

# MSU

## Medical science of Uzbekistan

2023. №6

## O'zbekiston tibbiyot ilmi



# “O‘zbekiston tibbiyot ilmi”

## ELEKTRON JURNALI

6-nashr. (noyabr-dekabr, 2023 yil)

**Davriy nashrning rasmiy nomi:** “O‘zbekiston tibbiyot ilmi” elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan 24.05.2022 sanada berilgan №1631-sonli guvohnomasi bilan ro‘yxatdan o‘tgan.

**Xalqaro indeksi:** ISSN 2181-3612 (Online).

**Jurnal asoschilari:** Andijon davlat tibbiyot instituti va “I-EDU GROUP” MCHJ.

**Jurnalning maqsadi:** sog‘liqni saqlashning barcha bo‘g‘inlari xodimlarini bemorlarda turli kasalliklarda tashxis qo‘yish, davolash va profilaktikasini takomillashtirish bo‘yicha innovatsion yondashuvlar bilan tanishtirish, tibbiyot va ilmiy tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish va takomillashtirish.

**Jurnalning onlayn versiyasi veb-saytda mavjud:** [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

**Tahririyat telefoni:** +998 (94) 018-02-55

**Pochta manzili:** 170100, Andijon shahar, “Yu.Otabekov” ko‘chasi, 1-uy.

**Web-sayt:** [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

**E-mail:** [info@fdoctors.uz](mailto:info@fdoctors.uz)

## Bog‘langan tizimlar:

GoogleScholar

DOI Crossref

inLibrary

SLIB.UZ

CYBERLENINKA

Orcid

Publons

Scienceweb

archive.org

ResearchBib (OAK 14-baza)

Bielefeld Academic Search Engine (OAK 13-baza)

EuroPub Database

Researchgate (OAK 40-baza)

**TAHRIRIYAT TARKIBI:**

**ARZIKULOV ABDURAYIM SHAMSHIEVICH** – Bosh muharrir, professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.

**TOSHBOEV SHERZOD OLIMOVICH** – mas’ul kotib, dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.

**TAHRIRIYAT JAMOASI:**

- 1. MADAZIMOV MADAMIN MUMINOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.
- 2. SALAXITDINOV ZUXRITDIN** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 3. AGRANOVSKIY MARK LEYZEROVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 4. SALAXITDINOV KAMALITDIN ZUXRITDINOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 5. XUDAYBERDIEV KABIL TURSUNOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 6. RASUL – ZADE YULDUZ GULYAMOVNA** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 7. ABDULLAJONOV BAXRAMJON RUSTAMOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 8. RAXMANOVA LOLA KARIMOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 9. MAMATXUJAEVA GULNARAXAN NAJMIDINOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 10. KAXXAROV ZAFARJON ABDURAXMANOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 11. OLEJNIK VLADIMIR ALEKSEEVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 12. TULANOV DILSHOD SHOMIRZAEVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 13. MIRZAKARIMOVA DILDORA BAXODIROVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 14. ABDULLAEVA MAVJUDA ERGASHEVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 15. SALIEVA MANZURA XABIBOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).

# СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ

Салиев А.С.<sup>1</sup>  Арзикулов А.Ш.<sup>1</sup> 

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

**Аннотация.** Целью работы являлось изучение состояния вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков 14–15 лет, проживающих в промышленном городе и сельской местности. Наиболее низкие показатели социальной адаптированности отмечены у городских школьников по сравнению с сельскими. Наиболее высокие показатели социальной адаптированности зарегистрированы у сельских школьников. Наиболее низкие показатели вегетативной устойчивости выявлены у юношей гимназистов. Однако наиболее высокие показатели вегетативной устойчивости отмечены у школьников, проживающих в сельской местности. Подростки с низкими показателями вегетативной устойчивости и социальной адаптированности должны пройти дополнительное обследование и в зависимости от его результатов получить курс реабилитации с участием врача, психолога и педагога.

**Ключевые слова.** адаптированность, подростки, дезадаптация, вегетативная устойчивость.

Школьный период жизни рассматривается большинством авторов как совершенно особый, исключительно важный период жизни человека, оказывающий большое влияние на формирование организма, психической деятельности и личностных черт индивидуума (1, 2, 3, 4).

Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных (кризисных) нарушений в данной возрастной группе (5,6,7). Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний. Данные последних лет свидетельствуют, что лишь 16% детей школьного возраста могут быть признаны психически полностью здоровыми. В школьные учреждения поступает до 30% детей, имеющих те или иные отклонения в психической и соматической сферах, а заканчивают школу, с подобными отклонениями уже 80% (8,9).

