенсивными и длительными зрительными нагрузками, продолжительной работой за компьютером, частым использованием электронных носителей информации [3].

Цель исследования - анализ встречаемости миопии у обучающихся медико-фармацевтического колледжа Казанского ГМУ на профилактических медицинских осмотрах.

Материалы и методы. Изучено состояние здоровья 96 студентов медико-фармацевтического колледжа Казанского ГМУ в возрасте от 18 до 22 лет при проведении медицинского осмотра на базе ГАУЗ Республиканский центр медицинской профилактики в 2021 году.

Результаты. По результатам профилактического медицинского осмотра была выявлена миопия слабой степени выраженности у 58 чел. (66%), средней степени – у 15 чел. (16 %), высокая степень миопии в 2% случаев. Исследование показало, что 52% студентов, страдающих миопией, имеют хронические заболевания неинфекционные заболевания (ХНИЗ): болезни системы кровообращения (14 чел.), болезни нервной системы (вегетососудистую дистонию по гипо- и гипертоническому типу) (10 чел.), расстройства питания и нарушения обмена веществ (29 чел.). Среди лабораторных отклонений, выявленных

на профилактических медицинских осмотрах чаще всего обнаружена гиперхолестеринемия и гипергликемия.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что нарушение остроты зрения наблюдается у 78% обучающихся медико-фармацевтического колледжа, преобладает миопия легкой степени. Обращает на себя внимание большой удельный вес студентов с симптомами ХНИЗ.

Обязательным условием осуществления профилактических мероприятий при близорукости является регулярное офтальмологическое обследование [4] выявление экзогенных и эндогенных факторов, провоцирующих развитие или прогрессирование миопии, и своевременную их коррекцию. Необходимо проведение исследований, направленных на разработку рекомендаций по совершенствованию принципов профилактики заболеваний глаз и ХНИЗ обучающихся медицинского колледжа.

Список литературы:

1. Бадимова А.В. Особенности эпидемиологии заболеваемости и инвалидности в связи с болезнями органов зрения в России и за рубежом // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2020. Т. 8, №2. С. 261-268. doi:10.23888/HMJ202082261-268
2. Комплексный подход к профилактике и лечению прогрессирующей миопии у школьников / Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина, Н.А. Тарасова, Г.А. Маркосян, М.В. Максимова // РМЖ. Клиническая офтальмология. - 2018.- №2.- С. 70-76.
3. Williams K.M., Bertelsen G., Cumberland P. Wolfram C., Verhoeven V.J., Anastasopoulos E., et al. Increasing prevalence of myopia in Europe and the impact of education. *Ophthalmology*. 2015;122:1489–1497. DOI: 10.1016/j.optha.2015.03.018
4. Оценка состояния здоровья студентов, страдающих миопией (на примере медицинского колледжа) / И.М. Валиахметова, С.Г. Ахмерова// Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. Т. 8, №4. С. 12-14.

К ВОПРОСУ О ПРАВЕ НА ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Изюмов К.А.

Кафедра теории и истории права и государства

(научный руководитель – доцент, к.ю.н. Гурьянова В.В.)

Казанский филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия,
факультет непрерывного образования

Перед современным обществом и государством стоят острые проблемы злоупотребления несовершеннолетними детьми спиртных напитков, табачной продукции, наркотических средств, психоактивных веществ. Предпринимаются различные попытки по борьбе с такими опасными социальными явлениями, оказывающими достаточно известное вредное воздействие на состояние здоровья детей. В законодательстве предусматриваются разнообразные гарантии обеспечения благополучного уровня их жизни. Но, к сожалению, искоренить эти явления очень сложно, следует продолжать заниматься анализом и поисками действенных гарантий и средств, в том числе правовых, для улучшения состояния здоровья несовершеннолетних, оказавшихся под пагубным влиянием данных вредных веществ.

К числу правовых гарантий относятся установленный в Конституции Российской Федерации принцип, согласно которому важнейшим приоритетом государственной политики российского государства являются дети (п. 4 ст. 67.1).

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ отмечается приоритет охраны здоровья детей, которое выступает в качестве одного из важнейших условий физического и психического развития детей (ст. 7).

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется активная деятельность в различных областях, направленная на сохранение здоровья несовершеннолетних: совершенствование законодательства в области здравоохранения, реформирование системы образования в сторону сбережения и укрепления здоровья подрастающего поколения, а также обсуждение вопросов по поводу увеличения субсидирования в систему здравоохранения.

Возникавшие и возникающие спорные моменты в законодательстве постепенно разрешаются. К примеру, для полноценной реализации субъективного права и юридической обязанности родителей заботиться о здоровье своих детей в закон внесена правка (Федеральный закон «О внесении изменения в ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)), согласно которой законным представителям несовершеннолетних, достигших 15 лет (а больных наркоманией несовершеннолетних – в возрасте старше 16 лет), будет предоставлено право на доступ к информации о состоянии здоровья несовершеннолетних. Устанавливается, что такая информация законным представителям будет предоставляться до достижения детьми совершеннолетия.

Врачебная тайна должна защищаться. Но в случае со здоровьем несовершеннолетних детей, больных наркоманией, алкоголизмом и иной зависимостью, непременно необходимо участие законных представителей в их лечении, в осуществлении родительского контроля за состоянием здоровья детей. Несовершеннолетние, находящиеся в состоянии наркотической и

иной зависимости, скрывают чаще всего от своих родителей данный факт. Такое латентное (скрытое) поведение только ухудшает ситуацию, родители лишаются возможности своевременно проявить заботу о своем ребенке и предпринять необходимые меры. Дети, больные наркоманией, отказываются добровольно пройти лечение. Но есть возможность, при наличии справок, подтверждающих заболевание наркоманией, обратиться в суд с заявлением о принудительном лечении без согласия несовершеннолетнего в возрасте от 16 до 18 лет.

В целях преодоления проблем с наркоманией, алкоголизмом, токсикоманией и другими трудными формами зависимостей в среде несовершеннолетних детей, необходимы надлежащие, эффективные правовые условия, средства и гарантии, взаимодействие юридического и медицинского сообществ в решении проблем, препятствующих охране здоровья детей, а также финансовая поддержка со стороны государства для их лечения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // *Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru)*, 6 октября 2022 г.;
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // *Официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru)*, 22 ноября 2011 г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Касаткина К.Д.

Кафедры общей гигиены

(научный руководитель – профессор Тафеева Е.А.)

ФБГОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2021 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем: разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни; осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними; проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности. Состояние здоровья населения нашей страны определяет необходимость и важность проведения диспансеризации населения.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения (ст.46 №323-ФЗ).

Диспансеризация в Российской Федерации введена с 2013 г., хотя при менее широком охвате диспансеризация более или менее постоянно проводилась последние 30 лет. Диспансеризация включена в базовую часть программы государственных гарантий, т.е. оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования. Посещение амбулаторно-поликлинического учреждения для диспансеризации считается посещением с профилактической целью [1].

В настоящее время диспансеризация проводится на основании Приказа МЗ РФ от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Диспансеризация проводится: 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно; ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан. Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. Для прохождения диспансеризации необходимо иметь паспорт и полис. Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом, либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в соответствии со ст. 20 № 323-ФЗ.

Диспансеризация проводится в два этапа:

1-й этап включает простые, но информативные методы обследования, на основании которых участковый врач определит риск заболеваний и группу здоровья, и, при необходимости, направит на второй этап диспансеризации. Объем обследований первого этапа зависит от возраста.

2-й этап включает инструментальные или лабораторные методы, которые назначаются врачом-терапевтом с целью углубленного обследования, уточнения группы здоровья и диагноза, назначения лечения при необходимости, а также углубленное профилактическое консультирование.

Следует отметить, что российская модель диспансеризации основана на централизованном принятии решений о содержании профилактики с последующим жестким администрированием этого процесса. При этом на концептуальном уровне не отработаны взаимосвязи проведения диспансеризации с последующими действиями по лечению

выявленных больных; не учитываются существующие ресурсные ограничители, прежде всего слабость первичного звена здравоохранения. Первые результаты реализации Программы диспансеризации показали, что ожидания в отношении ее высокой эффективности оказались явно завышенными. Увеличились охват населения профилактическими осмотрами и скринингом, а также число выявленных заболеваний, но первичное звено здравоохранения оказалось не готовым к проведению эффективной лечебной работы с выявленными больными, нацеленной на реальное улучшение их состояния и конечных показателей здоровья населения [2].

Список литературы:

1. Улумбекова Г.Э. Диспансеризация населения России и ее перспективы / Г.Э. Улумбекова, В.В. Власов // *Вестник ВШОУЗ*. – 2017. - № 4(10). – С. 36-41.

