

вья, приобретению навыков. Сравнительный анализ итоговой эффективности развития координаторных способностей у детей с ДЦП статистически достоверное улучшение показателей контрольных тестов в ЭГ после занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе, по сравнению с КГ детей.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены результаты тестирования уровня развития мелкой моторики у здоровых детей и детей с детским церебральным параличом до начала проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 1 — Сравнение параметров развития схватывающей способности кисти, точной дифференцировки движений пальцев рук и зрительно-моторной координации у здоровых детей и детей с ДЦП

ТЕСТЫ	Здоровые дети	Дети с ДЦП	$t_{\text{факт.}}$	$t_{\text{крит.}}$	P
«Открой колодец», с	8,4 ± 0,20	5,4 ± 0,13	12,7	3,82	< 0,001
«Закрой колодец», с	7,7 ± 0,18	4,1 ± 0,23	12,2	3,82	< 0,001
«Возьми мячик», с	26 ± 0,46	34 ± 0,67	9,98	3,82	< 0,001
«Шевелящиеся червячки», с.	28 ± 0,68	46 ± 0,58	19,8	3,82	< 0,001
«Собери палочки» правой, шт.	10 ± 0,34	34 ± 1,23	11,4	3,82	< 0,001
«Собери палочки» левой, шт.	10 ± 0,22	5,5 ± 0,32	18,7	3,82	< 0,001
«Сокровища» правой, шт.	9,4 ± 0,37	4,5 ± 0,20	7,60	3,82	< 0,001
«Сокровища» левой, шт.	9,0 ± 0,31	5,9 ± 0,28	9,70	3,82	< 0,001
«Шарики для белочки», с	15 ± 0,68	26 ± 0,65	11,4	3,82	< 0,001
«Вырежи круг», с	36 ± 0,69	50 ± 0,86	12,7	3,82	< 0,001
«Зашнуруй ботинок», с	39 ± 1,26	63 ± 1,10	14,2	3,82	< 0,001

Выводы

1. В результате изучения уровня развития координаторных способностей у детей 6–8 лет с церебральным параличом было установлено, что уровень ее значительно ниже, чем у здоровых детей этого же возраста.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по АФК с использованием пальчиковой гимнастики; пальчиковых игр, дидактических игр для развития координаторных способностей.

3. В результате применения предложенной нами программы в ЭГ достоверно улучшились показатели тестов на 5–23 %. Статистически доказана положительная динамика развития координаторных способностей под влиянием разработанной нами коррекционно-развивающей программы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимошина. — М.: Просвещение, 2004. — 196 с.
2. Семенова, К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: учеб. пособие / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова. — М.: ЦСиТР, 1999. — 196 с.
3. Финни, Н. Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие / Н. Р. Финни; под ред. Е. В. Ключковой. — 3-е изд. — М.: Тервинф, 2009. — 336 с.

УДК 616.517

КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ

Горбачева А. С., Копкина В. Д., Скребец Ю. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз — хроническое неинфекционное заболевание, дерматоз, популяционная частота которого, по данным различных авторов, составляет от 1 до 5 % [1].

Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Тип 1 (15 % случаев): у женщин заболевание начинается в среднем в 16 лет, у мужчин — в 22 года. Тип 2 (25 % случаев): начинается в пожилом возрасте, в среднем в 56 лет. Заболевание с полигенным наследованием. Если болен один из родителей, риск псориаза у ребенка составляет 8 %; если псориазом страдают и отец, и мать — 41 %. У пациентов часто обнаруживают HLA класса I: HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6 [2].

Провоцирующими факторами являются:

- механические травмы кожи (в том числе растирание и расчесывание) — ведущая причина появления новых высыпаний (феномен Кебнера);
- инфекции: острая стрептококковая инфекция способствует возникновению каплевидного псориаза;
- стресс: 40 % взрослых больных связывают обострение псориаза с эмоциональными перегрузками; у детей это происходит еще чаще;
- лекарственные средства для системного применения — кортикостероиды, соли лития, противомаларийные средства, интерфероны, В-адреноблокаторы; кортикостероиды максимальной силы действия для наружного применения и, вероятно, употребление алкоголя, обостряют течение псориаза либо вызывают псориазиформные высыпания.

Основным патологическим изменением при данном дерматозе становится ускоренный митоз эпидермоцитов, носящий транзиторный характер, сопровождающийся нарушением их дифференцировки [3]. Морфогенез псориаза характеризуется нарушением архитектоники дермы, клеточной активацией и локальной инфильтрацией кожи воспалительными клетками (Т-лимфоциты, нейтрофилы). На основании анализа и многочисленных исследований, посвященных изучению этиологии и патогенеза псориаза, можно выделить ряд концепций его развития: инфекционную, иммунологическую, генетическую, обменную, нейроэндокринную [4]. Также обнаружена связь между площадью поражения кожных покровов и активностью патологического процесса.

Болезнь значительно ухудшает качество жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы.