В свою очередь не последнее место в процессе успешного освоения школьной программы занимает вегетативная устойчивость, то есть способность организма достаточно стабильно и адекватно реагировать на различные воздействия внешней среды, в том числе школьной. Вегетативная дисфункция – одно из наиболее распространенных состояний, частота которой, по данным разных авторов, в подростковой популяции достигает 65–72% (10,11,12,13). Известно, что вегетативная дисфункция приводит к снижению качества жизни подростка, ограничивает возможность выбора профессии и военной службы, негативно влияет на репродуктивное здоровье, ведет к формированию соматоформных расстройств у взрослых.

**Цель работы:** изучение состояния вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков.

## Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 100 подростков (50 девушек и 50 юношей), проживающих в условиях города Андижан и области, обучающихся в общеобразовательной школе и гимназии, и 89 подростков (60 девушек и 29 юношей) из сельской местности – учащихся общеобразовательной школы в возрасте 14–15 лет. Показатели вегетативной устойчивости и социальной адаптированности согласно методике подразделяли на хорошие, нормальные и низкие. Оценка вегетативной устойчивости и социальной адаптированности проводилась с использованием двухфакторного опросника, утвержденного Европейским союзом школьной и университетской гигиены и медицины, адаптированного к региональным условиям. Опросник дает возможность оценить уровень социальной адаптированности (коммуникабельность, самооценка, лидерство и др.) и вегетативной устойчивости (лабильность системы терморегуляции, вестибулярного аппарата, переносимость неприятных ощущений, тревожность и др.) подростков в возрасте 12–18 лет.

Алгоритм оценки вегетативной устойчивости. Сумма баллов по тесту вегетативной устойчивости складывается из отрицательных ответов на вопросы № 2 и № 9 и положительных ответов на остальные вопросы данного теста. Все прочие варианты ответов не учитывались.

Алгоритм оценки социальной адаптированности. Сумма баллов складывается из положительных ответов на утверждения № 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 15, 17, 19 и отрицательных ответов на остальные утверждения этого теста

(№ 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20).

Другие варианты ответов не учитывались.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ полученных данных свидетельствует, что у 16% подростков имеет место низкая социальная адаптированность, а у 12% – низкие показатели вегетативной устойчивости. При этом 4% подростков, проживающих в городе, одновременно имели низкие показатели социальной адаптированности и вегетативной устойчивости. При рассмотрении состояния социальной адаптированности и вегетативной устойчивости у подростков в зависимости от пола и места проживания получены следующие показатели. Достоверно наибольший процент хороших показателей социальной адаптированности выявлен среди юношей, проживающих в сельской местности. В то же время пятая часть городских девушек и сельских юношей имеют низкие показатели социальной адаптированности свидетельствуют о том, что эти подростки испытывают трудности в общении со сверстниками, учителями и родителями.

По данным А.А. Баранова, такие подростки могут быть и застенчивыми, и развязными, и хулиганами. Все они нуждаются в дополнительном обследовании психолога. При анализе состояния вегетативной устойчивости установлено, что достоверно наибольшее количество подростков с хорошей вегетативной устойчивостью наблюдалось среди сельских подростков (юношей и девушек). Сельских юношей с низкой вегетативной устойчивостью было достоверно меньше по сравнению с городскими подростками. Подобную картину, с нашей точки зрения, объясняют условия проживания детей, а именно менее выраженные негативные воздействия на центральную нервную систему подростков в сельской местности (электромагнитные излучения, транспорт, более высокие школьные нагрузки, экология). Показатели социальной адаптированности и вегетативной устойчивости подростков имели различия в зависимости от типа образовательного учреждения. Показатели хорошей вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков, обучающихся в сельской школе, были значительно выше, чем у их сверстников в городской школе и гимназии. Городские жители испытывают большее негативное влияние неблагоприятных факторов окружающей среды (электромагнитные излучения, транспорт, более высокие школьные нагрузки, внеучебная занятость, экология). Процент подростков с низкой вегетативной устойчивостью и социальной адаптированностью не зависел от типа учебного заведения.

Наихудшие показатели социальной адаптированности выявлены у городских школьниц они имели наименьший процент хорошей и достоверно больший процент низкой социальной адаптированности. Эти результаты свидетельствуют о большей социальной дезадаптированности городских девушек. Для объяснения причин этого явления требуется дополнительный углубленный анализ их психологического статуса. У сельских юношей по сравнению с городскими школьниками и гимназистами преобладали показатели хорошей и низкой социальной адаптированности и невысокие значения нормальной.

Показатели нормальной вегетативной устойчивости среди различных групп юношей были стабильными – 56,5–57,9%. В то же время наиболее низкая вегетативная устойчивость была зарегистрирована у юношей гимназистов, проживающих в условиях промышленного города.