2. Диспансеризация населения: ожидания и реальность / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский [и др.] // *Мир России*. – 2021. - Т. 30, № 4. С. 6–29. DOI: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-2

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, РОДИТЕЛЕЙ И ПЕДАГОГОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Маркова К.С., Маркова В.С.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается государственными органами, органами местного самоуправления и медицинскими организациями путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни [1].

В настоящее время сохранение здоровья, качество жизни и ее продолжительности, является одной из главных задач государственной политики Российской Федерации. В России уделяется недостаточно внимания изучению качества жизни, связанного со здоровьем, особенно у детей и подростков, что противоречит современным мировым тенденциям [2]. Здоровье подрастающего поколения катастрофически ухудшается. По свидетельству специалистов, при поступлении в школу каждый десятый ребенок имеет различные заболевания. И наряду с нарушениями костно-мышечной системы значительное место занимают заболевания органов пищеварения, эндокринной системы, болезни, связанные с

нарушением обмена веществ. Следовательно, одна из главных задач школы на сегодня – помочь детям осознать ценность здоровья и назначение здорового образа жизни для современного человека, сформировать ответственное отношение к собственному здоровью. Для этого школьники должны знать и, главное, принять для себя основные принципы здорового образа жизни, а это возможно только в результате совместной работы педагогов, родителей и самого ребенка.

Санитарное просвещение представляет собой систему государственных, медицинских и общественных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья, предупреждение болезней, сохранение активного долголетия, высокой работоспособности [3]. Санитарное просвещение призвано постоянно и целенаправленно повышать уровень санитарной культуры населения. Гигиеническое обучение и воспитание определяется комплексом мероприятий, сообщающих углубленные санитарно-гигиенические знания и прививающих соответствующие умения разным группам населения, в том числе и детям.

Гигиенические навыки у детей воспитываются с самых ранних лет. Поддержание чистоты кожи и волос, гигиена полости рта, привычка к проведению утренней зарядки, соблюдение чистоты и аккуратности в одежде, порядка в комнате, на рабочем месте, в шкафах с книгами, игрушками — основные гигиенические навыки, которые должны быть сформированы в процессе воспитания ребенка. В дальнейшем они превращаются у детей в устойчивую привычку мыть руки и чистить зубы, аккуратно одеваться, убирать за собой игрушки и т.д. Задачу по сохранению и укреплению здоровья детей нельзя решить, не привлекая усилия семьи, которая играет решающую роль в формировании личности ребенка.

Основная задача санитарного просвещения — не только давать теоретические знания, но и учить практическому овладению гигиеническими навыками. Особенно это важно в работе с детьми раннего и дошкольного возраста, так как для сохранения их здоровья главное значение имеют условия, в которых они живут и воспитываются [4].

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Режим доступа: URL. <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g> (дата обращения: 05.12.2022)*
2. *Изучение качества жизни в медицине и педиатрии: научная статья / Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Режим доступа: URL. <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-kachestva-zhizni-v-meditsine-i-pediatricii> (дата обращения: 05.12.2022)*
3. *Санитарно-просветительная работа и медицинское обслуживание в дошкольном учреждении — Медицина, здоровье. Режим доступа: URL. <https://stud-baza.ru/sanitarno->*

4. Особенности организации образовательного процесса в группах раннего возраста: учебно-методическое пособие / О.Н. Бершанская, Е.С. Ефремова, Л.И. Жербанова; КОГОАУ ДПО «ИРО Кировской области». - Киров, 2021. - 95 с.

ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЩАЕМОСТИ ЖИТЕЛЕЙ КАЗАНИ В ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Мифтахова Я.С.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – ассистент Сабитова М.М.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

С переменной общественно-политической и финансовой ситуации в стране активно осуществляется врачебная деятельность на платной основе [1]. В основе потребительского спроса лежат мотивационные потребности пациентов в сохранении собственного здоровья и получении качественной медицинской помощи [2]. На сегодняшний день в Республике Татарстан оказывают услуги более 100 медицинских центров с частной формой собственности.

Цель: оценить обращаемость жителей г. Казань в частное медицинские учреждение.

Материалы и методы. Исследование проведено по материалам опроса 50 пациентов, обратившихся в клинику «Наш Доктор» в течение 1 дня.

Результаты. Клиника «Наш доктор» - негосударственная медицинская организация с широким спектром услуг по ряду направлений: терапия, неврология, офтальмология, оториноларингология, хирургия, гинекология, экспертиза профессиональной пригодности и др. В штате клиники работают сертифицированные врачи по всем основным специальностям, в том числе доктора и кандидаты медицинских наук. В клинике осуществляется прием (осмотр, консультация) врачей-специалистов, функциональные и лабораторные исследования, выдача медицинских справок, вакцинопрофилактика, медосмотр на право управления транспортным средством, предварительный и периодический медицинский осмотр.

Среди пациентов клиники «Наш Доктор» 30% составили мужчины, 70% - женщины. Основная доля (96%) – это лица активного трудоспособного возраста от 30 до 59 лет, соотношение лиц молодого возраста (18-44 лет) и средней возрастной группы (45-59 лет) практически равное. Около 4% составила молодежь до 20 лет и 10% – пожилые люди 60-74 лет.

Опрос респондентов показал, что более половины обращений связаны с заболеваниями или нарушениями здоровья (74,5%), около четверти (25,5%) определяются предварительными и периодическими медицинскими осмотрами.

Среди причин посещения сети клиник «Наш Доктор» респонденты отметили высокий уровень сервиса и качества оказания услуг, индивидуальный подход к каждому клиенту, современное диагностическое оборудование, заинтересованность специалистов в выздоровлении пациента, возможность записи к специалистам и отсутствие очередей.

Заключение. Подавляющее большинство обращений к врачу связаны с состоянием здоровья пациентов. Чаще это лица женского пола в возрасте от 41 до 60 лет. Наиболее востребован прием у врача ультразвуковой диагностики, врача-терапевта, массажиста.

Список литературы:

1. Шакиров, А. А. *Некоторые особенности организации частной медицины в Российской Федерации и оказания частными организациями медицинских услуг / А. А. Шакиров // Науки о здоровье. - 2019. - С. 3-4, 6. - URL: (<https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-organizatsii-chastnoy-meditsiny-v-rossiyskoy-federatsii-i-okazaniya-chastnymi-organizatsiyami-meditsinskih/viewer>) (дата обращения 4.12.2022).*
2. Муслимов М. И. *Здоровьесберегающие технологии как фактор повышения качества обслуживания в частной медицинской клинике / М. И. Муслимов // Науки о здоровье. - 2021. - С. 8. - URL: (<https://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviesberegayuschie-tehnologii-kak-faktor-povysheniya-kachestva-obsluzhivaniya-v-chastnoy-meditsinskoy-klinike/viewer>) (дата обращения 6.12.2022).*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПИСАНИЯ УРОКОВ ШКОЛЫ №10

ГОРОДА КАЗАНИ

Модова А.Л.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – ассистент Сабитова М.М.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Современная российская школа в основном живет в классно-урочной системе, сложившейся давно и показавшей свою устойчивость и определенную результативность [1, 2]. Важным составляющим учебного процесса является расписание. Оно составляется с учетом дневной и недельной умственной нагрузки школьников в зависимости от их возраста, а также уровня сложности учебных предметов [3, 4, 5]. Рационально составленное расписание

позволяет длительно поддерживать период устойчивой работоспособности и предотвращать переутомление у детей.

Цель - оценка школьного расписания учеников 5 класса на соответствие гигиеническим требованиям.

Материалы и методы: анализ дневного и недельного расписания 5 класса школы №10 города Казани.

Результаты. В 2022-2023 учебном году образовательная недельная нагрузка учеников 5 класса распределена равномерно в течение 6-ти дневной учебной недели. Объем дневной и недельной нагрузки не превышает допустимый (не более 6 часов в день и не более 32 часов в неделю). Нагрузка в начале недели (в понедельник - 26 баллов по шкале трудности) и ее конце (в пятницу – 32 балла, субботу - 17 баллов) меньше, чем в середине, кривая учебной нагрузки имеет один пик, приходящийся на среду (35 баллов). Продолжительность перемен организована в соответствии с гигиеническими требованиями.

Оценка ежедневного расписания на соответствие физиолого-гигиеническим нормам показала, что динамика учебной нагрузки в течение большинства учебных дней – нерациональная. Так, во вторник, среду, четверг и пятницу первым уроком стоит предмет с высоким баллом по шкале трудности (8 баллов) – русский язык, математика (10 баллов) поставлена вторым уроком с понедельника по четверг. Предметы с пониженной степенью сложности поставлены третьим и последующими уроками.

Выводы. При составлении расписания уроков для обучающихся 5 класса учтены не все требования санитарных правил. Для продления трудоспособности и снижения утомляемости учащихся, следует предметы естественно-математического профиля чередовать с гуманитарными предметами.

