

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/burns> (дата обращения: 10.07.2021).

3. Петров С.В. Общая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 832 с.

4. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1981. Т. 17.

5. Ярыгин В.Н. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 720 с.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Бакунина Е.С., Селезенева Д.Р., Ганеева Е.Р.

*ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России, Пермь, e-mail: elbakunina@mail.ru,
selezeneva2000@bk.ru, ganeevaperm@mail.ru*

Среди студентов Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера определялась частота встречаемости обсессивно-компульсивного расстройства и возможные причины его возникновения. Выявлено, что больше половины обучающихся имеют признаки данной патологии разной степени тяжести: 46,8% из них имеют легкую степень, 33,3% – среднюю, 8,1% – тяжелую и 0,9% – крайне тяжелую, а у 10,8% признаки заболевания отсутствуют. Степень выраженности проявлений обсессивно-компульсивного расстройства имеет зависимость от пола. Риск возникновения значительно выше у женщин (78,8%), чем у мужчин: 2/3 тяжелых и крайне тяжелых проявлений невроза выявлены у девушек. Стоит отметить, что на развитие расстройства также влияет стереотипное поведение и темперамент: высокая предрасположенность встречается у сангвиников, а меланхолики продемонстрировали минимальный риск формирования данного заболевания. Все студенты с проявлениями обсессивно-компульсивного расстройства в тяжелой и крайне тяжелой степени охарактеризовали себя как интроверты. Необходимо подчеркнуть, что значимыми причинами являются постоянный стресс (96,2%) и усталость (96,9%). А также существует большое количество факторов, которые способствуют прогрессированию и поддержанию данного заболевания.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – это особая форма невроза, характеризующаяся обсессиями (навязчивые мысли, образы и эмоциональные переживания) и компульсиями (навязчивые, часто ритуализированные действия, которые помогают справиться с обсессиями), которые субъективно считаются больными как «защитные» [1].

Ярким примером является самая распространенная фобия контаминации. У пациента

каждый раз после контакта с потенциально загрязненной поверхностью появляется мысль (обсессия), что он должен помыть руки (компульсия, ритуал). Для постороннего это может показаться безумием: мыть руки очень горячей водой почти каждые пять минут. Но только постоянное совершение этого ритуала помогает человеку справиться с навязчивой мыслью, что через грязь на руках в его организм попадет вирус или патогенные бактерии [2].

В современной классификации болезней (МКБ-10: F42), обсессивно-компульсивное расстройство является самостоятельной нозологической формой, которая имеет свои диагностические и терапевтические протоколы. Распространенность заболевания в популяции составляет 1,9% – 3,3% [3]. В среднем данная патология начинает развиваться в 19-20 лет. Ближе к 14-ти годам расстройство встречается у 25% больных, а в возрасте старше 35 лет манифест заболевания наблюдается довольно редко [4].

Причинами данного вида невроза могут выступать: биологические факторы (изменение биохимических процессов в нервной системе), генетическая предрасположенность, аутоиммунные заболевания (теория PANDAS-синдрома), вызванные стрептококковой инфекцией. Также следует учитывать особенности характера (мнительность, склонность к сомнениям, перепроверкам), строгое воспитание. Эти факторы определяют поведенческие причины, которые связаны с чувством страха и опасности, а также когнитивные причины, направленные на неправильную интерпретацию собственных мыслей. Особое место среди стимулов, способных запустить процесс расстройства, принадлежит окружающей среде, постоянному стрессу, переутомлению, усталости.

Помимо причин, вызывающих расстройство, существуют факторы, способствующие прогрессированию и поддержанию данного заболевания. К ним относятся: избегание происходящего вокруг, преувеличение своих возможностей, чрезмерная концентрация на отрицательных мыслях, переоценка опасности и нетерпимость к неопределенности, перфекционизм, заикливание, стереотипное поведение.

Манифест заболевания в молодом возрасте, значительно затрудняет дальнейшую социальную адаптацию людей, а именно: приобретение социальных отношений, навыков и необходимой квалификации. Поэтому такие вопросы, как распространение, степень выраженности патологии, а также связанные с этим задачи профилактики и лечения обсессивно-компульсивного расстройства, имеют большое практическое значение.

Вследствие психологического барьера и боязни осуждения большое количество людей с обсессивно-компульсивным расстройством

не обращаются за помощью по поводу своего заболевания. Больные, страдающие легкими формами расстройства, не видят причин обращаться к специалисту, так как обсессии и компульсии выражены неярко. Родственникам же эти симптомы могут казаться чертами характера или личными суевериями, и также не вызывать беспокойства. Но данное заболевание, особенно при отсутствии своевременного лечения, может сохраняться в течение длительного времени и негативно влиять на повседневную жизнь.