Показатель низкой вегетативной устойчивости у девушек, обучающихся в городской и сельской школах, был в два раза выше, чем у гимназисток.

Показатели хорошей вегетативной устойчивости были выше у девушек, проживающих в сельской местности. Подростки с низкими значениями вегетативной устойчивости имеют большое число жалоб различного характера, считают себя больными. Среди них больше часто болеющих. По своим индивидуальным особенностям и состоянию здоровья они плохо переносят повышенные нагрузки любого характера, имеют сниженные адаптивные возможности, нуждаются в дополнительном обследовании врача психолога и оздоровлении. В результате проведенного нами исследования установлена зависимость вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков от их пола, места жительства и типа учебного заведения. Подростки с низкой вегетативной устойчивостью и социальной адаптированностью требуют дополнительного обследования, а в дальнейшем – прохождения курса реабилитации с участием, если это необходимо, участкового врача, невролога, кардиолога, психолога и педагога.

### **Выводы**

1. Экспресс метод определения вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков с помощью двухфакторного опросника высокоинформативен и заслуживает широкого внедрения в практику школьного врача, психолога.

2. Различия вегетативной устойчивости и социальной адаптированности зависят от пола, типа обучения и места проживания.

3. Наиболее низкие показатели социальной адаптированности отмечены у городских школьниц по сравнению с сельскими. Наиболее высокие показатели социальной адаптированности зарегистрированы у сельских школьников. Наиболее низкие показатели вегетативной устойчивости выявлены у юношей гимназистов. Однако наиболее высокие показатели вегетативной устойчивости отмечены у школьниц, проживающих в сельской местности.

4. Подростки с низкими показателями вегетативной устойчивости и социальной адаптированности должны пройти дополнительное обследование и в зависимости от его результатов получить курс реабилитации с участием врача, психолога и педагога.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Баранов, А. А. Медицинские и социальные адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М. : Гэотар - мед, 2006. - 350 с.
2. Баранов, А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работы в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М. : 2006. - 412 с.
3. Вегетативная дистония у детей : руководство для врачей / Н. А. Коровина [и др.]. - М. : медпрактика - М 2, 2007 - 68 с.
4. Гурьева, Е. Н. Роль вегетативных нарушений в формировании первичной артериальной гипертензии у детей / Е. Н. Гурьева и др. // Бюллетень ВСНЦ со РАМН. V Всероссийский семинар, посвященный памяти профессора Н.А. Белоконов. - 2007. - № 3 ( 55 ). — С. 72-73.
5. Иценко, Е. Н. Показатели состояния здоровья у подростков с повышенной учебной нагрузкой // Вопросы современной педиатрии. - 2007.- Т. 6, № 1. — С. 264.
6. Калмыкова, А. С. Социальная адаптированность и вегетативная устойчивость школьников выпускных классов // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1.-С.237.
7. Кац, Л. С. Кортикостероиды в комплексной терапии смешанной формы синдрома вегетативной дисфункции // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1. — С. 252.
8. Кучма, В.Р. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова, Б. Т. Величковский // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1. - С. 319.
9. Кушнир, С. М. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония: монография / С. М. Кушнир, Л. К. Антонова. – Тверь : научное издание, 2007. - 215 с.
10. Кушнир, С. М. Семиотика синдрома вегетативной дистонии // Детская вегетология : практическое руководство по детским болезням / под общей ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева, под ред. Р. Р. Шиляева и Е.В. Неудахина. - М. : ИД Мед. практика, 2008. - XI т. Глава 11. -С. 148-158. 52
11. Царегородцева, Л. В. Актуальные вопросы синдрома вегетативной дистонии у детей и подростков: (обзор) / Л. В. Царегородцева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - № 4. - С. 8.
12. Secular trends in height and weight among children and adolescents of the Seychelles, 1956-2006 / P. Marques-Vidal [and others] // BMC Publ. Health. - 2008. - V.8. - P. 166.
13. Accent method of voice therapy for treatment of severe muscle tension dysphonia / K. H. Malki [and others] // Saudi Med. J. - 2008. -V. 29, N. 4 . - P . 610-613.

# ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Салиев А.С.<sup>1</sup>  Арзикулов А.Ш.<sup>1</sup> 

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

**Аннотация.** Целью нашей работы было изучение особенностей психоэмоциональных реакций у школьников с дезадаптационными нарушениями. **Материалом и методом** для исследования служили школьники с дезадаптационными нарушениями 7-11 (30 мальчиков и 32 девочек) и 12-17 (26 мальчиков и 24 девочек) лет. Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig. **Результаты и обсуждения:** Анализ полученных нами результатов показывает на присутствие психоэмоциональных параллелей у всех детей с проявлениями дезадаптации. Степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. **Выводы.** У детей и подростков – школьников с реакциями дезадаптации выявляются характерные типы и направление эмоционального реагирования на фрустрацию; чаще проявляется экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) и менее часто импунитивная (уклоняющая) направленность.