Список литературы:

1. Унтилова О. Г. Школьное расписание как ресурс развития образования // Отечественная и зарубежная педагогика. 2018. Т.2, №5 (55). С. 141–149.
2. Рекомендации по составлению расписания уроков для обучающихся основного общего и среднего общего образования, Министерство просвещения Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт возрастной физиологии Российской академии образования», Москва 2021г. С.20-25.
3. Учебное пособие для студентов «Гигиенические требования к организации учебного процесса в общеобразовательных учреждениях: оценка школьного расписания», Казань 2018г, С 21-22.
4. СанПиН 1.2.3685–21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания».

5. СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».

СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Низамова Д.И., Тухбатуллина Д.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева

(научный руководитель – ассистент Ахметова Д.И.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) распространённое заболевание репродуктивной системы, около 6-12% женщин страдают от данной патологии [3]. Манифестация СПКЯ может быть уже в подростковом возрасте [4]. Однако, принятые во всем мире и России диагностические критерии СПКЯ, основанные на Роттердамском соглашении 2003 г., в постановка данного диагноза у подростков является непростой задачей. Так как критерии данного соглашения конвергируют с нормальным течением пубертатного периода (ановуляция, клиническая и биохимическая гиперандрогения, гирсутизм), а УЗИ-диагностика затруднительна ввиду статуса *virgo* большей части пациенток.

Цель. Изучить мировые клинические рекомендации по диагностике СПКЯ и на их основе составить универсальный алгоритм диагностики СПКЯ у девочек-подростков.

Материалы. Для анализа и сбора данных использованы статьи из PubMed, Medscape, UpToDate и клинические рекомендации (европейские, американские).

Результаты. Международные рекомендации в диагностике синдрома поликистозных яичников у подростков включают следующие критерии [1]:

1. Нарушение менструального цикла как свидетельство овуляторной дисфункции.

а. Аномальный для возраста или гинекологического возраста.

б. Стойкие симптомы в течение 1-2 лет.

2. Клинические и/или биохимические доказательства гиперандрогении.

3. Гирсутизм, от умеренного до тяжелого, является клиническим признаком гиперандрогении.

Однако в них имеются спорные моменты: должно ли нарушение менструального функции наблюдаться в течение одного или двух лет, чтобы отличить СПКЯ от нормальной незрелости менструального цикла, являются ли гирсутизм или акне в случае подростков доказательством гиперандрогении наравне с точными биохимическими доказательствами [1]. При этом ученое сообщество солидарно в том, что подросткам с признаками СПКЯ в

течение одного-двух лет после менархе следует поставить временный диагноз «под угрозой СПКЯ» и лечить симптоматически [2].

Алгоритм лабораторной оценки гиперандрогемии у девочки-подростка [2]:

1. Девочка-подросток с повышенным уровнем общего или свободного тестостерона.
2. Нарушение менструального цикла (наличие/отсутствие).
- 2а. Есть нарушения менструального цикла.

Поиск причин ановуляции, которые могут затруднить постановку диагноза СПКЯ: ФСГ, ЛГ, ТТГ. В обязательном порядке следует исключить беременность (оценка бета-ХГЧ) живет половой жизнью. Если хотя бы один из данных показателей за пределами нормы необходимо более углубленное обследование в данном направлении.

Если все скрининговые тесты в норме, то диагностика продолжается по пути 2б.

2б. Нет нарушений менструального цикла

Поиск распространенных причин гиперандрогемии, не связанных с СПКЯ:

17- ОПГ (взятый в 8:00 утра), ДЭА-SO₄, пролактин, кортизол (при наличии абдоминального типа ожирения), ИФР-1 (если есть признаки акромегалии), УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Изменения в результатах данных показателей может говорить о различных эндокринопатиях и других заболеваниях, которые по клинической картине могут быть схожи с СПКЯ, что в ряде случаев требует мультидисциплинарный подход в плане ведения данной группы пациентов. Если все результаты в норме, в т.ч. УЗИ (нормальное или с признаками СПКЯ): 1. СПКЯ (наиболее вероятен); 2. Редкие заболевания; 3. Идиопатическая гиперандрогемия.

Выводы. На сегодняшний день нет четких достоверных критериев постановки диагноза СПКЯ у девочек-подростков ввиду возрастных особенностей их организма и неоднозначности критериев диагностики по всему миру, что приводит к гиподиагностике данного заболевания. По мере созревания СПКЯ становится частой причиной бесплодия и инсулинорезистентности у женщин репродуктивного возраста. Поэтому вопрос диагностики СПКЯ в подростковый период имеет большое значение для здоровья каждой пациентки и человеческой популяции в целом.

Список литературы.

1. Ibáñez L, Oberfield SE, Witchel S, et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence// *Horm Res Paediatr*, 2017.—88p.;

2. Rosenfield RL. Perspectives on the International Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence// *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2020. — 33 p.;

3. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome//Fertil Steril, 2018. — 110p.;

4. Greenwood EA, Yaffe K, Wellons MF, et al. Depression Over the Lifespan in a Population-Based Cohort of Women With Polycystic Ovary Syndrome: Longitudinal Analysis// J Clin Endocrinol Metab, 2019. — 104 p..

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСАНКИ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ТОПОГРАФИИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ).

Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А., Садыкова М.Р.

Кафедра неврологии и реабилитации

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Тахавиева Ф.В)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность данной темы объясняется неуклонным ростом школьно-обусловленной патологии, в том числе нарушений осанки разной степени тяжести [1]. Мы считаем, что данная проблема связана не только с возрастающей нагрузкой в школах и гиподинамией современных школьников, но прежде всего с особенностями организации здравоохранения, а именно с профилактическими медицинскими осмотрами (Приказ МЗ РФ № 514-н). Так, в штате детских поликлиник отсутствуют специалисты по школьной медицине, а также узкие специалисты (например, детские травматологи), а в образовательных организациях – необходимое оборудование, что не позволяет проводить профилактические медицинские осмотры детей и подростков в полном объеме [1, 3].

В связи с этим в рамках проекта «Сохранение здоровья обучающихся» при поддержке гранта КГМУ № 1/22-5 от 14 июля 2022 г. были проведены профилактические осмотры с включением комплекса методик углубленной оценки состояния здоровья обучающихся. Осмотр включал диагностику деформаций позвоночника у детей и подростков с помощью компьютерного оптического топографа, оценку свода стопы с помощью компьютерного плантографа; комплексную оценку психофизического состояния на АПК «Здоровье-экспресс» и разработку индивидуальных рекомендаций для коррекции выявленных нарушений или факторов риска развития патологических состояний.

В данной работе речь пойдет об оценке нарушений осанки учащихся Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Лицей №131» Вахитовского района г. Казани, проведенной с использованием компьютерного оптического топографа. Эта методика заключается в регистрации отраженного светового потока с поверхности тела и создании

трехмерного изображения поверхности тела и позволяет определить угол сколиотической дуги, наклона плеч, перекоса таза, физиологических изгибов, а также деформацию грудной клетки и асимметрию лопаток с точностью до десятых долей градуса [2].

Такая точность коррелирует с рентгенографией, но обладает рядом преимуществ: прежде всего отсутствием облучения, что позволяет применять метод для динамического наблюдения после проводимых коррекционных мер.

Нами были обследованы 177 школьников Лицея № 131. Был произведён первичный отбор снимков и исключены 8 по причинам: некорректный или сомнительный результат. Таким образом в исследовании участвовало 169 лицеистов, среди которых 56 девочек (33,2%) возрастом $14,91 \pm 1,06$ лет и 113 мальчиков (66,8%) возрастом $15,24 \pm 1,13$ лет. Съёмка производилась в четырёх рекомендованных позах: расслабленной, активной, с разведёнными лопатками и с вентральной стороны.

При помощи компьютерной программы («безврачебный скрининг»), исследуемые были разделены на 4 группы здоровья: группа здоровья I – субнорма; группа здоровья II – нарушения осанки, 1-я степень сколиоза; группа здоровья III – сколиоз 2-я степень и другие деформации позвоночника; группа здоровья IV – сколиозы 3 степени и выше.

Обследованные лицеисты разделились по группам здоровья следующим образом: I группа здоровья 11,83%, II группа здоровья 71,01%, III группа здоровья 16,57%, IV группа здоровья 0,59%. Что касается гендерных различий, к I группе здоровья у мальчиков относятся 10,82%, у девочек 14,29%, к III у мальчиков 14,16%, а у девочек 21,43% - что говорит о том, что среди девочек доля лиц, относящихся как к I, так и III группы здоровья выше и ниже удельный вес лиц со стадией «начальных отклонений» - возможно, девочки быстрее переходят в стадию декомпенсации.

