

O meta-analiză a studiilor populaționale ample efectuate, demonstrează că acesta determină o creștere cu 27-37% a riscului de mortalitate totală și cu 65-93% a riscului de boală cardiovasculară.

Sindromul metabolic înglobează un claster de dereglări severe și se atestă în cazul când sunt prezente cel puțin 3 din următoarele: insulinorezistența, obezitatea abdominală, dislipidemia și hipertensiunea arterială. La complexul descris pot fi adăugate: starea protrombotică și cea proinflamatorie, steatoza hepatică non-alcoolică și apneea de somn.

Scopul studiului. Studiarea prevalenței sindromului metabolic la copii cu patologii cardiace.

Material și metode. Lotul a fost alcătuit din 20 de copii, cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani, raportul fete : băieți fiind de 1:1, cu participare liber consimțită. Definiția SM s-a efectuat după criteriile Federației internaționale de Diabet.

Rezultate. În 31,25% din cazuri – sindromul metabolic confirmat, în 25% - subiecți cu 2 factori de risc, iar 43,75% din cazuri – subiecți cu un factor de risc către sindromul metabolic.

Concluzii. Sindromul metabolic instalat la copii necesită o abordare și o intervenție terapeutică cât mai precoce și cât mai eficientă, avînd ca scop prevenirea instalării complicațiilor ireversibile la vârsta de adult.



Чугунова Ольга Викторовна

АНЕМИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И.Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.*

Ключевые слова: анемия, подростки, диагностика, профилактика.

Долгое время система здравоохранения традиционно не обращала внимание на анемию, как на серьезное заболевание. Но, анемии считаются не только серьезным заболеванием, ухудшающим качество жизни пациента и течение основного заболевания, а у детей и подростков рост и развитие, но и распространенным.

В практической деятельности врача наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА), т.к. в 85% случаев причиной снижения содержания гемоглобина в единице объема крови является дефицит железа.

Самый уязвимый возраст – подростковый, имеющий свои особенности, обусловленные вегетативной, эндокринной и иммунной перестройкой организма на фоне физиологического ростового скачка, когда потребность в железе особенно высока. Главным фактором, способствующим развитию ЖДА у подростков, является несоответствие между запасами железа в организме и потребностью в нем. В современное время изменение характера питания, пищевых предпочтений, увлечение радикальными диетами приводит к недостаточному поступлению железа с пищей. Свой вклад в развитие ЖДА вносят заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, а у девушек значимы повышенные потери железа из-за кровотечений (маточные кровотечения пубертатного периода, дисменорея).

Особенностью данного заболевания в подростковом возрасте является то, что клинические симптомы выражены незначительно или даже отсутствуют, а жалобы не предъявляются. Это влияет на своевременность диагностики. Преодоление «проблемы анемии» основано на «широкомасштабных скрининговых программах». Первичный скрининг на анемию – параметры клинического анализа крови. Для верификации диагноза ЖДА необходимо оценить феррокинетику по показателям биохимического анализа крови (сывороточный ферритин, уровень растворимых трансферриновых рецепторов).

Снижение содержания сывороточного ферритина подтверждает наличие дефицита железа независимо от концентрации гемоглобина. Выявление ЖДА - поздняя диагностика железодефицитного состояния. Предшествующая анемии стадия латентного железодефицита (ЛДЖ) также неблагоприятно влияет на состояние здоровья, что обусловлено той ролью, которую железо, как эссенциальный элемент, играет в организме человека.

Правильно поставленный диагноз является ключевым моментом лечения анемии. Основа лечения ЖДА – назначение железосодержащих препаратов на фоне коррекции питания и устранения причины железодефицита.

ЖДА – заболевание, развитие которого необходимо и можно предотвратить. Поэтому профилактика железодефицита важна и особенно у подростков с быстрыми темпами роста, имеющих метаболические и эндокринные дисфункции, спортсменов, юных беременных. Первичная профилактика – это рациональное питание и минимизация факторов риска возникновения дефицита железа. Вторичная профилактика - выявление и лечение ЖДА и ЛДЖ.



Кутанова Рано Алымбековна

ИНТЕГРАЦИЯ КУРСА «ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В ЖИЗНЕННОМ ЦИКЛЕ» В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ В КЫРГЫЗСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ. И. АРАБАЕВА

Кандидат педагогических наук, доцент Кыргызского государственного университета им. И. Арабаева

Аннотация: В данной статье рассматривается электронный курс «Здоровье подростков в жизненном цикле», а также необходимость использования курсов для педагогической специальности в ВУЗах. Автор раскрывает цели и задачи курса, пререквизиты, постреквизиты и необходимые рекомендации по использованию данного курса.

Ключевые слова: Здоровое поколение, электронный курс, студент, модуль, компетентность, самостоятельная работа, умение, знание, профессиональная ориентация, здоровье.

Предлагаемый курс «Здоровье подростков в жизненном цикле» разработан с учетом профессиональной ориентации студентов и будущих функциональных обязанностей в средней школе.

По своему содержанию курс рассчитан на 2 кредита, общий объем по трудоемкости составляет 60 часов из них 16 часов лекций, 14 часов практических занятий, 30 часов самостоятельной работы студентов. Освоение данного курса рекомендуется после или параллельно с курсами «Педагогика», «Психология» и «Возрастная анатомия, физиология и гигиена детей и подростков».

Пререквизиты. Курс «Здоровье подростков в жизненном цикле» базируется на материале школьных программ по анатомии, физиологии и гигиене человека, обществоведению и на знаниях, полученных в КГУ им. И. Арабаева в процессе изучения педагогики, психологии и возрастной анатомии, физиологии и гигиены.

Постреквизиты. Перечень знаний, умений и компетенций, которыми должен овладеть студент по завершении кур-