**Ключевые слова.** дети и подростки, психоэмоциональность, дезадаптация.

Анализ показывает, что в существующей системе дефиниций понятие школьной дезадаптации не является ни описательным, ни диагностическим. Это понятие во многом собирательное и включает социально-средовые, психолого-педагогические, медико-биологические факторы или вернее условия развития самого явления школьной дезадаптации. Такой многофакторный подход показывает с какой долей вероятности те явления, которые относятся к школьной дезадаптации, сочетаются с теми или иными социальными, педагогическими, психологическими и патологическими признаками.

Школьная дезадаптация – это нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психической адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами. (Вроно М.В., 1984; Ковалев В.В., 1984). Под этим углом зрения школьная дезадаптация и для родителей, и для педагогов, и для врачей, как правило, расстройство в рамках вектора «болезнь/ нарушение здоровья, развития или поведения».

**Целью** нашей работы было изучение особенностей психоэмоциональных реакций у школьников с дезадаптационными нарушениями.

**Материалом и методом** для исследования служили школьники с дезадаптационными нарушениями 7-11 (30 мальчиков и 32 девочек) и 12-17 (26 мальчиков и 24 девочек) лет. Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации.

По материально бытовым условиям, физическому развитию, заболеваемости обе группы к началу обследования детей существенно не различались.

**Результаты и обсуждения:** Анализ полученных нами результатов показывает на присутствие психоэмоциональных параллелей у всех детей с проявлениями дезадаптации.

Как видно из таблицы, степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек в возрасте 7-11 лет изменения психоэмоционального фона достоверно отмечались снижением по импунитивной «М» направленности реакции ( $20,4 \pm 5,11$ ;  $P < 0,01$ ). В целом же наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «Э» реакций ( $48,65 \pm 6,34$ ) и реакций продолжения потребности «I-P» ( $44,45 \pm 6,31$ ;  $P < 0,05$ ).

У подростков учащихся с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью резко нарушены. Констатируется достоверный рост экстрапунитивных «Э» реакций самозащитного типа ( $58,25 \pm 3,5$ ;  $P < 0,05$ ) по сравнению с детьми 7-11 лет и по сравнению

показателями детей 12-17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I-P» ( $21,75 \pm 2,98$ ;  $P < 0,001$ ).

Реакция по типу «О-Д» ( $21,95 \pm 2,99$ ;  $P < 0,01$ ) - доминирования препятствие снижена по сравнению со здоровой популяцией.

Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью.

## Психоэмоциональное реагирование школьников с дезадаптационными нарушениями (в%)

Тип Реагирования	7-11 ЛЕТ		12-17 ЛЕТ	
	Здоровые (n=178)	Дезадаптацией (n=62)	Здоровые (n=191)	Дезадаптацией (n=50)
I	24,2±3,21	30,9±5,86	20,55±2,92	23,8±3,08
Э	38,45±3,64	48,65±6,34	48,2±3,61	58,25±3,56*
M	37,35±3,62	20,4±5,11*	31,45±3,35	17,95±2,77*
I-P	37,18±3,62	44,45±6,31	13,1±2,44	21,75±2,98*
O-Д	24,72±3,23	19,2±5,0	37,5±3,50	21,95±2,99*
Э-Д	38,1±3,63	36,35±6,10	49,45±3,61	56,3±3,58

Отмеченные звездочкой (\*) – данные достоверны по отношению к показателям здоровой популяции школьников.

Низкий «О-Д» в обеих возрастных группах (19,2±5,0 и 21,95±2,99; P<0,001) 7-11 и 12-17 лет свидетельствует о снижении критичности и самооценки. Препятствие, вызвавшее фрустрацию, детьми оценивается как не имеющее серьезного значения или дети ищут источник конфликта вне себя.

Достоверно реже, чем в норме, ответы импульсивной направленности и несколько чаще – интрапунитивные (23,8±3,08; P<0,05).

Оценка эмоциональной сферы детей и подростков с дезадаптацией методом Роршах также указывает на характерные признаки, свидетельствующие о повышенной аффективности, слабо контролируемой интеллектом и сниженных возможностях адекватной адаптации к окружающей среде.

Как известно интерпретации стимульных материалов обследования в которых учитывается цвет изображения (CF, FC, c), относятся к оценке эмоциональной сферы, причем степень участия формы указывает на различные виды контроля со стороны интеллекта. CF- ответы (7,2 и 6,6; 8,1 и 8,9 в 7-11 и 12-17 лет соответственно у мальчиков и девочек) у дезадаптированных школьников больше, чем в популяции здоровых. Соотношения FC>(CF+c) преимущественно правосторонняя, что лишнее раз доказывает о неустойчивой аффективности и сниженных возможностях адаптации.

