

DeoNat – самая узнаваемая марка натуральных дезодорантов (23,5%). 70,6% не узнали ни одну из предложенных марок.

Выводы. Таким образом, основываясь на полученных данных, можно сделать вывод, что натуральные дезодоранты вызывают аллергическую реакцию у меньшего количества человек, чем ненатуральные. Большинство респондентов если и пользуются ненатуральными дезодорантами, то хотят перейти на натуральные из-за их безопасности для здоровья. Однако респонденты мало информированы о натуральных дезодорантах и распространённость применения натуральных дезодорантов среди студентов уступает ненатуральным.

Литература

1. История вещей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn----dtbjalal8asil4g8c.xn--p1ai/kosmetika/dezodorant.html>. – Дата доступа: 12.11.2022.

2. История дезодоранта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.istmira.com/drugoe-razlichnye-temy/14307-istorija-dezodoranta.html>. – Дата доступа: 13.11.2022.

3. Натуральные дезодоранты: в чем плюсы и как приготовить дома [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://style.rbc.ru/health/5e77d1059a7947e1c7a451f8>. – Дата доступа: 13.11.2022.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кендыш Ю.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – ассистент Строк Т.А.

Актуальность. В наше время процент детей с наличием плоскостопия или даже с развитием осложнений, им вызванными, до взрослого периода в последние десятилетия растет [1]. Возникая в детском или подростковом возрасте, при несвоевременной диагностике и лечении, эта болезнь стопы прогрессирует, может принимать необратимый характер и ведет к ограничению социальной активности. На современном этапе для диагностики плоскостопия у детей используется рентгенография стоп в двух (прямой и боковой) проекциях с нагрузкой (стоя).

Цель: изучить корреляцию анатомических особенностей стопы у детей с причинами возникновения плоскостопия, провести сравнительный анализ результатов диагностики и лечения у детей.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ рентгенограмм стоп детей в возрасте от 7 до 18 лет после

хирургического лечения плоскостопия, находящихся в базе данных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Методом случайной выборки в исследование были включены рентгенограммы 92 пациентов. Статистический анализ полученных данных производили с помощью пакета программы «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Этиопатогенетические факторы развития плоскостопия переменны – от врождённых, генетически обусловленных, до плоскостопия, возникшего вследствие болезней или травм. Однако наиболее часто развитию плоскостопия способствуют ношение неудобной обуви, гиподинамия, избыточный вес ребенка, чрезмерная подвижность суставов, усиленные занятия определенными видами спорта.

Для оценки и определения степени продольного плоскостопия используют показатели высоты и угла продольного свода стопы, а также длины стопы. Проводят рентгенологическое исследование обеих стоп в боковой проекции с нагрузкой. Для оценки и определения степени поперечного плоскостопия - в прямой проекции с нагрузкой.

Согласно данным литературы [1, 3], развитие опорно-двигательного аппарата детей индивидуально и изменчиво, что может привести к затруднениям в диагностике и лечению плоскостопия. В связи с этим, изучение возрастных особенностей анатомической изменчивости остается актуальной проблемой современной морфологии.

Продольное плоскостопие часто комбинируется с вальгусной деформацией стопы. Частота этой патологии составляет около 11% всех заболеваний стоп. Продольное плоскостопие встречается чаще всего в возрасте 16–25 лет. В 3% случаев плоскостопие регистрируется с самого рождения, к 2-ум годам у 24% детей, к 4-м у 32% детей, к семи годам у 40% детей, к двенадцати годам – 50% (каждому второму подростку ставят диагноз плоскостопие), – к двадцати годам – 60% [2, 4, 5].

В продольном своде стопы различают угол и высоту: угол продольного свода стопы образован 2-й и 3-й линиями, которые пересекаются в нижней точке ладьевидно-клиновидного сочленения. Высота продольного свода стопы – это длина перпендикуляра, опущенного из нижней точки ладьевидно-клиновидного сочленения (точки пересечения 2-й и 3-й линий) на 1-ю (горизонтальную) линию.

В норме угол продольного свода стопы равен 125-130°, высота свода > 35мм. Различают 3 степени продольного плоскостопия: 1 степень – угол свода равен 131-140°, высота свода 35-25 мм, деформации костей стопы нет. 2 степень – угол свода равен 141-155°, высота свода 24-17 мм, могут быть признаки деформирующего артроза таранно-ладьевидного сустава. 3 степень – угол свода равен >155, высота <17 мм; имеются признаки деформирующего артроза таранно-ладьевидного и других суставов стопы.

По результатам проведенного исследования, из 92 пациентов девочки – 31 человек, 61 – мальчик. Чаще всего встречалось плоскостопие 2 степени – 51 чел. (55,4%), среднеарифметическое значение угла свода стопы равен $145^{\circ} \pm 2^{\circ}$, высота свода 19 ± 2 мм; 1 степени – 6 чел. (6,5%), среднеарифметическое значение угла свода стопы равен $133^{\circ} \pm 2^{\circ}$, высота свода 28 ± 2 мм; 3 степени – 30 чел. (32,6%) среднеарифметическое значение угла свода стопы равен 158 ± 2 , высота свода 15 ± 1 мм. Среди прооперированных у 1 ребенка было поперечное плоскостопие (1,09%), а у 4 детей встречалось комбинированное плоскостопие (4,3%). По возрастной и половой характеристике мы получили следующие данные: в возрасте 7 лет выявлено 2 случая среди лиц мужского пола, 9 лет выявлено 5 девочек и 5 мальчиков, 10 лет – 8 мальчиков и 5 девочек, 11 лет – 13 мальчиков и 4 девочки, 12 лет – 13 мальчиков и 8 девочки, 13 лет – 8 мальчиков и 4 девочки, 14 лет – 4 мальчика и 3 девочки, 15 лет – 4 мальчика, 16 лет – 2 мальчика и 2 девочки, 17 и 18 лет – по одному мальчику в каждом возрасте соответственно. Всего среди лиц мужского пола выявлено 61 случай, а среди женского – 31 случай.

Выводы. Таким образом, в норме стопа ребёнка опирается на три точки: пятку, участок возле мизинца и область, расположенную под большим пальцем. Между собой они скреплены связками, мышцами и сухожилиями. Структурно вся эта конструкция образует два свода – продольный и поперечный, которые при ходьбе выполняют функцию амортизаторов. Изменения, наблюдаемые при поперечном и продольном плоскостопии, при раннем выявлении и адекватной ортопедической тактике эффективно корректируются. Своевременность диагностики важно для предупреждения дальнейшего прогрессирования данной ортопедической патологии у детей и подростков, а также улучшение качества жизни.

Литература

1. Волчкевич, Д. А. Анатомия человека в таблицах, схемах и рисунках в трех частях. Опорно-двигательный аппарат / Д. А. Волчкевич, А. В. Бобрик. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – 187 с.
2. Александра, В. П. Самые эффективные методы лечения / В. П. Александра. – Санкт-Петербург : ИК «Крылов», 2011. – 69 с.
3. Дегтярев, Д. А. Плоскостопие. Актуальные вопросы / Д. А. Дегтярев, Л. А. Цыбезова. – № 1 (29). – Мануальная терапия, 2008. – С. 83-86.
4. Максимов, Ю. Н. Плоскостопие / Ю. Н. Максимов [и др.]. – Казань : КГМА, 2015. – 71 с.
5. Плоскостопие: виды причины, диагностика, последствия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ortoland.by>. – Дата доступа: 08.02.2023.