Тем не менее, среди лицеистов обоих полов самой многочисленной группой (более 70% у мальчиков и более 60% у девочек) являются лица, имеющие отклонения лёгкой степени. Выявление нарушений на столь ранней стадии позволило своевременно предложить данной группе учащихся простые коррекционные упражнения, которые именно на данном этапе нарушений будут наиболее эффективными. Лица с III и IV группой здоровья были направлены на дополнительное обследование по месту жительства, рекомендованы консультации реабилитолога, детского ортопеда-травматолога. С лицами I группы здоровья проведена просветительская беседа по здоровьесбережению и оздоравливающей физической активности.

Список литературы:

1. *Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Рапопорт И.К. К вопросу о систематизации школьно-обусловленной патологии. // Здоровье населения и среда обитания. Гигиена детей и подростков, 2018, 5 (302): 30-34*

2. *Официальный сайт Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна <http://niito.ru/>*

3. *Порецкова Г.Ю. Результаты диспансеризации школьников как основа для разработки индивидуальных профилактических программ в рамках медицинского обеспечения образовательного процесса. // Социальные аспекты здоровья населения: электронное периодическое издание. 2014, 6 (40): 8 -16*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В 2012-2021 ГГ.

Раджабова Г.Р., Алёшина А.Г.

Кафедра эпидемиологии и дезинфектологии

(научный руководитель - доцент Мамкеев Э.Х.)

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан)

Туберкулез на сегодняшний день остается актуальной проблемой здравоохранения в мире. Заболеваемость детей туберкулезом - важный эпидемиологический показатель, отражающий общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в регионе. В Республике Татарстан улучшается эпидемическая ситуация по туберкулезу, о чем говорит динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу.

Многолетняя динамика годовых показателей заболеваемости впервые выявленным туберкулезом среди детей до 14 лет в Республике Татарстан в 2012-2021 гг. характеризуется статистически значимой тенденцией к снижению: за 10 лет с 9,01 случаев на 100 тыс. населения до 2,82 случая на 100 тыс. населения или в 3 раза.

Для многолетней динамики годовых показателей заболеваемости впервые выявленным туберкулезом среди детей и подростков до 17 лет в Республике Татарстан в 2012-2021 гг. характерна тенденция к снижению: за 10 лет с 11,21 случаев на 100 тыс. нас. до 3,28 на 100 тыс. нас., т.е. почти в 3,5 раза.

Заболеваемость детей и подростков имеет свои характерные особенности. В возрасте от 0 до 17 лет наиболее высокую заболеваемость туберкулезом имеют подростки и дети 15 – 17 лет. Так, в 2012 г. наиболее высокий уровень заболеваемости у детей приходится на 15-17 лет – 21,8 случая на 100 тыс. детей, в 2021 г. – 5,25 случая на 100 тыс. нас. этого возраста.

Основными контингентами заболевших являются школьники – от 48,1% от числа всех заболевших детей и подростков в 2012 г. до 48,5% в 2021 г. Студенты составили от 22,1% в 2012 г. до 22,8 в 2021 г. Дети, не посещающие детские дошкольные образовательные

учреждения (ДОУ) - от 11,6% в 2012 г. до 17,1% в 2021 г., дети, посещающие ДОУ - от 18,1% в 2012 г. до 11,4% в 2021 г.

Заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков за десятилетний период значительно снизилась. Таким образом, в Республике Татарстан наблюдается улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу по сравнению с аналогичным периодом предыдущих лет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА СТУДЕНТОВ КГМУ

Сарбаева В.М.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – ст.преподаватель Тухватуллина Л.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Ежегодный профилактический осмотр и диспансеризация в нашей стране является основной частью первичной медико-санитарной помощи населению. Это целый комплекс организационных, лечебно-диагностических, профилактических и оздоровительных мероприятий, включающий осмотры врачей разных специальностей и различные методы обследования. Известно, что диспансеризация имеет своей целью раннее диагностирование хронических неинфекционных заболеваний, которые могут стать причиной инвалидности и преждевременной смертности. Кроме того, профилактические медицинские осмотры позволяют выявлять факторы риска их развития. По результатам диспансеризации специалисты формируют группы состояния здоровья и разрабатывают рекомендации для пациентов.

Целью данной работы было изучение состояния здоровья студентов Казанского ГМУ и приоритетных факторов риска. Для этого мы провели выкопировку результатов профилактических медицинских осмотров из карт учета и анкетирование.

Анализ результатов проведенных профилактических осмотров обучающихся в Казанском ГМУ за 2022 годы по данным из 120 карт показал, что основными заболеваниями, выявленными в ходе проведения диспансеризации, оказались миопия - 52% (болезни глаза и его придаточного аппарата) и гастрит – 28% (заболевания органов желудочно-кишечного тракта). По результатам анкетирования студентов установлено, что причиной возникновения миопии является постоянное использование студентами телефонов и ноутбуков (до 90% активного времени). В качестве основной причины возникновения заболеваний органов желудочно-кишечного тракта является неправильное питание студентов, так как почти

половина опрошенных студентов лишь «перекусывают на ходу» (48%), а каждый третий (31%) вообще не ест в течение дня.

Таким образом, состояние здоровья студентов Казанского ГМУ характеризуется высокой распространенностью болезней глаза и его придаточного аппарата, а также заболеваний желудочно-кишечного тракта, что требует проведения санитарно-просветительской работы, разработку и проведение комплекса необходимых лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий и диспансерного динамического наблюдения за студентами с выявленными заболеваниями. Факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний – как правило: нерациональный образ жизни.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СТУДЕНТОВ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сергеева П.А.

Кафедра профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС

(научный руководитель – ассистент Сабитова М.М.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Сезонный подъем заболеваемости респираторными инфекциями ежегодно наблюдается в осенне-зимний период [1, 2]. С началом учебного года увеличивается число заболевших ОРВИ и гриппом среди школьников и студентов.

Цель: оценить количество обращений в Амбулаторно-поликлинический центр Казанского государственного медицинского университета (КГМУ) студентов с симптомами различных инфекций дыхательных путей.

Материалы и методы. Проведено изучение причин обращения 200 студентов в возрасте от 17 до 26 лет (1-6 курсов) в Амбулаторно-поликлинический центр КГМУ по данным медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и анкетирования.

Результаты. В период с 1 сентября по 30 ноября 2022 года в Амбулаторно-поликлиническом центре КГМУ было зарегистрировано примерно 1800 обращений, из них 1400 по причине появления симптомов заболеваний.

Анализ причин обращения 200 студентов (58 юношей и 142 девушек) показал, что 72% из них были связаны с появлением симптомов гриппа и ОРВИ.

По результатам анкетирования выяснилось, что около 20% студентов ежегодно вакцинируются от вируса гриппа. Среди вакцинированных число заболевших в осенний

период 2022-2023 учебного года составило 3 человека. Около двух третей студентов (136 чел.) ознакомлены с правилами профилактики ОРВИ и стараются их соблюдать.

Выводы. Основная доля обращений студентов в Амбулаторно-поликлинический центр КГМУ связана с появлением симптомов гриппа и ОРВИ, выявлена низкая приверженность к вакцинации. Это диктует необходимость проведения разъяснительной работы среди студентов КГМУ о мерах профилактики респираторных инфекций, информировать, что специфическая профилактика от гриппа позволяет добиться хороших результатов.

Список литературы:

1. Холодова И.Н. Профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в период сезонного подъема заболеваемости. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2020; 3: 47–51. DOI: 10.26442/26586630.2020.3.200367
2. Генне Н.А., Горелов А.В., Шамшева О.В., Ситников И.Г., Ситникова Е.П., Стешин В.Ю., Мельникова И.М., Черная Н.Л., Вотякова О.И., Эгамова И.Н., Лукашова Л.В., Яковлева Л.В., Коваленко Т.В., Великорецкая М.Д., Кудряшова М.А. Профилактика острых респираторных вирусных инфекций, включая грипп, у детей в период подъема сезонной заболеваемости: результаты международного двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(3):109-120. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2020-65-3-109-120>

РОЛЬ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПРОПАГАНДЫ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Талипова А.А.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии

(научный руководитель – ассистент, к.м.н. Василевская Е.А.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность настоящего исследования обуславливается широкой распространенностью наркотической зависимости в Российской Федерации, в том числе и в Республике Татарстан, и необходимостью разработки эффективных профилактических мер, направленных на антинаркотическую пропаганду в молодежной среде. Только популяризация здорового образа жизни, разъяснение о вреде употребления психоактивных веществ, об ответственности за их применение способны сдержать распространение этого страшного явления [1,3].

Цель исследования: определение эффективности профилактических мероприятий в Республике Татарстан, направленных на предупреждение наркозависимости в период с 2000 по 2006 годы и в настоящее время.