### Заключение

Таким образом, среди причин, определяющих дезадаптацию, ведущими являются склонность к эксплозивности, неспособность корригировать свои эмоциональные и поведенческие реакции. В результате дети создают вокруг себя конфликтные ситуации и сами реагирует на них усугублением психопатоподобного поведения.

У детей и подростков – школьников с реакциями дезадаптации выявляются характерные типы и направление эмоционального реагирования на фрустрацию; чаще проявляется экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) и менее часто импульсивная (уклоняющаяся) направленность.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю. А., Липовецкий С.С. Возрастные особенности индивидуальности младших школьников (по методике Н.Кетелля) – В кн. Медицинские проблемы формирования личности. М.: Наука, 1978, С.103-123.
2. Печера К.Л. Психологическая готовность детей к школе.// Российский педиатрический журнал.-2004.- №3, С.60-62.
3. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины.- М.,2002, 230 с.
4. Румянцев А.Г., Панков Д.Д., Чечельницкая С.М. Новые подходы к мониторингу здоровья школьников. // Российский педиатрический журнал.-2004.-№3, С.4-7.
5. Сетко Н. П., Кузько Н. Н., Кирнасюк Е.В. и др. Физиолого-гигиенические аспекты сохранения индивидуального здоровья школьников. // Российский медицинский журнал, 2003, №2, с.48-49.
6. Шмакова О.П. Влияние школьного фактора на клиническую компенсацию подростков с формирующимися расстройствами личности. // Материалы 3-й международной научно-практической конференции «здоровье и образование в 21 веке», 29-31 май, 2002, с.435-436.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обзор литературы)

Арзикулов А.Ш.<sup>1</sup>  Салиев А.С.<sup>1</sup> 

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

**Аннотация.** Состояние здоровья детей ухудшается за годы обучения в школе, особенно сохраняется актуальность создания оздоровительных и реабилитационных программ для учащихся. Настоящая обзорная статья посвящена одной из актуальной проблеме педиатрии – профилактике вегетативной дистонии у детей и подростков. Вегетативная дистония являясь преморбидным фоном ряда соматических заболеваний у детей широко распространена во всем мире и охватывает все возрастные периоды детей и подростков. Вегетативная нервная система играет большую роль в возникновении многих заболеваний сердечно - сосудистой системы, поэтому необходима углубленная вегетологическая диагностика с последующей коррекцией нервных влияний на сердце и сосуды в случаях выраженных отклонений.

**Ключевые слова.** вегетативная дистония, дети и подростки, профилактика.

Одной из главных задач современной педиатрии является совершенствование профилактики заболеваний и оздоровления детей (2, 8). В программе охраны здоровья подрастающего поколения особое место должны занимать школьники - самый большой по численности контингент, составляющий около 1/6 всего населения страны (1, 3, 7, 8, 13). В этой связи очень важной представляется проблема исследования особенностей развития детей с целью выявления самых начальных отклонений и своевременной их коррекции. Учитывая, что состояние здоровья детей ухудшается за годы обучения в школе, особенно сохраняется актуальность создания оздоровительных и реабилитационных программ для учащихся.

Во всех развитых странах мира профилактика сердечно - сосудистых заболеваний является приоритетным направлением здравоохранения (4, 7, 8, 14, 15, 16). Для того, чтобы осуществлять лечебные и реабилитационные мероприятия для детей и подростков с сердечно -сосудистыми заболеваниями, мы должны знать, в какой форме эти заболевания проявляются у детей в повседневной жизни, в школе, в семье (1, 2, 8).

Вегетативная нервная система играет большую роль в возникновении многих заболеваний сердечно - сосудистой системы, поэтому необходима углубленная вегетологическая диагностика с последующей коррекцией нервных влияний на сердце и сосуды в случаях выраженных отклонений. Это должно лечь в основу ранней и действенной профилактики сердечно -сосудистых заболеваний. Для подтверждения ВСД необходимо провести ряд обследований. Несмотря на сравнительно мягкую симптоматику, отсутствие органического статуса, благоприятное течение ВСД представляет немалые трудности для диагностики. ВСД диагностируют методом исключения, т.е. необходимо быть уверенным в отсутствии первичной патологии в различных органах (3, 9, 11, 15). В диагностике ВСД особое внимание уделяется субъективному статусу больных, которым определяются основные симптомы заболевания. Важное место в клиническом исследовании принадлежит опросу, его полноте, направленности, уточнению значения многообразных факторов, влияющих на состояние и самочувствие больных. Для уточнения степени и характера вегетативно- сосудистых нарушений у больных ВСД изучаются показатели вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения (3, 9, 11, 15).

