

НЕОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА И ФИМОЗОВ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

отд. Урологии Клиники профессора Калининко

Частота детской врожденной урогенитальной патологии встречается нередко. Так у новорожденных отсутствие яичка в мошонке встречается у 2—4 % доношенных, 15—30 % недоношенных новорожденных и 1 % мальчиков 1 года. Недоразвитие внутреннего листка крайней плоти полового члена новорожденных – является одной из главных причин – возникновения фимозов у детей, как на первом году жизни, так и в последующие годы при позднем их выявлении. С курса классической эмбриологии известно, что у плода мужского пола развитие структур урогенитального синуса начинается с 8 по 12 неделю внутриутробного развития. Под действием хорионического гонадотропина происходит внутриутробная выработка тестостерона эндокриноцитами яичек плода (клетками Лейдига), который стимулирует пролиферацию и дифференцировку структур урогенитального синуса. Эпигенетический стресс, прием лекарственных препаратов, стрессы- снижают активность клеток Лейдига и хориона во время беременности- что ведет к рождению ребенка с незавершенностью эмбриогенеза. На базе нашей клиники проводится диагностика, и лечение таких пациентов. Препаратами выбора при крипторхизме в постнатальном периоде жизни – является хорионический гонадотропин. Длительность, дозировки и эффективность терапии хорионическим гонадотропином зависит: от длительности временного интервала после рождения и установленного на первичном приеме, этапа миграции яичка из брюшной полости в мошонку. Терапия фимозов же – проводится в отличии от системной терапии хорионическим гонадотропином, локально- масляными препаратами тестостерона с эффективностью обратнопропорциональной длительности существования фимоза и вторичного воспаления.

Камалдинов Д.О.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ АДДИТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Новосибирская общественная организация «Гуманитарный проект»

На сегодняшний день актуальность проблемы распространения наркотиков среди населения ни у кого не вызывает сомнений. Понимание факторов способствующих формированию зависимости позволяет планировать и проводить эффективные профилактические и реабилитационные программы.

Распространение потребления наркотических веществ в подростково-молодежной среде видоизменило картину социального состава потребителей. Если ранее исследователи могли выделять четко очерченные группы подростков склонных к употреблению психоактивных веществ, на сегодняшний день в группу потребителей попадают подростки в том числе из благополучных в психологическом и экономическом плане семей.

Один из главных аспектов психотерапии и психокоррекции детей младшего возраста состоит в обязательной работе с матерью и семьей. В младшем возрасте психологическое состояние матери является одним из определяющих факторов оказывающих наибольшее влияние на состояние ребенка. Естественный процесс происходящий в подростковом возрасте это стремление оторваться от семьи, от опеки родителей, семья в этот период перестает играть главную роль в определении психологического статуса ребенка. Подросток стремится быть более социализированным. Общество и непосредственное окружение сверстников оказывают на подростка большее влияние чем семья. У каждого общества свой психологический портрет, своя социализация подростка. Экономическое состояние общества не является главным в этих процессах. Подросток, таким образом, оказывается своеобразным зеркалом процессов происходящих в любом обществе.

Для построения эффективных стратегий психокоррекции и психотерапии важно понимание факторов формирования зависимости, мы приводим некоторые из них:

Проблема зависимости состоит не столько в психотропном препарате (наркотике), сколько в эмоциональных состояниях, которые хотят испытать с его помощью.

Потребление наркотика и формирование зависимости от него зависят от особенностей личности каждого отдельно взятого человека, от позиции человека по отношению к самому себе и к жизни, от опыта его развития в детском возрасте, от его личности, от социальных условий в которых он развивался и находится сейчас.

Механизм формирования зависимости одинаков для любых становящихся болезненными, пристрастий (алкоголь, наркотические вещества, переизбыток, коллекционирование, азартные и компьютерные игры). Особое значение в этом ряду приобретает Интернет аддикция, которая начинает формироваться уже в детском и подростковом возрасте, изменяя мышление, эмоции, личностные мотивации и поведение.

Наркотик служит гарантом мгновенного получения ощущений и эмоций, которые в реальной жизни человек может “заработать” только общаясь с другими людьми.

Наркотиком человек “латает” символические дыры возникающие из-за неудач, нереализованных возможностей, чувства собственной неполноценности, непризнания обществом, желание казаться взрослым и т. д.

М. Мелкумова, Е. Мовсесян, С.Саргсян, А. Бабляня

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ АРМЕНИИ

Медицинский центр “Арабкир”

Институт здоровья детей и подростков Ереван, Армения

Ключевые слова: подростки, поведение в отношении здоровья, рискованное поведение, школьники, Армения

Актуальность темы: Здоровье детей и подростков является одним из главных приоритетов здравоохранения Армении. Укрепление здоровья детей и подростков служит инвестицией в будущее нации. Распространенность

неинфекционных заболеваний в мире в целом и в Армении в частности вызывает обеспокоенность: 2/3 смертности взрослых обусловлены проблемами, заложенными в подростковом возрасте. Исследование поведения в отношении здоровья, проводимое среди подростков Армении, позволяет получить сведения, необходимые для дальнейшей разработки и осуществления политики и практики, направленных на улучшение здоровья и условий жизни подростков.