Группа американских психиатров в Йельском и Брауновском университетах под руководством доктора Вейна Гудмана в 1989 г. предложила тест для количественного определения составляющих ОКР и их динамики. Клиническое пособие Y-BOCS (The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) – самая распространенная и точная психологическая методика, применяемая специалистами до сих пор в мировой практике, имеет высокую степень достоверности. Обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна состоит из 10 небольших интервью, это 5 вопросов для выявления выраженности обсессий и еще 5 – определяют наличие компульсий. Степень выраженности обсессивных и компульсивных симптомов определяется по 5 критериям: продолжительность в течение суток, степень нарушения жизнедеятельности, уровень психологического дискомфорта, сопротивление симптомам и контроль над ними. Каждый пункт оценивается по 5-балльной системе (от 0 до 4) и подсчитывается общий балл. В дальнейшем клиническая тестовая методика была адаптирована для самооценки психического здоровья и широко используется при скрининге психических расстройств [5].

Цель и задачи исследования. Провести обзор литературных источников, проанализировать распространённость, этиологию и патогенез невроза навязчивых состояний. Выявить частоту встречаемости различных проявлений обсессивно-компульсивного расстройства у студентов и его основные predisposing факторы возникновения.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе Пермского государственного медицинского университета. Среди студентов проведено анкетирование. Очное интервьюирование было невозможно в связи с временным введением дистанционного режима работы, поэтому была использована Google форма опросника. Положительным моментом такого исследования является анонимность анкетирования, что позволяет надеяться на правдивые ответы. Опрос состоял из двух разделов. Первая часть включала 12 вопросов, направленных на выявление возможных причин возникновения и прогрессирования ОКР. Учитывали также пол, возраст, курс, условия проживания респондентов. Вторая часть содержала 10 вопросов, составленных на основе шкалы Йеля-Брауна,

но интерпретированных для учащихся в форме жизненных ситуаций. Данная шкала позволила выявить наличие и определить степень тяжести расстройства у студентов. Участники исследования были предупреждены о том, что результат теста – это не медицинский диагноз.

Данные занесены в таблицу и обработаны с помощью программы Excel.

Полученные результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 111 человек, среди них 84 девушки (75,7%) и 27 юношей (24,3%). Средний возраст опрошенных составил $20 \pm 0,6$ лет. Больше половины респондентов имеют клинические проявления ОКР: 46,8% из них в легкой, 33,3% – средней, 8,1% – тяжелой и 1 человек (0,9%) – крайне тяжелой степени, а у 10,8% признаки патологии отсутствуют. Проживают самостоятельно, отдельно от родителей, 58,6% студентов, имеющих признаки заболевания. Степень выраженности проявлений обсессивно-компульсивного расстройства также имеет зависимость от пола – 2/3 тяжелых и крайне тяжелых проявлений невроза выявлены у девушек.

Среди лиц с ОКР сангвиников – 33,3%, холериков – 28,3%, флегматиков – 26,3%, меланхоликов – 12,1%. К возникновению данной патологии в равной степени склонны перфекционисты и неперфекционисты. Все студенты с проявлениями расстройства в тяжелой и крайне тяжелой степени охарактеризовали себя как интроверты.

Значимыми причинами являются постоянный стресс (96,2%) и усталость (96,9%) среди учащихся. Наследственную предрасположенность имеют 33% лиц с тяжелой и крайне тяжелой степенью выраженности симптомов. Среди учащихся с легкой и средней формой расстройств неврозы у родственников первой линии встречаются только в 11,2% случаев. Два человека отмечают у себя травму или заболевание ЦНС. Стереотипное поведение и заикливание на приметах являются predisposing факторами развития расстройства.

Заключение. Большая часть студентов университета имеет симптомы обсессивно-компульсивного расстройства различной степени тяжести. Наиболее значимые причины – длительные стрессы и усталость, а также наследственная предрасположенность. Риск максимально высок у тех, кто склонен к стереотипному поведению и заикливанью на приметах. Не менее значимым фактором является тип темперамента у студентов: в большей степени предрасположенность встречается у сангвиников, а в меньшей – у меланхоликов. Возможно, это связано с неверной самооценкой темперамента. Такая высокая частота встречаемости расстройств обусловлена высокими нагрузками и неумением снимать стрессовые ситуации. Немаловажную роль сыграл и тот факт, что во время исследования учащиеся находились в длительной само-

изоляции, а потом на дистанционном обучении в связи с новой коронавирусной инфекцией.

