

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