

неинфекционных заболеваний в мире в целом и в Армении в частности вызывает беспокойство: 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 общаются 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 беспокойство 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-ОНД<sub>3</sub>). 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

позволяет заподозрить патологию.

При подозрении на дефицит гормона роста для диагностики проводятся стимуляционные тесты, при подтверждении диагноза дефицита необходимо МРТ-исследование для исключения органического поражения мозга (в частности опухоли ЦНС).

Изменения веса, не связанные с изменением образа жизни также могут быть первым симптомом заболевания. Похудание вплоть до кахексии может наблюдаться при нарушенном всасывании, тяжелых соматических и онкологических заболеваниях, нервной анорексии, хронических инфекциях. Потеря веса отмечается при эндокринных расстройствах: тиреотоксикозе, сахарном диабете 1 типа, гипопитуитаризме. У детей с опухолями мозга первым симптомом может быть остановка с наборе массы тела с развитием кахексии при нормальном самочувствии и потреблении пищи – синдром Рассела

Более часто у детей и подростков отмечается избыточная масса тела. При обследовании детей с ожирением необходимо исключать гипотиреоз, болезнь Кушинга, редкие моногенные формы ожирения (мутация MC4R, дефицит лептина), синдромальные формы (болезнь Прадера-Вилли, псевдогипопаратиреоз, синдром Лоуренса–Муна–Барде–Бидля).

Талалаев Константин Александрович, Грибова Елена Петровна  
**ПРЕДИКТИВНАЯ МЕДИЦИНА - ПЕРСПЕКТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСА КАЧЕСТВЕННЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРИОДА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина  
Общественная организация «Молодёжный центр развития», г. Одесса, Украина

**Ключевые слова:** предиктивная медицина, здоровье детей и подростков, ранняя диагностика, профилактика, качество жизни.

**Актуальность.** Системы здравоохранения многих стран в последние десятилетия демонстрируют устойчивый тренд развития в направлении качественно нового подхода - мониторинга индивидуального здоровья, основанного на предикции. Применяемые ныне модели здравоохранения утилизируют финансовые ресурсы преимущественно не в направлении предупреждения развития болезни, а на лечение и восстановление уже поврежденного здоровья. Одним из приоритетов среди инноваций является развитие превентивной медицинской помощи детям и подросткам, базисом которой должны быть системные изменения отношения общества к здоровью и чёткая ориентация на результаты, которые могут быть обеспечены благодаря внедрению предиктивного подхода (от англ. prediction - предсказания).

**Методы.** Были использованы общепринятые методы исследований в социальной медицине и общественном здравоохранении - библиографический, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический и статистический. Семьдесят пять публикаций периода последнего десятилетия, были тщательно изучены и проанализированы авторами.

**Результаты.** Активное внедрение биоинформатики, геномики, протеомики, метаболомики в практическую педиатрическую практику, являющееся предпосылкой повсеместного широкого использования концепции предикции среди населения детского и подросткового возраста с непременно налаженной унифицированной системой фиксации полученных результатов, может значительно усилить понимание врачами принципов протекания патологических процессов в органах и тканях пациентов и позволит им визуализировать уже имеющиеся повреждения, пребывающие порой ещё на доклинической стадии или на стадии латентного протекания. Дети и подростки с выявленным высоким генетическим риском должны получать возможность доступа к быстрой и целенаправленной терапии под наблюдением специально подготовленных врачей, что несомненно улучшит качество жизни пациентов, снизит показатели заболеваемости и осложнений, как и типично высокие затраты на лечение уже развившихся болезней.

**Рекомендации.** Для усовершенствования национальных доказательных систем, создания и оценки правил применения обоснованного предсказания вероятности заболевания и протекания патологического процесса, следует разрабатывать и активно внедрять региональные пилотные модели с последующим их тестированием и доработкой (согласно циклу Шухарта-Деминга).

Принимая во внимание, что важным вызовом является необходимость реформирования систем здравоохранения различных стран, существует потребность в модификации систем высшего медицинского образования с целью подготовки специалистов в современных сферах общественного здоровья и медицинского права.

Тверезовский М. В., Козишкурт А.С., Нагорная И., Кучеренко Л.Р.  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА ЗАЛОГ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «90-90-90»**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина.  
Проект профилактики ВИЧ/СПИД и поддержка организаций в Украине  
Немецкого общества международного сотрудничества (GIZ).  
Одесский национальный университет, Одесса, Украина.  
Клиника, дружественная к молодежи, Одесса, Украина.

**Ключевые слова:** ВИЧ, дотестовое и послетестовое консультирование.

**Актуальность.** Основной задачей мирового сообщества в вопросе предотвращения распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа является его прекращение к 2030 году, для чего достижение цели «90-90-90» является главной и основополагающей задачей.

В контексте реализации данной Программы, в мероприятиях, посвященных Всемирному дню борьбы со СПИДом, приняла активное участие студенты, врачи-консультанты, преподаватели кафедры общей и клинической эпидемиологии и биобезопасности Одесского национального медицинского университета совместно с «Клиникой, дружественной к молодежи», Молодежным центром развития и Немецким обществом международного сотрудничества (GIZ).