Диагностика вегетативной дисфункции очень сложна, она строится из программы минимум и максимум с углубленным обследованием в стационарных условиях детей с выраженным течением вегетососудистой дистонии. Учитывая высокую частоту возникновения вегетативной дисфункции у школьников, возникает необходимость в разработке скрининг подходов для выявления группы детей с начальными проявлениями нарушений вегетативной регуляции. Именно такой подход позволит отбирать детей для дальнейшего проведения корректирующих мероприятий в условиях общеобразовательных учреждений. При наличии различных симптомов нельзя лечить один из них, терапия ВСД должна быть комплексной, и в то же время индивидуализованной, воздействующей на основные звенья патологического процесса.

Лечение детей с ВСД представляет трудную и в значительной степени нерешенную задачу. Оно требует большого внимания, опыта и настойчивости врача и родителей. ВСД и связанные с ней отклонения в различных органах и системах являются выражением общего состояния организма: «одно во всем, все в одном» (1, 2, 15). Основные виды терапии ВСД включают комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий. Детям с незначительными проявлениями показана немедикаментозная коррекция вегетативной дисфункции, и только в

случаях выраженных и длительно существующих проявлений прибегают к лекарственным препаратам (6, 7, 8, 9, 10). В процесс лечения надо вовлекать не только ребенка, но и его родителей, членов семьи, учителей (6, 8, 9).

Гигиенические предпосылки устранения перегрузки учащихся заключаются в организации режима дня, оптимизации учебной и воспитательной работы в школе, организации дифференцированного подхода в зависимости от биологического возраста детей и влияния различных факторов среды (1, 5, 6, 8).

Знание возрастных особенностей формирования вегетативных функций и психических особенностей организма человека, выяснение критических периодов развития является необходимым условием для оптимизации учебной и воспитательной работы. Для сохранения здоровья учащихся, их успешного обучения в школе и творческого развития большое значение имеет соблюдение режима дня (оптимальная учебная нагрузка расписание уроков). При организации режима дня в детских учреждениях важно соблюдать требования, обеспечивающие профилактику утомления детей при длительном пребывании в условиях большого коллектива: поддержание оптимальной работоспособности на протяжении всего периода бодрствования, особенно во время учебных занятий; обеспечение достаточной двигательной активности; развитие индивидуальных способностей и отдыха по интересам; формирование положительного эмоционального настроения (11).

В настоящее время повсеместно повышается умственная и снижается физическая нагрузка. Естественная потребность школьников в движении не удовлетворяется, что негативно влияет на интеллектуальную и физическую работоспособность (1, 2). Во время учебного дня необходимо предусмотреть возможность для двигательной «разрядки», занятие физическим трудом, спортивные упражнения (1, 2, 3).

Доказана эффективность профилактики невротических расстройств использованием в режиме урока «динамической паузы» (9, 10, 11). Дозированные физические нагрузки у детей с гипотензивной и кардиальной формами НЦД способствуют купированию клинических симптомов, нормализации гемодинамики и вегетативной регуляции, восстановлению физической работоспособности. Эффективность дозированных физических нагрузок связана с устранением детренированности у больных НЦД, повышение адаптации больных к физическим нагрузкам и восстановлению альтернативного равновесия в системе вегетативной регуляции. Продолжительное воздействие черно-белого книжного фона ускоряет наступление зрительно-вегетативного и зрительно-психогенного утомления учащихся, в связи с этим наиболее эффективным поддержанием зрительно-рабочей дистанции является организованное выполнение зрительно-координаторных физкультурминут (1, 4, 7).

Для повышения общей резистентности организма рекомендуется использовать фитотерапию, закаливающие процедуры, в том числе и оздоровительный бег на открытом воздухе, массаж биологически активных точек (13). Значительное положительное влияние на детей с ВСД оказывают водные процедуры. Определенное значение в лечении и профилактике ВСД имеет питание, достаточный по глубине и продолжительности сон. Получены многочисленные данные об использовании медикаментозной коррекции ВСД с целью нормализации общей и регионарной гемодинамики, воздействие на вегетативный тонус (15). Нормализация гомеостаза у больных ВСД предполагает регуляцию адекватных биоритмов, в частности, времени и количества сна, приема пищи, умение рационально распределять рабочую нагрузку (6, 15). Функциональные расстройства нервной системы, невротические реакции, возникающие на фоне эмоционального стресса, в дальнейшем могут явиться причиной сомато-вегетативных и психосоматических заболеваний (3, 6,).

