

энергообмена [5, с. 13]. Исследования у животных и человека показали, что депривация сна сопровождается уменьшением содержания лептина и возрастанием уровня грелина. Определенный вклад в развитие ожирения вносит постоянное эмоциональное напряжение и стрессы, которые могут вызывать как повышенное потребление пищи («заедание» стресса), так и нарушения сна.

Некоторые факторы, характерные для современного общества, также оказывают влияние и на классические варианты метаболического ожирения. Так, наиболее частым вариантом формирования церебральной (гипоталамической) формы ожирения является связанный с конституциональной дефектностью гипоталамуса, которая изначально находится в скрытой, компенсированной форме, но под воздействием эмоциональных стрессов, неправильного режима питания и физической активности возможно развитие декомпенсации данного порока [4, с. 138]. В результате формируется дисфункция церебральной системы пищевого поведения и эндокринно-метаболических процессов с предполагаемой патологией серотонинергических систем, проявляющаяся генерализованным отложением жира, которое сочетается с другими -эндокринными, мотивационными, психопатологическими, вегетативными нарушениями.

Выводы: На основании полученных данных можно сделать вывод, что ожирение является заболеванием, характерным для современного общества. Его массовое развитие за последние 50 лет связано не только с изменениями образа жизни человека, но и наличием генетических изменений, закрепленных в ходе эволюции. Роль избыточного питания следует рассматривать не изолированно, а в совокупности с генетическими факторами, а также с факторами среды. Понимание всех возможных процессов патогенеза ожирения и роли различных экзо- и эндогенных факторов необходимо для выработки адекватных методов лечения и профилактики ожирения.

Список литературы

1. Робертс Б., МакКи М., Гаспаришвили А., Чоу К., Горякин Е., Ротман Д., Хэрпфер Х., Уотсон К. Социологическое исследование факторов, влияющих на ожирение на микро- и мезоуровне, в странах бывшего СССР (многоуровневый анализ) // Социология медицины. 2012. № 2. С. 57–62.
2. Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины // Ожирение и метаболизм. 2011. № 1. С. 5–19.
3. Qasim A., Turcotte M. de Souza R.J., Samaan M.C., Champredon D., Dushoff J., Speakman J.R., Meyre D. On the origin of obesity: identifying the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations // Obesity Reviews. 2018. vol. 19 no. 2. P. 121–149.
4. Speakman J.R. A nonadaptive scenario explaining predisposition to obesity: the «predation release» hypothesis // Cell Metabolism. 2007. no. 6. P. 5–12.
5. Струева Н.В., Полуэктов М.Г., Савельева Л.В., Мельниченко Г.А. Ожирение и сон. // Ожирение и метаболизм. 2013. № 3. С. 11–18.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВИТАМИННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНОВ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Савульская В.А., Толкачёва В.В.

УО «Гродненский государственный
медицинский университет», Гродно,
e-mail: lerkatolka4eva@gmail.com

В статье представлены результаты гигиенической оценки диетического питания детей младшего школьного возраста (7-11 лет), находившихся на стационарном лечении в учреждениях здравоохранения Гродненской области (Республика Беларусь). Показано, что рационы диетического питания детей характеризовались дефицитом потребления ряда витаминов, что не позволяло обеспечить физиологические потребности их организма в веществах. Это, в конечном счете могло снижать эффективность комплексной терапии.

Ряд исследователей указывают на недостатки в организации лечебного питания пациентов, находящихся на стационарном лечении, которые не позволяют удовлетворять физиологические потребности организма в энергии и пищевых веществах, что в свою очередь неблагоприятно отражается на эффективности комплексной терапии заболеваний [1, 2, 3]. Таким образом, исследования, направленные на гигиеническую оценку диетического питания детей, пребывающих на стационарном лечении, являются весьма актуальными, поскольку позволяют разработать подходы, направленные на его усовершенствование.

Цель исследования: оценить с гигиенических позиций витаминную обеспеченность рационов диетического питания детей младшего школьного возраста (7-11 лет), находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы исследования. Проанализированы меню-раскладки диетического питания, составленные для детей младшего школьного возраста (7-11 лет), находившихся на стационарном лечении в учреждениях здравоохранения Гродненской области (Республика Беларусь).

Оценка нутриентного состава рационов произведена на основе таблиц пищевой ценности и химического состава продуктов питания и готовых блюд. Полученные результаты были сопоставлены с показателями Санитарных норм и правил «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь».