Материалы и методы: были опрошены 2 группы респондентов (160 человек) в возрасте от 18 до 22 лет и от 33 до 37 лет (в 2000-2006 гг. им было от 18 до 22 лет), проживающие на территории РТ. Исследование включало в себя опрос испытуемых с помощью специально разработанного опросника, математико-статистический метод, корреляционный анализ по Пирсону. Полученные результаты были соотнесены с данными государственной статистики (Росстат).

Результаты: проведенное исследование в двух группах испытуемых продемонстрировало уровень профилактических мер, проводимых учебным заведением в начале двухтысячных годов и в настоящее время, позволило определить степень антинаркотических мер, включающих распространение листовок/ афиш, мероприятий по антинаркотической пропаганде, проведения медицинских обследований в Республике Татарстан. Показало эффективность профилактической и воспитательной работы, знание уголовной ответственности в каждой из возрастных групп. Корреляционный анализ полученных данных позволил выявить обратную зависимость между эффективностью профилактических мер и употреблением наркотиков, отношением к ним в целом. Сравнительный анализ полученных данных в двух группах испытуемых показал, что уровень проводимой профилактики в 2021-2022 гг. (66,5%) превышает таковой в 2000-2006 гг. (57,5%). Соотнесение результатов исследования и данных государственной статистики (Росстат) подтвердило положительное влияние антинаркотической деятельности на снижение распространения заболеваемости в молодежной среде.

Вывод: антинаркотическая пропаганда в молодежной среде способна изменить общественное мнение к употреблению наркотических средств, и, таким образом, снизить распространение данного недуга в Российской Федерации.

Список литературы:

1. Агibalова Т.В. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости / Т.В. Агibalова, Д.И. Шустов, О.Д. Тучина, А.А. Мухин, Г.Л. Гуревич // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015; № 25. - С. 61-68
2. Аксенова А. С. Профилактика зависимостей в условиях однократной встречи со слушателями / А. С. Аксенова // Психотерапия. – 2007. - № 2. – С. 6-7.
3. Малин Д.И. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. / Д.И.Малин, В.Д. Медведев // Справочное пособие. М. - 2003. - 103 с.

4. Миллер У. Как помочь людям измениться. / У. Миллер, С.М. Роллник // Мотивационное консультирование. – 2017. - 544 с.
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках (Т43)». Available: https://www.toxicology.ru/docs/rek/04_26112020.pdf

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Усманова Н.В.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор Тафеева Е.А.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрав России

Адаптация к школе – процесс приспособления организма школьников к новым условиям жизнедеятельности, новому виду деятельности, новым нагрузкам, связанным с систематическим обучением. Данный процесс длительный и имеет физиологические, психологические и социальные аспекты. Процесс физиологической адаптации ребенка к школе можно разделить на несколько этапов. Первый этап адаптации (2–3-я недели обучения) – ориентировочный. На данном этапе наблюдается значительное напряжение организма, поэтому у ребенка отмечается низкий уровень работоспособности, ее неустойчивость, быстрая утомляемость, высокий уровень напряжения сердечно-сосудистой системы. Второй этап (3–4-я недели обучения) – неустойчивое приспособление, когда организм ищет и находит какие-то оптимальные (или близкие к оптимальным) варианты реакций на эти воздействия. Третий этап (5–6-я недели обучения) – период относительно устойчивого приспособления. Постепенно нарастают и становятся более устойчивыми показатели работоспособности, снижается напряжение основных жизнеобеспечивающих систем организма. Наиболее важными, рубежными и кризисными периодами вхождения ребенка в новую среду являются следующие этапы: начало обучения в школе (1-й класс), окончание начального и переход в среднее звено (4–5-й классы), окончание средней и переход в старшую школу (9–10-й классы) и окончание школы [1].

Здоровье является необходимым условием успешности любой деятельности, в том числе и обучения. Большое значение при этом имеет душевное здоровье и эмоциональное благополучие. Ребенок с эмоциональными проблемами не способен ни усваивать знания, умения, навыки, ни полноценно творить, ни полноценно общаться [2].

Адаптация к школе может протекать по-разному. В случае легкой адаптации дети быстро и адекватно принимают задачу учебной деятельности, отсутствуют выраженные

неблагоприятные изменения показателей состояния здоровья, отмечается хорошее усвоение программного материала. При адаптации средней степени более выражены нарушения самочувствия и здоровья в течение первого полугодия; отмечается неудовлетворительная реакция на нагрузку сердечно-сосудистой системы, повышенная утомляемость, низкий уровень работоспособности. При адаптации тяжелой степени дети с трудом принимают школьную ситуацию, трудно переживают неудачи, отмечается низкая работоспособность, ухудшение наиболее чувствительных параметров сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта и особенно нервно-психической сферы.

Школьная дезадаптация – это нарушение адаптации ребенка *школьного* возраста к условиям учебного заведения. Для нее характерны: невротические расстройства (нарушения сна, аппетита; тошнота, рвота; плаксивость, нежелание что-либо делать; жалобы на усталость, головную боль, частые головокружения); астеническое состояние (снижение массы тела, бледность, синяки под глазами, неустойчивая, очень низкая работоспособность, повышенная утомляемость, апатия, снижение уровня гемоглобина в крови, падение общего мышечного тонуса, вызывающее нарушение осанки).

В процессе школьной адаптации большое значение имеет школьная зрелость, готовность ребенка к обучению в школе, т.к. именно у функционально незрелых школьников отмечаются различные нарушения в состоянии здоровья, проявляющиеся увеличением острой заболеваемости, снижением темпов роста, потерей веса и др. Легче адаптируются к школе здоровые дети, с гармоничным физическим развитием и нормальным уровнем функционирования всех систем организма. Выявление детей с признаками школьной незрелости в качестве одного из факторов риска дезадаптации и организация их медицинской и психолого-педагогической подготовки к обучению в школе является важной задачей медицинских работников, психологов и педагогов.

Список литературы:

1. Шлыкова Д.В. Проблемы школьной адаптации детей / Д.В. Шлыкова // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2015. - № 4(40). – С.111-121.

2. Цукерман Г.А. Введение в школьную жизнь: Программа адаптации детей к школьной жизни / Г.А. Цукерман К.Н. Поливанова. - М.: Московский центр качества образования, 2010. – 120 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Харина А.М.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор Тафеева Е.А.)

ФБГОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Диета в современном мире стала практически неотъемлемой частью жизни каждого человека. Люди делятся между собой своими фирменными рецептами похудеть, а Интернет полон различными способами по снижению веса. Всевозможные детоксы, очистки организма, интервальные голодания и другие способы контроля веса активно пропагандируются публичными личностями населению как нормы пищевого поведения. Наибольший вред эта проблема наносит именно подросткам, ведь они, будучи сенситивными и эмоционально неустойчивыми, легко поддаются влиянию общества, своих кумиров и сверстников. Чаще всего расстройства пищевого поведения у данной возрастной группы начинаются именно с неуверенности в себе, неприятии и неудовлетворенности своим внешним видом. К сожалению, статистическая информация о распространенности расстройств пищевого поведения среди подростков практически отсутствует.

Цель исследования: изучение степени выраженности факторов риска расстройств пищевого поведения среди учащихся средних и старших классов общеобразовательных организаций города Казани и разработка профилактических мероприятий для коррекции выявленных нарушений.

Для реализации поставленной цели было проведено анкетирование подростков, составленное на основе Голландского пищевого опросника и опросника пищевого поведения (Eating Attitude Test - 26). Нами также были использованы данные роста и веса опрошенных, взятых в результате проведения ежегодного профилактического осмотра, для расчета индекса массы тела подростков, показавших наличие риска развития пищевых расстройств. Вопросы анкетирования были направлены на выявление у опрошенных признаков расстройств пищевого поведения: страх лишнего веса, чувства вины после приемов пищи, заикленность на питании, запрет на определенные виды еды (еда, богатая углеводами).

В рамках исследования мы провели кластерный анализ матрицы результатов нашего опросника, который позволил выявить классификацию когнитивно-поведенческих паттернов при нарушениях пищевого поведения; на данной выборке было показано преобладание таких

кластеров как «страх перед набором веса», «зацикленность на приемах пищи и сжигании калорий», а также «усиление голода при чувстве одиночества».