Материалы и методы: Основным методом является международное исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья"- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Исследование проводится каждые 4 года среди 11, 13 и 15 летних подростков. В Армении впервые среди 17-летних подростков исследование было проведено в 2013/2014 гг. Инструмент исследования - анонимный опросник, который состоит из вопросов, обязательных для всех стран-участников исследования, и вопросов, специфических и актуальных для каждой страны в отдельности. Результаты исследования, проведенного в 2005 г., а в дальнейшем - в 2009/2010, 2013/2014 легли в основу национальной стратегии здоровья и развития детей и подростков Армении. Регулярные исследования подростков в 2009/2010, 2013/2014 позволили выявить тенденции поведения в отношении здоровья среди подростков.

Результаты. Около 90% 11-летних девочек и 84% 17-летних с легкостью общаются с матерью. С отцом легко общается 68% 11-летних девочек и 53% 15-летних девочек. С возрастом легкость общения с матерью и, в особенности, с отцом значительно снижается. Армянские подростки позитивно относятся к школе: в 11 лет школа нравится 84% девочек и 68% мальчиков, в то время как в 17 лет школа нравится всего лишь 52% девочек и 40% мальчиков. Регулярно завтракают в будние дни 64% 11-летних подростков. Среди девочек в 15 лет регулярно завтракают 46%, а в 17 лет всего лишь 39%. Подросткам был задан вопрос "Как часто вы завтракаете с родителями?" и "Как часто вы ужинаете с родителями?". В целом, более 50% подростков ужинают с родителями, в то время как завтракают с родителями 49% 11-летних и 29% 17-летних мальчиков. Вызывает обеспокоенность тот факт, что процент курящих мальчиков достаточно высок среди 17-летних: так, 3% 15-летних и 11% 17-летних являются постоянными курильщиками.

Выводы. Исследование в отношении здорового поведения среди школьников позволяет выявлять основные возрастные тенденции и разрабатывать программы, содействующие укреплению здоровья подростков.

Мазеркина Надежда Александровна
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д – ПАНДЕМИЯ XX ВЕКА
НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва

Витамин Д является прогормоном, который синтезируется под воздействием солнечного света в коже в результате двухступенчатого окисления в печени и почках превращается в активную гормональную форму (1,25-ОНД₃). Помимо профилактики рахита и участия в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, витамин Д влияет на другие процессы в организме, включающие в себя синтез белка, стероидных гормонов, модуляцию клеточного роста, клеточную пролиферацию и дифференцировку, апоптоз. Многочисленными исследованиями доказано, что низкий уровень витамина Д связан с риском аутоиммунных заболеваний (сахарный диабет, рассеянный склероз и пр), кожных заболеваний, злокачественных образований, нейрогнитивных и нейродегенеративных расстройств (болезнь Альцгеймера и др).

Наиболее информативным показателем, отражающим статус витамина Д в крови является определение концентрации 25(ОН)Д в крови методом масс-спектрометрии. 25(ОН)Д ниже 20 нг/мл является дефицитом, ниже 30 нг/мл – недостаточностью витамина Д. Оптимальными следует считать уровни более 30-50 нг/мл. Уровень более 100 нг/мл может вызывать токсические эффекты. По различным эпидемиологическим данным, распространенность дефицита витамина Д в популяции составляет в России более 80%, США 75%, Южной Кореи и Японии 90%.

Факторами, определяющими риск развития дефицита витамина Д являются сниженное образование в коже (недостаточная инсоляция, применение солнцезащитных кремов, смуглая кожа), недостаточное поступление с пищей (вегетарианство, пищевая аллергия), нарушение всасывания (синдром мальабсорбции), повышенное депонирование в жировой ткани (ожирение), прием лекарственных препаратов (глюкокортикоиды, противовирусные и противогрибковые препараты, противосудорожные средства).

Для профилактики и лечения дефицита витамина Д используются препараты холекальциферола. Профилактическая доза у подростков составляет не менее 800-1500 Ед в сутки в сочетании с адекватным потреблением кальция из расчета 1,2 – 1,5 г в сутки. У лиц с ожирением, нарушением всасывания витамина Д ежедневная профилактическая доза может составлять 4 000-8 000 МЕ в сутки. Лечение дефицита витамина Д рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы 400 000 МЕ в течение 2 мес с переходом на поддерживающие дозы.

Мазеркина Надежда Александровна
ОТКЛОНЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ВАРИАНТ НОРМЫ ИЛИ ПЕРВЫЙ СИМПТОМ ПАТОЛОГИИ
НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва

Физическое развитие (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), стадия полового созревания), является важным показателем, отражающим общее здоровье организма. Оценка физического развития проводится путем измерения роста и веса, начиная с момента рождения (до 1 года каждые 3 мес, в последующем каждые 6-12 мес) с обязательной фиксацией данных в истории развития. Для правильной интерпретации полученных данных желательно их фиксировать на перцентильных кривых с расчетом SDS роста и SDS ИМТ, в некоторых случаях также SDS скорости роста. Отклонения больше или меньше 2 SD считаются патологией.

Нарушения роста могут быть первым симптомом ряда серьезных заболеваний: генетических заболеваний (синдром Тернера, Нуннан, Гетчинсона-Гилфорда, Рассела-Сильвера и др), патологии печени, почек, крови, ЖКТ, фосфорно-кальциевого обмена. Среди эндокринных причин к отставанию в росте могут приводить дефицит гормона роста, гипотиреоз, синдром Кушинга. Важное значение имеет показатель скорости роста – скорость роста 4 см/год и ниже