Для их предупреждения главное значение, кроме правильной организации учебного процесса с целью избежать чрезмерного утомления, имеет создание в школе для учащихся эмоционального комфорта с помощью доброжелательного отношения педагога (1, 2), игровых форм, оформление класса, обучение детей методам снятия эмоционального напряжения, работа с семьей (4, 8).

Мощное антистрессовое действие на организм ребенка оказывает психотерапия (7), функциональная музыка (1, 9,), нервно-мышечная релаксация и аутогенная тренировка (13). Необходимы мероприятия по коррекции воспитательного подхода, мягкое и ровное отношение к ребенку, удовлетворение его потребностей в эмоциональной теплоте (6, 7).

По наблюдениям Л.А. Ждановой (1990), дифференцированное проведение корректирующих оздоровительных мероприятий, включающих в себя общегигиенические меры (нормализация режима дня, питания, психопрофилактика), занятий в специализированных кабинетах (ЛФК, охраны зрения, психотерапии), медикаментозной коррекции с применением препаратов, положительно влияющих при эмоциональном стрессе на изменение исследуемых уровней функциональной системы адаптации, способствовало быстрому снижению напряжения вегетативной регуляции, о чем свидетельствовало уменьшение ИН уже на 3 неделе, после чего данный показатель был ниже, чем в контрольной группе, почти до конца месяца. Весь период наблюдения при проведении оздоровления было менее выраженным напряжением системы «гипофиз- надпочечники». Однако улучшение наблюдалось не у всех детей. Поэтому возникает необходимость дальнейшего поиска реабилитационных мероприятий для оздоровления школьников с вегетативной дисфункцией, как в условиях школы, так и в центрах реабилитации без отрыва от учебного процесса.

Состояние здоровья и развитие современных школьников не может не вызывать тревоги. Учебный процесс вызывает напряжение многих систем организма, быстрое развитие утомления и даже переутомления. Возрастающий объем знаний в связи с введением углубленных форм обучения в школах требует интенсификации умственной работы, что создает дополнительную опасность возникновения дезадаптации и нарушения здоровья учащихся. В этих условиях приобретает важное значение создание в школе оптимальных условий для обучения,

всестороннего развития, сохранение и укрепление здоровья молодежи (1, 6, 11, 13, 16, 20, 21, 22). Представленная картина показывает необходимость активного участия в охране здоровья школьников всего общества, а не только органов здравоохранения и просвещения. В складывающейся на сегодняшний день ситуации совершенно необходима медико – социальная программа защиты здоровья подрастающего поколения, где бы вопросы медико-психолого-педагогической профилактики и коррекции рассматривались в контексте с мерами, направленными на социальную поддержку семьи.