По результатам исследования 48,3% опрошенных имеют предрасположенность к расстройствам пищевого поведения, при этом данной проблеме в большей степени подвержены девушки возраста 16-17 лет. Установлено, что 43,4% опрошенных (часто или всегда) пугает мысль о том, что у них может быть лишний вес; 15% опрошенных (часто или всегда) воздерживаются от еды, имея при этом чувство голода; 12,1% опрошенных часто или всегда испытывают чувство вины после приема пищи, при этом 16,7% отмечают, что сталкиваются с данной проблемой лишь иногда; 36,7% отметили, что часто или всегда они едят меньше обычного, если замечают нарастание своего веса; 43,3% опрошенных отметили, что им нравится ощущение пустого желудка и плоского живота; у 48,3% возникает желание есть при одиночестве; 46,7% думают о том, что сжигают калории во время занятий спортом.

Таким образом, проблема расстройств пищевого поведения среди подростков является актуальной, необходимы разработка и реализация профилактических мероприятий по предупреждению и коррекции данного типа девиантного поведения. Во-первых, не стоит акцентировать внимание подростков на вопросах стройности, внешности, тела и фигуры. Подростки достаточно сконцентрированы и озабочены этим. Во-вторых, необходимо менять представления подростков о понятии привлекательности. Нужно объяснять им, что привлекательность определяется не только внешними данными человека, а его умением представлять себя обществу, харизмой, личными качествами и любовью к себе. В-третьих, профилактические мероприятия данного типа нужно проводить отдельно для девушек и юношей. Только в данном случае беседа будет более искренней, а значит также более результативной и эффективной. Необходимо отметить важность профилактической работы с родителями подростков и их учителями, ведь данные социальные институты напрямую влияют на ментальное здоровье молодежи и часто определяют его благополучие. Родители подростка с уже имеющимся или развивающимся расстройством пищевого поведения могут как помочь своему ребенку, так и бессознательно навредить ему.

В рамках данного исследования и разработки профилактических мероприятий мы подготовили лекционный материал для проведения профилактической работы с учащимися старших классов. В данной лекции мы рассказываем о том, что такое расстройство пищевого поведения, какие бывают виды пищевых нарушений, и как определить у себя и своих близких риск развития данных заболеваний.

СТИМУЛЯЦИЯ МОЗЖЕЧКА LEARNING BREAKTHROUGH И АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Хасанова Р.Р.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель - профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. По официальным данным 2018 года в России насчитывается 5,2 миллионов инвалидов, что составляет 10% населения страны. По данным Министерства здравоохранения Республики Татарстан количество детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и школьного возраста составило 18 951 ребенок (дети дошкольного возраста - 4 305 человек, дети школьного возраста - 14 646 человек).

Адаптивное физическое воспитание, являясь одним из средств повышения работоспособности, освоения жизненно необходимыми и профессионально-прикладными двигательными умениями и навыками, стабилизации психоэмоционального состояния умственно отсталых детей, увеличения познавательной и коммуникативной деятельности, способно улучшить качество их жизни [1].

Одним из перспективных направлений развития физических и психических качеств является использование методики мозжечковой стимуляции Learning Breakthrough. Регулярность занятий обеспечивает создание и укрепление необходимых нейронных связей между частями головного мозга, дефицит которых вызывает у детей различные трудности [2; 3]. Стимуляция мозжечка – это особый комплекс упражнений, позволяющий развивать мозг, в том числе его области, отвечающие за формирование высших психических функций. Методика стимуляции мозжечка Learning Breakthrough с использованием специального набора оборудования Valametrics представляет собой несколько упражнений и включает следующие этапы коррекционно-развивающей работы:

- Упражнения с применением только балансировочной доски, она является основным элементом методики.
- Упражнения с задействованием сенсорных разновесных мешочков.
- Серия упражнений, выполняющаяся с помощью мяча-маятника на веревке.
- Упражнения с использованием палки с разноцветными делениями-секторами.
- Серия упражнений, где задействуется стойка с целями, мяч-маятник и палка с цветными делениями (в некоторых случаях).
- Упражнения с резиновыми мячиками.

При выполнении упражнений ребенок с нарушением интеллекта встает на доску определенным образом и по команде специалиста выполняет различные задания, используя выше перечисленные предметы [1]. Примерами таких упражнений для стимуляции мозжечка могут быть: перебрасывание мешка из одной руки в другую, отталкивание мяча на веревке по заданной траектории или попадание резинового прыгающего мяча в определенную серию чисел на деревянной доске с числами. Занятия нацелены на синхронизацию моторных и когнитивных навыков, развитие зрительно-моторной координации, стабилизацию процессов сенсорной интеграции, улучшение и совершенствование движений, поэтому занятия стимуляции мозжечка полезны для детей с умственной отсталостью [2; 3].

Цель исследования: оценить эффективность методики мозжечковой стимуляции при адаптивном физическом воспитании детей с умственной отсталостью.

Материал и методы исследования: были проанализированы особенности работы среднего медицинского персонала при проведении занятий по физическому воспитанию (развитие двигательных навыков и координации движений) детей с умственной отсталостью на базе детского реабилитационного центра благотворительного фонда «Сила в детях» и проведена оценка эффективности методики мозжечковой стимуляции при адаптивном физическом воспитании 12 детей в возрасте 8-10 лет с умственной отсталостью.

Изучив особенности работы среднего медицинского персонала при проведении занятий по физическому воспитанию детей с умственной отсталостью (развитие двигательных навыков и координации движений) с применением специального оборудования Valametrics, можно прийти к выводу, что улучшение показателей физической подготовленности и психомоторного развития детей после проведения серии занятий с использованием специального набора Valametrics более значим по сравнению с детьми, с которыми данные занятия не проводятся.

Список литературы:

1. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: Учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб.заведений/ А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; Под ред. В.А. Сластенина. - 2-е изд., перераб. - М.: Издательский центр «Академия», -2002. - 272 с. - ISBN 978-5-7695-6313-3. - Текст: непосредственный.
2. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальной развитии/Под ред. проф. С.П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2003. — 463 с. - ISBN 5-85009-743-0. - Текст: непосредственный.

3. Евсеев. С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры /С.П. Евсеев // - 2016. –С. 23-26. - ISBN 978-5-906839-18-3

КОМОРБИДНОСТЬ ПАРОДОНТИТА И ГЕРПЕСА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Цинеккер Д.Т.

Кафедра стоматологии детского возраста

(научный руководитель - профессор, д.м.н. Мамаева Е.В.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Совершенствование диагностики и оказания стоматологической помощи пациентам с хроническим пародонтитом в сочетании с герпетическими заболеваниями – является актуальной целью многих исследований. При этом пандемия Covid-19, в том числе течение ее постковидного периода, несколько изменила взгляд специалистов на диагностику и лечение указанных коморбидных заболеваний. Цель исследования – метагеномный анализ микрофлоры пациентов с пародонтитом в сочетании с герпетическими поражениями в постковидном периоде. Материалы и методы: Обследовано 28 пациентов в возрасте 18–19 лет; в экспериментальные группы вошли пациенты с хроническим пародонтитом (1 группа – с герпесом губ, 2 – с герпетиформным стоматитом) в постковидном периоде, в группу сравнения – условно здоровые. Отбор образцов биоматериала произведен после профессиональной гигиены рта из пародонтальных пространств; метагеномный анализ проведен с использованием спектрофотометра Nanodrop ND–2000 (Wilmington), наборов для анализа Quant-iT dsDNA HS и секвенатора MiSeq (Illumina). Результаты: Проанализированы структуры микробных сообществ 28 образцов микробиома пародонтальных пространств, средняя длина результирующих последовательностей составила 460 пар оснований, в среднем на выборку приходилось 13974 последовательностей, было выявлено 183 филотипа, относящихся к 17 типам, из них было выделено 46 наиболее многочисленных филотипа. Относительно группы сравнения, в экспериментальных группах определена тенденция к снижению нормофлоры (*Streptococcus*, *Rothia*), увеличению биоразнообразия Шеннона и отдельных представителей условно-патогенного спектра (1 группа – *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Campylobacter*, *Haemophilus*, *Selenomonas*, *Treponema*, *Tannerella* и *Filifactor*; во 2 группа – *unclassified TM7-3*, *Actinomyces*, *Veillonella*, *unclassified Gemellaceae*, *Porphyromonas*). Выводы: Выявлены особенности микробиома пародонтального кармана у коморбидных пациентов с пародонтитом и герпесом в постковидный период, идентифицированы отдельные представители микробиома, описаны их особенности, что дает основания к применению

различных методов лечения, в том числе с использованием малоинвазивной терапии на фоне противовирусных средств.