Список литературы

1. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова. М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. 1000 с.
2. Трофимова М.А., Бабатов Р.М. Исследование взаимосвязи обсессивно-компульсивного расстройства и депрессии // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2019. № 10 (38). С. 65-68.
3. Психиатрия / под ред. Н.Г. Незанова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 512 с.
4. Late-onset Obsessive Compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity / Grant J.E. [et al.] // Psychiatry Research. 2007. Vol. 152. №1. P. 21-27.
5. Goodman W.K. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability / W.K. Goodman, L.H. Price // Arch. Gen. Psychiatry. 1989. Vol. 46. P. 1006-1011.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Безбородова А. П.

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева», Саранск,
e-mail: dep-general@adm.mrsu.ru*

С целью определить, каким образом продукты питания, а также химический состав питьевой воды влияют на развитие кариеса, был проведён анкетный опрос среди студентов второго курса. В анкетировании приняли участие 119 человек. Установлено, что стоматологические заболевания чаще регистрируются у лиц, употребляющих недоброкачественную питьевую воду, а также у лиц, ежедневно употребляющих в пищу сладости. Следует отметить, что у студентов, ежедневно употребляющих в пищу молоко и кисломолочные продукты, кариес диагностируется реже. Рассмотрены два варианта профилактических диет.

Ключевые слова: кариес, питание, минеральные вещества, питьевая вода, диета.

По данным Всемирной организации здравоохранения 60-90% детей школьного возраста и почти 100% взрослого населения мира страдают кариесом зубов [1].

Кариес – это поражение зуба, возникающее в результате деминерализации и размягчения твердых тканей зуба с последующим образованием полости [2].

Ткани полости рта, в том числе зубы, крайне чувствительны к дефициту компонентов пищи. При этом, наряду с характером питания, важным фактором, определяющим здоровье зубов, выступает химический состав потребляемой воды.

Влияние различных компонентов пищи на здоровье зубов

Воздействие продуктов питания на состояние ткани зуба проявляется как на локальном, так и на системном уровнях. В первом случае, пища контролирует жизнедеятельность микро-

флоры ротовой полости и скорость выделения слюны. Во втором, осуществляется всасывание компонентов пищи и их транспорт ко всем тканям и органам, в том числе к зубам.

Питание должно быть сбалансированным не только в отношении белков, жиров и углеводов, но и в отношении минеральных веществ (в частности кальция и фосфора) [3].

Развитие эмали начинается с образования белковой матрицы, полноценность минерализации которого зависит от полноценности белка. Установлено, что неполноценность состава белковой матрицы, вызванная дефицитом пластического материала, приводит к неполноценной минерализации [4, с. 7].

К факторам пищи, обуславливающим кариесрезистентность зубов, относятся витамины, микро- и макроэлементы и другие компоненты пищи, в частности в период формирования зубов [5, с. 47].

Так, витамин D и паратгормон участвуют в регуляции концентрации кальция и фосфатов в плазме. Витамин D способствует поступлению этих элементов внутрь клетки и определяет минерализацию костей и зубов. Потребность взрослого человека в витамине D составляет 10 мкг (400 МЕ) в сутки [3].

Сбалансированность минеральных элементов в большей степени изучена касательно фосфора, кальция и магния. Сбалансированность фосфора и кальция в рационе обозначается соотношением 1:1, а сбалансированность магния и кальция – соотношением 1:0,5 [3]. Сбалансированность фосфора, кальция и магния в продуктах питания определяет уровень усвоения минеральных элементов. Потребность в кальции для взрослого человека 1000 мг в сутки. Потребность в фосфоре – 800 мг в сутки [3].

Кальций и фосфор встраиваются в кристаллическую решетку апатитов зубной эмали; снижают кислотность бактериального геноза (кальцит); способствуют образованию буферных систем (фосфатов).

Кальций тяжело усваивается в организме: его всасываемость улучшается в присутствии белка и лактозы, что объясняет хорошую усвояемость кальция молока и молочнокислых продуктов [6, с. 125]. Понижается усвояемость кальция при повышенном содержании в пищевом рационе калия, магния, фосфора и жира.

Фтор играет значимую роль в процессах развития зубов, формирования дентина и эмали зубов, а также в процессе костеобразования. Оптимальным количеством фтора, которое предупреждает кариес зубов, считается 1,5 мг/л для I и II климатических районов и 1,2 мг/л для III климатического района [7].

Доказано, что при длительном употреблении воды, бедной солями фтора развивается кариес, а при употреблении воды с содержанием фтора выше ПДК (1,5 мг/л) – флюороз.