Таким образом, несмотря на разносторонние подходы к проблеме, вегетативная дисфункция у детей остается еще недостаточно изученной, что связано с малочисленностью лонгитудинальных наблюдений.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Baranov, A. A. Medical and social adaptation of modern adolescents to the conditions of education, training and work: a guide for doctors / A. A. Baranov, V. R. Kuchma, L. M. Sukhareva. - M.: Geotar - honey, 2006. - 350 p.
2. Baranov, A. A. Assessment of the health status of children. New approaches to prevention and health work in educational institutions: a guide for doctors / A. A. Baranov, V. R. Kuchma, L. M. Sukhareva. - M.: 2006. - 412 p.
3. Autonomic dystonia in children: a guide for doctors / N. A. Korovina [et al.]. - M.: medical practice - M 2, 2007 - 68 p.
4. Guryeva, E. N. The role of autonomic disorders in the formation of primary arterial hypertension in children / E. N. Guryeva et al. // Bulletin of the All-Russian Scientific Center with the Russian Academy of Medical Sciences. V All-Russian Seminar dedicated to the memory of Professor N.A. Belokon. - 2007. - No. 3 (55). — P. 72-73.
5. Itsenko, E. N. Health indicators in adolescents with increased educational load // Issues of modern pediatrics. - 2007.- T. 6, No. 1. - P. 264.
6. Kalmykova, A. S. Social adaptation and vegetative stability of schoolgirls of final classes // Issues of modern pediatrics. - 2006. - T. 5, No. 1.-P.237.
7. Katz, L. S. Cortexin in complex therapy of the mixed form of autonomic dysfunction syndrome // Issues of modern pediatrics. - 2006. - T. 5, No. 1. - P. 252.
8. Kuchma, V.R. New opportunities for preventive medicine in solving health problems of children and adolescents in Russia / V. R. Kuchma, Zh. Yu. Gorelova, B. T. Velichkovsky // Issues of modern pediatrics. - 2006. - T. 5, No. 1. - P. 319.
9. Kushnir, S. M. Autonomic dysfunction and vegetative dystonia: monograph / S. M. Kushnir, L. K. Antonova. – Tver: scientific publication, 2007. - 215 p.
10. Kushnir, S. M. Semiotics of vegetative dystonia syndrome // Children's vegetology: a practical guide to childhood diseases / ed. V. F. Kokolina, A. G. Rumyantsev, ed. R.R. Shilyaeva and E.V. Neudakhina. - M.: Publishing House Med. practice, 2008. - XI volume. Chapter 11. -P. 148-158. 52
11. Tsaregorodtseva, L.V. Current issues of autonomic dystonia syndrome in children and adolescents: (review) / L.V. Tsaregorodtseva // Reproductive health of children and adolescents. - 2005. - No. 4. - P. 8.12. Secular trends in height and weight among children and adolescents of the Seychelles, 1956-2006 / P. Marques-Vidal [and others] // BMC Publ. Health. - 2008. - V.8. - P. 166.
13. Accent method of voice therapy for treatment of severe muscle tension dysphonia / K. H. Malki [and others] // Saudi Med. J. - 2008. -V. 29, N. 4 . - P . 610-613.
14. Basic hemodynamic and vegetative regulatory indices in adolescents healthy and sick with arterial hypertension / N. N. Chkuaseli // Georg. Med. News. - 24. - V.148 - 149. - P. 58 - 62.
15. Bhidayasiri, R. «Dystonic» body perception in childhood dystonia / R. Bhidayasiri, D. D. Truong // Clin. Neurol. Neurosurg.- 2007. - V. 109, N. 5 . - P . 446-447. Hum. Biol. - 2008. - V. 20, N. 3. - P. 270 - 277.
16. Chartier, M. J. Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample / M. J. Chartier, J. R. Walker, B. Naimark // Am. J. Epidemiol. - 2007. - V. 165, N. 9 . - P . 1031-1038.
17. Cultural attitudes toward weight, diet, and physical activity among overweight African American girls / J. E. Boyington [and others] // Prev. Chronic Dis. - 2008. - V.5, N. 2. - P. 36.
18. Deep brain stimulation in childhood: an effective treatment for early onset idiopathic generalised dystonia / J. R. Pan- [and others] // Arch. Dis. Child. - 2007. - V. 92, N. 8. - P. 708 - 711 .
19. French Stimulation du Pallidum Interne dans la Dystonie Study Group. Acute deep-brain stimulation of the internal and external globus pallidus in primary dystonia: functional mapping of the pallidum / J. L. Houeto [and others] // Arch. Neurol. - 2007. - V. 64, N. 9. - P. 1281 - 1286.
20. Sanger, T. D. Abnormalities of tactile sensory function in children with dystonic and diplegic cerebral palsy / T. D Sanger, S. N. Kukke // J. Child. Neurol. - 2007. - V. 22, N. 3. - P. 289 - 293. 168
21. The environment and urban adolescents' use of recreational facilities for physical activity: a qualitative study / A. V. Ries [and others] // Am. J. Health Promot. - 2008. - V. 23, N. 1. - P. 43 - 50.
22. Vignerova, J. Long-term changes in body weight, BMI, and adiposity rebound among children and adolescents in the Czech Republic / J. Vignerova [and others] // Econ. Hum. Biol. - 2007. - V. 5, N. 3. - P. 409 - 425.

**Jurnal asoschilari:**  
Andijon davlat tibbiyot instituti va "I-EDU GROUP" MCHJ.

**O'zbekiston tibbiyot ilmi**  
elektron jurnali  
**6-nasr**

## MUNDARIJA

№	Maqola nomi	Bet
1.	СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ Салиев А.С., Арзикулов А.Ш.	04-06
2.	ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ Салиев А.С., Арзикулов А.Ш.	07-08
3.	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обзор литературы) Арзикулов А.Ш., Салиев А.С.	09-11

# «O‘zbekiston tibbiyot ilmi»

ELEKTRON JURNALI

6-nashr. (noyabr-dekabr, 2023 yil)

<http://www.fdoctors.uz>

Подключенные системы

Google Scholar

ORCID  
publons

CYBERLENINKA  
in Library

ROAD  
DIRECTORY OF OPEN ACCESS  
SCHOLARLY  
RESOURCES

INTERNET  
ARCHIVE

ISRA  
JIF

EuroPub  
Developed by EuroPub Group

doi

Crossref

SCIENCEWEB  
NATIONAL BASE OF SCIENTIFIC RESEARCH OF UZBEKISTAN

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ  
БИБЛИОТЕКА

eLIBRARY.RU

SLIB.UZ  
Scientific library of Uzbekistan

DRJI

Directory of Research  
Journals Indexing

BASE  
Bielefeld Academic Search Engine