Список литературы:

1. Abanoub Riad, Islam Kassem, Jan Stanek, Mai Badrah, Jitka Klugarova, Miloslav Klugar. *Aphthous stomatitis in COVID-19 patients: Case-series and literature review. Dermatol Ther.* 2021 34(1): e14735. doi: 10.1111/dth.14735. PMID: PMC7883083. DOI: [10.1111/dth.14735](https://doi.org/10.1111/dth.14735)
2. Sukmanskaya G.D., Kryzhanovskaya A.V. *Features of chronic recurrent aphthosis stomatitis after COVID-19. Bulletin of problems biology and medicine.* 2022 (163): 208-213. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-1-163-208-213
3. Sterado L., Zorec R., Verkhatsky A., *Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. Acta Physiol.* 2020; 229(3): e13473. PMID: 32223077. DOI: [10.1111/apha.13473](https://doi.org/10.1111/apha.13473)
4. Slots J. *Herpesviruses, the missing link between gingivitis and periodontitis?. Journal of the International Academy of Periodontology.* 2004; 4, 6(4):113-119. PMID: 15553977. DOI: 10.1097/QCO.0b013e3280964da0
5. Sushma Das, G Shobha Prakash Krithiga, S. Gopalakrishnan. *Detection of human herpes viruses in patients with chronic and aggressive periodontitis and relationship between viruses and clinical parameters. Journal Oral Maxillofac Pathol.* 2012; 16(2): 203–209. PMID: 22923891. DOI: [10.4103/0973-029X.98502](https://doi.org/10.4103/0973-029X.98502)
6. Mohammad Mukhit Abdul Gaffar Kazi, Renu Bharadwaj. *Role of herpesviruses in chronic periodontitis and their association with clinical parameters and in increasing severity of the disease. Eur J Dent* 2017; 11(03): 299-304. DOI: [10.4103/ejd.ejd_43_17](https://doi.org/10.4103/ejd.ejd_43_17)
7. Santosh Kumar Swain, Priyanka Debta, Ansuman Sahu, Smarita Lenka. *Oral cavity manifestations by COVID-19 infections: a review. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery.* 2021 Aug;7(8):1391-1397. DOI: [10.18203/issn.2454-5929.ijohns20212914](https://doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20212914)
8. T. Kämmerer, J. Walch, M. Flaig, and L. E. French. *COVID-19-associated herpetic gingivostomatitis. Clin Exp Dermatol.* 2021 Jan 1; 46(1): 174–176. PMID: 33405295. DOI: [10.1111/ced.14402](https://doi.org/10.1111/ced.14402)
9. M. D. Maldonado, J. Romero-Aibar, M. A. Pérez-San-Gregorio. *COVID-19 pandemic as a risk factor for the reactivation of herpes viruses. Epidemiology & Infection.* 2021; 149. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268821001333>
10. Abdul Mannan Baig, Areeba Khaleeq, Usman Ali, Hira Syeda. *Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed*

- Neurotropic Mechanisms. ACS Chem. Neurosci.* 2020, 11, 995–998.
<https://dx.doi.org/10.1021/acchemneuro.0c00122>
11. Petra Tavčar, Maja Potokar, Marko Kolenc, Miša Korva, Tatjana Avšič-Županc; Robert Zorec, Jernej Jorgačevski. *Neurotropic Viruses, Astrocytes, and COVID-19. Front Cell Neurosci actions.* 2022; 16. DOI: 10.3389/fncel.2022.840121
12. Модина Т. Н., Цинеккер Д. Т., Харитоновна М. А., Махди Мохаймен Мхмуд Махди, Мамаева Е. В., Усманова И. Н. SARS-COV-2 в полости рта и обострение хронической пародонтальной патологии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (Covid-19). *Проблемы стоматологии.* 2021; 17 (1): 60-65. DOI: 10.18481/2077-7566-20-17-1 [Modina T. N., Tsinekker D. T., Kharitonova M. A., Mahdi Mohaymen Mkhmud Mahdi, Mamaeva E. V., Usmanova I. N. SARS-COV-2 in the oral cavity and exacerbation of chronic periodontal pathology in patients with a new coronavirus infection (Covid-19). *Problems of dentistry.* 2021; 17 (1): 60-65. DOI: 10.18481/2077-7566-20-17-1 (in Russ.)].
13. Царёв В.Н., Ягодина Е.А., Царёва Т.В., Николаева Е.Н. Значение вирусно-бактериального консорциума в возникновении и развитии хронического пародонтита. Значение вирусно-бактериального консорциума в возникновении и развитии хронического пародонтита. *Пародонтология.* 2020; 25(2):84-89. doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-2-84-88 [Tsarev V.N., Yagodina E.A., Tsareva T.V., Nikolaeva E.N. The importance of the viral-bacterial consortium in the occurrence and development of chronic periodontitis. 2020; 25(2):84-89. doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-2-84-88]
14. Saleev R.A., Modina T.N., Abdrakhmanov A.K., Zinecker D.T., Ilyinskaya Oh. N., Yakovleva G. Yu., Saleeva G.T., Mamaeva E.V. Metagenome Of Dentogingival Sulcus`S Communities By The Young People With Intact Periodontium. *Indo Am. J. P. Sci.* 2019; 06(03): 5320-5326. doi.org/10.33925/1683-3759-2019-24-4-345-350
15. Balmasova I.P., Olekhovich E.I., Klimina K.M., Korenkova A.A., Vakhitova M.T., Babaev E.A., Ovchinnikova L.A., Lomakin Y.A., Smirnov I.V., Tsarev V.N. Drift of the Subgingival Periodontal Microbiome during Chronic Periodontitis in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Pathogens* 2021, 10, 504. <https://doi.org/10.3390/pathogens10050504>
16. Ishiguro K., Washio J., Sasaki K., Takahashi N. Real-time monitoring of the metabolic activity of periodontopathic bacteria. *J Microbiol Methods.* 2015; (115): 22-6. PMID: 25986950. DOI: [10.1016/j.mimet.2015.05.015](https://doi.org/10.1016/j.mimet.2015.05.015)

ОЦЕНКА ОСАНКИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шапран А.М.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Охрана здоровья детей и подростков является одним из приоритетных направлений государственной политики и является лидирующим направлением профилактической деятельности министерства здравоохранения. Нарушение осанки является одной из основных проблем у детей подросткового возраста и встречается более чем в 65% случаев. Нарушение осанки – это деформация позвоночника, который может быть изогнут во фронтальной (спереди назад) или сагиттальной (вбок) плоскостях. Нарушение осанки у детей чаще формируется в период интенсивного роста. При нарушенной осанке снижаются амортизационные возможности позвоночника, страдают многие органы, т.к. любое изменение анатомических соотношений неизбежно сказывается на здоровье. Провоцируют деформации осанки такие факторы, как низкая физическая активность, тяжелый портфель (особенно в сочетании с привычкой носить в одной руке), недостаточная освещенность учебного места, из-за чего тело ребенка длительно находится в нефизиологическом положении.

Цель работы: выявить нарушения осанки у детей разного пола.

Материалы и методы: исследование нарушения осанки проводилось на базе ГАУЗ «Республиканского центра общественного здоровья и медицинской профилактики» МЗ РТ в рамках периодического медицинского осмотра. В данной работе представлены результаты небольшой группы детей, принимавших участие в данном исследовании – 40 девочек и 40 мальчиков в возрасте от 11 до 17 лет. Исследование проводилось с помощью аппарата компьютерной оптической топографии, приобретенного на средства гранта КГМУ № 1/22-5 от 14 июля 2022 г.

Результаты и выводы: Выполнив исследование и обработав полученные результаты (диагностика деформации позвоночника и нарушений осанки выполняется на основе компьютерного восстановления трехмерной модели поверхности туловища человека посредством проекции на его тело вертикальных черно-белых полос автоматически), можно сделать вывод, что 71,25% детей имеют различные нарушения осанки вне зависимости от пола. Среди девочек 80% имело нарушение осанки, у мальчиков: 62,5%-нарушение; 37,5%- норма.

Таким образом, можно сделать вывод, что нарушение осанки чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕВОЧЕК-ГИМНАСТОК И ДЕВОЧЕК, НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Ясонова Ю.А.

Кафедра общей гигиены

(научный руководитель – профессор, д.м.н. Радченко О.Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Осанка – это привычное положение тела при стоянии, ходьбе, сидении, которое формируется в процессе роста, развития и воспитания человека в период от 5 до 18 лет. Нарушение осанки является одной из основных проблем у детей подросткового возраста и отмечается у 60-80% всех школьников. Считается, что доминирующую роль в формировании правильной осанки играет воспитание и систематическое воздействие физических упражнений.

Детский спорт рассматривается в нашей стране как мощный фактор общего развития организма и укрепления здоровья детей и подростков. Но одинаково ли хорошо влияют все виды спорта на формирование правильной осанки у детей.

В настоящее время большое внимание уделяется детям, которые занимаются тем или иным видом спорта, в связи с увеличением у них количества регистрируемых нарушений осанки, так как сохранение правильной осанки является актуальной проблемой для каждого человека на протяжении всей его жизни.

Целью данной работы является исследование и сравнение осанки девочек, занимающихся художественной гимнастикой и девочек, не занимающихся спортом, в возрасте от 13 до 17 лет.