Цель

Изучить частоту и причину возникновения каплевидного псориаза, особенности клинических проявлений данной патологии.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в УГОККВД в 2015 г. Всего было обработано 320 амбулаторных карт пациентов, страдающих псориазом. Среди них у 24 пациентов был каплевидный псориаз. У пациентов с каплевидным псориазом оценивали причину и длительность заболевания, сезонность, локализацию сыпи. В случаях выявления пациентов, с первичным псориазом, главную роль играет бактериальная инфекция, что определяет принципы лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен ретроспективный анализ 320 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение на базе УГОККВД г. Гомеля за 2015 г. Из них 24 (7,5 %) был выставлен диагноз каплевидный псориаз. Среди них было 14 (58,3 %) пациенток женского пола и 10 (41,7 %) — мужского. Минимальный возраст 5 лет, максимальный 58 лет. В возрасте до 10 лет было 4 (16,7 %) человека, 11–18 лет — 6 (25 %) человек, 19–30 лет — 7 (29,1 %), 31–40 лет — 4 (16,7 %), 51–60 лет — 3 (12,5 %) человека. Таким образом, детей было 2/3 из общего числа пациентов. Городскими жителями были 21 пациент, трое проживали в сельской местности. Отягощенная наследственность по псориазу была выявлена у 7 (29,2 %) пациентов. Впервые выявленный псориаз был у 11 пациентов. Рецидивирующий характер заболевания имело у 13 человек, причем у всех их отмечался сезонный характер высыпаний, преимущественно в осенне-зимний период.

Среди причин, которые привели к возникновению заболевания пациенты, страдающие каплевидным псориазом в большинстве случаев (70,8 %) отмечали перенесенные накануне инфекционные заболевания. Лишь 7 пациентов не указывали на перенесенную простуду,

хотя при анализе данных лабораторных исследований у 3 из них были изменения в общем анализе крови, свидетельствующие о возможной бактериальной инфекции (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ).

Клинически высыпания при каплевидном псориазе у всех пациентов были представлены в виде распространенной симметричной мономорфной сыпи с поражением туловища, как сгибательной, так и разгибательной поверхности конечностей, волосистая часть головы вовлекалась в процесс почти у половины пациентов (45,8 %). Сыпь была представлена в виде лентикулярных эпидермально-дермальных папул розового или красного цвета, округлой формы, с четкими границами на неизмененной коже. На поверхности элементов имелось серебристо-белое шелушение. У всех пациентов отмечалась положительная псориагическая триада, у 8 был положительный феномен Кебнера. Поражения ногтей пластинок не было описано ни в одном случае.

Выводы

1. Каплевидный псориаз составил 7,5 % в общей структуре заболеваемости псориазом.
2. Часто каплевидный псориаз возникает как первичное проявление.
3. Заболевание наиболее часто встречается среди детей.
4. Наблюдается сезонность заболевания. Прослеживается заболеваемость в холодный период года.
5. Основной причиной возникновения каплевидного псориаза являются перенесенные инфекционные заболевания (83,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Перламутров, Ю. Н.* Псориаз и современные методы его лечения / Ю. Н. Перламутров, А. М. Соловьев // *Лечащий врач*. — 2004. — № 5. — С. 38–43.
2. *Дерматология. Атлас-справочник* / Т. Фицпатрик [и др.]. — М.: Практика, 1999. — 820 с.
3. *Довжанский, С. И.* Псориаз или псориагическая болезнь / С. И. Довжанский, С. Р. Утц. — Саратов, 1992. — 272 с.
4. *Маринина, Г. Н.* Лечение псориаза / Г. Н. Маринина, В. С. Маринин. — Харьков, 2007. — 104 с.

УДК 612.013.1

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ОЗДОРОВЛЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ

Григорович О. А., Кашицкий Д. Э., Кострица Л. А.

Научные руководители: м.э.н. О. Л. Богданович; к.м.н., доцент Э. С. Кашицкий

Учреждение образования

«Белорусский государственный университет физической культуры»,

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический университет имени М. Танка»

г. Минск, Республика Беларусь,

Детский реабилитационный оздоровительный центр «Ждановичи»

а.г. Ждановичи, Республика Беларусь

Всемирная организация здравоохранения рассматривает психологические нарушения во время беременности как одну из наиболее актуальных проблем, оказывающих отрицательное влияние в период беременности на здоровье женщины, ребенка и функционирование семьи после его рождения. В решении этой проблемы наиболее перспективными представляются арттерапевтические методики.

Термины арсмедика ARSMEDICA (от лат. *ars, arsis* = искусство + медицина) и арттерапия (от лат. *ars, arsis* = искусство + терапия) объединяют методы профилактики и лечения средствами искусства и самовыражения в искусстве.

Эти виды воздействия являются перспективными в системе психологической реабилитации, поскольку позволяют добиться нормализации эмоционально-волевой сферы и коррекции невротоподобных и поведенческих нарушений. При индивидуальном знакомстве психотера-