Формирование исследовательской базы и статистические расчеты выполнены при применении пакета прикладной компьютерной про-

граммы STATISTICA 10.0 (результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного диапазона ([Q1-Q3])).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что рационы питания детей младшего школьного возраста были обеднены по содержанию ряда водорастворимых витаминов. Так, потребление витамина B₅ было равно 2,908 [2,797-4,168] мг/сут, в то время как рекомендуемая норма составляет 3,0-5,0 мг/сут. Количество витамина B₆ было равно 1,068 [0,963-1,195] мг/сут, при установленном нормативе 1,5-2,0 мг/сут. Потребление витамина B₉ составило 111,0 [110,265-145,769] мкг/сут, в сравнении с нормой 200,0-400,0 мкг в сутки. Содержание витамина B₁₂ в пищевых рационах было на уровне 1,780 [1,390-2,511] мкг/сут, при рекомендуемом значении 2,0-3,0 мкг/сут. Потребляемое количество витамина С составило 66,56 [58,195-68,7] мг/сут, в сравнении со значением норматива 60,0-90,0 мг в сутки. Содержание витамина РР в пищевых рационах было равно 13,679 [12,335-15,228] мг/сут, при значении норматива 15,0-20,0 мг в сутки.

Выводы. Таким образом, при гигиенической оценке витаминной обеспеченности рационов диетического питания детей младшего школьного возраста, находившихся на стационарном лечении, было установлено, что они содержали пониженное количество ряда водорастворимых витаминов.

Список литературы

1. Селиванова Т.В. К проблеме медицинского контроля лечебного (диетического) питания в современных организациях здравоохранения Республики Беларусь // Вопросы питания. 2018. Т. 87, № 55. С. 115-116.
2. Хамидова Р.Р. Диетотерапия как научно-обоснованная система организации питания в стационаре // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. 2015. № 9-3. С. 22-25.
3. Тутельян В.А., Шарафетдинов Х.Х., Погожева А.В. Анализ нормативно-методической базы по организации лечебного питания в медицинских организациях РФ // Вопросы питания. 2013. № 3. С. 19-29.

МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Сергиенко Е.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: sergienkoegor@yandex.ru

Актуальность работы: С развитием современного общества на смену традиционному рациону питания приходят новые сильно обработанные продукты, богатые простыми углеводами и бедные грубой клетчаткой. Это нарушает кислотно-основной баланс ротовой жидкости и вместе с низким качеством гигиены зубов приводит к развитию кариеса и нарушениям зубочелюстной системы. При этом длительность такого воздействия только ухудшает ситуацию и увеличивает масштаб стоматологического вмешательства. Поэтому актуальность данной области медицины достаточно высока.

Цель работы: обобщить данные об особенностях микропротезирования в ортопедической стоматологии.

Методы и материалы: учебная и научная литература, их анализ и интерпретация.

Результаты: Современная стоматология предполагает широкий спектр манипуляций в достижении необходимого результата в борьбе с патологией твердых тканей зубов. Эти методы можно условно разделить по масштабу поражения. Для такой дифференцировки создан индекс окклюзионной разрушенности зуба (ИРОПЗ), который означает отношение площади кариеса к площади окклюзионной поверхности. Для каждого его значения подбирается определённый тип лечения:

- 0-0,3 – показано лечение пломбирочным материалом
- 0,3-0,6 – лечение вкладкой
- 0,6-0,8 – применение коронок
- 0,8-1,0 – использование штифтовых конструкций [1, с.212].

В любом случае результат работы стоматолога и зубного техника должен:

- препятствовать прогрессированию патологии
- восстанавливать функцию жевания и речеобразования
- обладать эстетичным и естественным внешним видом
- не разобщать зубной ряд и быть в правильном контакте с зубами-антагонистами

В данной статье хотелось бы остановиться на ситуациях, когда ИРОПЗ составляет 0,3-0,6. Вкладка – несъемный микропротез, фиксируемый на цемент с окклюзионной поверхности и восстанавливающий эстетику, функцию жевания и глотания. Материалом для их изготовления служат пластмасса, композит, керамика или же титан, но редко. По конструкции вкладки делят на: inlay, onlay, overlay и pinlay [1, с. 257].

Вкладки Inlay располагаются центрально, в естественных углублениях и не затрагивают бугорков зуба. Препарирование начинают с раскрытия фиссур. Для профилактики вторичного кариеса производят профилактическое расширение полости фиссурным бором. Им же формируют боковые стенки с дивергенцией 3–6°. Если планируется безметалловая конструкция, то используют боры с закругленными гранями для скругления перехода боковых стенок в пульпарную. Для металлических вкладок создают окклюзионный скос пламевидным бором. Дно полости выравнивают бором с торцевым напылением. Для увеличения ретенции формируют элементы в виде «ласточкиного хвоста». В случае если кариесом поражается контактная поверхность, то полость под вкладку формируют по 2-му классу, с иссечением апроксимальной стенки, удалением контактного пункта и созданием придесневой стенки. В случае когда