Материалы и методы: Исследование состояния позвоночника проводилось на базах ГАУЗ «РЦОЗ и МП», в рамках периодического медицинского осмотра, и МАОУ «Лицей №131». В данном исследовании принимали участие 80 девочек в возрасте от 13 до 17 лет. Из них 40 занимались художественной гимнастикой в школе художественной гимнастики МБУ СШОР «Приволжанка» с раннего возраста, остальные 40 девочек – ученицы МАОУ «Лицей №131», никогда не занимались спортом.

Исследование проводилось при помощи аппарата компьютерной оптической топографии, определяющего состояние позвоночника.

Результаты и выводы. Выполнив исследование позвоночника у девочек-гимнасток и девочек, никогда не занимавшихся спортом, можно сделать вывод, что 81% девочек в возрасте от 13 до 17 лет имеют различные нарушения осанки, вне зависимости от рода их деятельности.

У девочек, никогда не занимавшихся спортом, по большей части, диагностируются незначительные нарушения осанки – 37%. Девочки, которые профессионально занимаются художественной гимнастикой с раннего возраста, чаще имеют сколиоз 1 степени – 25% и 2 степени – 23%.

Проведя сравнительную оценку результатов диагностических исследований, мы видим, что нарушения осанки и сколиоз чаще отмечаются у девочек, занимающихся художественной гимнастикой.

Таким образом, у девочек, занимающихся художественной гимнастикой, сколиоз диагностируется чаще, чем у девочек, которые никогда не занимались спортом. Возможно, это связано с особенностями состояния опорно-двигательного аппарата контингента, отбираемого в данный вид спорта. При отборе в художественную гимнастику предпочтение отдается девочкам с врожденной высокой гибкостью суставов (гипермобильность), которая позволяет ребенку выполнять движения, выходящие за рамки анатомических способностей. Однако, гиперрастяжимость связочно-суставных элементов часто встречается при дисплазии соединительной ткани, являющейся причиной формирований нарушений осанки и сколиозов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Абдулина Р.Р.</i> Психологические факторы риска интернет зависимости	3
<i>Берхеева З.М., Сабитова М.М., Растатурина Л.Н.</i> Здоровье и выбор профессии	5
<i>Бурганова А.И.</i> О результатах анализа меню общеобразовательной организации для школьников младших классов	7
<i>Валиев Р.И., Радченко О.Р.</i> Внеклассные мероприятия в образовательных организациях –профилактика заболеваний и аддикций	10
<i>Гомзина Е.Г.</i> Регулирование пищевого поведения детей, как возможность профилактики обменных нарушений	12
<i>Даутова А.З., Кадырова Э.Ф.</i> Изучение роли наследственного фактора в липидном обмене у спортсменов различных видов спорта	14
<i>Дроздов Н.С., Шулаев А.В.</i> Виды нарушений категорий структуры и функции в соответствии с международной классификацией функционирования у подростков с болью в нижней части спины в зависимости от клинических проявлений и стадии патологического процесса	16
<i>Дроздов Н.С., Шулаев А.В.</i> Характеристика нарушений категорий международной классификации функционирования у подростков с болевым синдромом в нижней части спины	18
<i>Ибрагимова А.Р.</i> Инновационные технологии для формирования здорового образа жизни у школьников 5-11 классов	20
<i>Каримова Г.Р.</i> Вопросы здорового образа жизни у школьников подросткового возраста	23
<i>Лопушов Д.В., Борисова Л.О., Гарипова А.И.</i> Анализ перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Республике Татарстан	25
<i>Лушанина К.А., Хусаинова Д.К., Титова С.А.</i> Распространенность миопии среди учеников 10 – 11 классов средних общеобразовательных школ	27

<i>Мирхайдарова Л.Р.</i> Особенности оказания амбулаторной педиатрической помощи в условиях коммерческой медицинской организации	29
<i>Мусин Н.М., Радченко О.Р.</i> Результаты профилактических осмотров: показатели состояния здоровья обучающихся по программам среднего профессионального образования	31
<i>Мухутдинова Г.М.</i> Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний среди детей	33
<i>Низамова Д.И., Тухбатуллина Д.Т.</i> Профилактическое лечение мигрени у детей-подростков	35
<i>Пенин Д.О., Горбунов М.А.</i> Профилактика вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу у подростков юношей	37
<i>Сабитова М.М., Берхеева З.М.</i> Здоровье и профессиональное самоопределение	39
<i>Суворова Е.В., Выговская Л.Е.</i> Соматические дисфункции при дисплазии тазобедренных суставов у детей первого полугодия жизни.	40
<i>Сулейманова Д.М. Файзрахманова Г.М.</i> Оценка анатомо-функционального состояния стоп у детей школьного возраста (предварительное сообщение)	42
<i>Тимерханова А.К., Шайхразиева Н.Д.</i> Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде	45
<i>Федорова О.К.</i> Физическое развитие подростков, обучающихся в сельской школе Республики Татарстан	47
<i>Хисамутдинова Г.Н., Патяшина М.А., Сизова Е.П.</i> Анализ заболеваемости сальмонеллезом детского населения Республики Татарстан с 2016 по 2021 годы	49
<i>Чумарев Н.С., Валиев Р.И., Исаева Г.Ш.</i> Микробиота верхних дыхательных путей у детей (по данным литературы)	51
<i>Шайхразиева Н.Д., Сабаева Ф.Н.</i> Новый взгляд на профилактику гемоконтактных инфекций в родильных домах	53

Раздел
«МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В МЕДИЦИНЕ»
(тезисы студентов, магистров, ординаторов, аспирантов)

Абдулладжанова Н.Р. <i>Оценка санитарно-гигиенического состояния учебных кабинетов образовательных учреждений г.Казани</i>	55
Афлетонова Р.М., Борисова Л.О. <i>Туберкулез среди детского населения в Республике Татарстан</i>	56
Ашрафзянов И.И., Кожухаренко Ю.В. <i>Лекционный материал для учащихся старших классов: «Каких возможностей лишает нас алкоголь?»</i>	57
Белголова А.Р. <i>Алкоголь и организм: мнение специалистов (лекционный материал для учащихся старших классов)</i>	59
Васильева Д.А. <i>Изучение результативности занятий физической культурой по изменению показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы</i>	61
Ведерникова П.П. <i>Оценка психо-эмоционального состояния школьников разных возрастных групп</i>	63
Волков К.Г., Трифонова А.И. <i>Актуальные вопросы нежелательных реакций после вакцинации</i>	64
Гайфуллина А.И. <i>Удельный вес миопии в структуре выявленных заболеваний у обучающихся медико-фармацевтического колледжа</i>	66
Изюмов К.А. <i>К вопросу о праве на доступ к информации о состоянии здоровья несовершеннолетних</i>	67
Касаткина К.Д. <i>Оценка эффективности проведения диспансеризации населения</i>	69
Маркова К.С., Маркова В.С. <i>Гигиеническое обучение и воспитание детей, родителей и педагогов в учреждениях общего образования</i>	71
Мифтахова Я.С. <i>Изучение обращаемости жителей Казани в частный медицинский центр</i>	73
Модова А.Л. <i>Гигиеническая оценка расписания уроков школы №10 города Казани</i>	74
Низамова Д.И., Тухбатуллина Д.Т. <i>Создание алгоритма диагностики синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков</i>	76
Раджабова Г.Р., Алёшина А.Г. <i>Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Татарстан среди детей и подростков в 2012-2021 гг.</i>	78
Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А., Садыкова М.Р. <i>Исследование осанки методом компьютерной оптической топографии (предварительные результаты)</i>	80
Сарбаева В.М. <i>Предварительные результаты профилактического осмотра студентов КГМУ</i>	81

Сергеева П.А. <i>Заболеваемость респираторными инфекциями студентов Казанского государственного медицинского университета</i>	82
Талипова А.А. <i>Роль антинаркотической пропаганды в молодежной среде</i>	83
Усманова Н.В. <i>Гигиенические аспекты адаптации детей к обучению в школе</i>	85
Харина А.М. <i>Роль медицинской сестры в проведении профилактических мероприятий по предупреждению распространения расстройств пищевого поведения у подростков</i>	87
Хасанова Р.Р. <i>Стимуляция мозжечка LEARNING BREAKTHROUGH и адаптивное физическое воспитание детей с нарушением интеллекта</i>	89
Цинеккер Д.Т. <i>Коморбидность пародонтита и герпеса в постковидном периоде у лиц молодого возраста</i>	91
Шапран А.М. <i>Оценка осанки детей школьного возраста</i>	94
Ясонова Ю.А. <i>Сравнительная оценка нарушений осанки у девочек-гимнасток и девочек, не занимающихся спортом</i>	95