

с инфекциями, чем у генетически идентичных мух, оставшихся на Земле. Мыши и саламандры в космосе так же становятся, более уязвимы для болезней. Очевидно, что подобное состояние вызывает отсутствие гравитации, но механизм патологии остается не изученным.

Основанием для тревоги является космическая радиация. МКС вращается по достаточно низкой орбите, чтобы атмосфера Земли отчасти защищала обитателей станции от жесткого космического излучения [3]. В программе «Аполлон» некоторые астронавты, по несколько дней проводили в дальнем космосе на борту слабо защищенной капсулы, и заболеваний впоследствии выявлено не было. Но в дальнем космосе, (на пути к Луне или Марсу), есть вероятность получить летальную дозу радиации, что делает продолжительные полеты слишком опасными.

Не менее простой проблемой является прогрессирующая депрессия людей, запертых в тесной автоматизированной капсуле и наблюдающих в иллюминаторы бесконечное безвоздушное пространство [2].

Вывод

Даже относительно короткое пребывание в космосе имеет комплексное пагубное влияние на здоровье человека и требует исключительной физической и психической стойкости, специальной подготовки и экспериментального изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лозовская, Е. Л. Жизнь с гравитацией и без нее / Е. Л. Лозовская // Наука и жизнь. — 2015. — № 10 — С. 14–15.
2. Злыгостьев, А. С. Влияние динамических факторов космического полета на организм человека [Электронный ресурс] / А. С. Злыгостьев. — Анатомия и физиология человека. — 2014. — Режим доступа: <http://anfiz.ru/books/item/f00/s00/z0000022/st005.shtml>. — Дата доступа: 28.09.2015.
3. Шаров, П. С. Путевка в космос / П. С. Шаров // Вокруг света. — 2009. — № 4. — С. 10–12.
4. These are the hardest things to get used to when living in space, according to astronauts [Electronic resource] / Kelly Dickerson. — Business Insider, Science, 2015–2. — Mode of access: <http://www.businessinsider.com/these-are-the-hardest-things-to-get-used-to-living-in-space>. — Date of access: 30.09.2015.

УДК 616.34-007.44-053.2(476.2)

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Кремень Н. А., Данильченко Ю. С.

Научный руководитель: ассистент С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Если маленький ребенок внезапно начинает сильно кричать, плакать и сучить ножками, а после кратковременного успокоения все снова повторяется приступами, то на это следует обратить внимание.

Инвагинация кишечника (ИК) является одним из наиболее частых видов кишечной непроходимости у детей, преимущественно грудного возраста (85–90 %). У мальчиков встречается в 2 раза чаще. По данным литературы, в основном заболевание у детей носит идиопатический характер и лишь у 6 % — имеет место органическая патология (мезаденит, опухоли и аномалии фиксации кишечника, дивертикул Меккеля и т. д.) [1, 2, 4].

В настоящее время с целью устранения ИК чаще применяют консервативные способы, из них наиболее чаще — гидростатическую дезинвагинацию (ГД) под ультразвуковым (УЗ) контролем. Данный метод имеет более низкий риск перфорации кишечника в сравнении с пневматической методикой, а качественная визуализация при УЗИ позволило заменить рентгенологические методы. [3, 4] ГД под УЗ-контролем впервые была описана в 1982 г.

(Y. G. Kim). В учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) эта методика применяется с 1997 г.

Но даже при высокой эффективности консервативного подхода (76–95 %) все равно могут возникать показания и к операции [1–4].

Цель

Оценить структуру современных способов лечения ИК у детей в ГОКБ.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 154 пациентов с ИК, пролеченных в отделении детской хирургии (ДХО) ГОКБ за период 2009–2015 гг. При поступлении всем детям, поступившим по срочным показаниям, было выполнено УЗИ органов брюшной полости с выявлением типичной картины «инвагината» и после предварительной подготовки были определены подходы к устранению патологии. Все случаи вмешательств проводились детям под общей анестезией. У 145 детей с ИК была применена ГД под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение

Более 90 % детей были госпитализированы по срочным показаниям бригадами скорой медицинской помощи, реже обращались самостоятельно или были переведены из других стационаров. Дети преимущественно были городские жители. Число мальчиков было в 2 раза больше.

В 141 (91,5 %) случае расправление инвагината наступило во время ГД под УЗ-контролем (чаще с первой-второй попытки, в редких ситуациях — с третьей). Из этого числа детей подавляющее большинство оказались дети первого года жизни, в основном грудного возраста, две трети из них — мужского пола.

13 пациентам потребовалось выполнение срочной операции. Из них: у 4 — наблюдалось отсутствие расправления при ГД (от 1 до 3 попыток), у 8 имелись противопоказания к консервативному расправлению (у 4 — длительность заболевания составила от 2 до 4 суток, у 1 — был рецидив ИК, выполнена диагностическая лапароскопия, у 2 — причиной инвагинации предполагался дивертикул Меккеля, у 1 — была тонко-тонкокишечная инвагинация) и у 1 — инвагинат стал случайной интраоперационной находкой (из-за нетипичности клинических проявлений у ребенка предполагался диагноз «острый аппендицит»).

Возраст оперированных детей с ИК колебался от 4 мес. до 14 лет (в среднем около 5–5,5 лет). Численное соотношение девочек к мальчикам составило 4:9. Длительность заболевания у них варьировала от 1 часа до 12 дней (в среднем около 2,5 суток).

В 11 случаях операция пациентам выполнялась через лапаротомные доступы (у 7 — после диагностической лапароскопии). У 1 пациента оказалось эффективным лапароскопическое расправление инвагината путем его небольшой тракции. В 1 случае (при повторном рецидиве в течение года) диагностическая лапароскопия была выполнена после успешной ГД, была взята биопсия увеличенного лимфоузла брыжейки (в дальнейшем онкологами был выставлен диагноз «лимфоаденопатия»). Из числа оперированных пациентов у 4 инвагинация была расправлена «выдаиванием», а у 7 — потребовалась резекция измененного кишечника с наложением в последующем анастомозов.

У 12 оперированных детей к ИК привели органические причины: у 4 — дивертикул Меккеля, у 4 — опухоли тонкого кишечника, у 2 — наблюдались аномалии фиксации кишечника, у 2 пациентов — неспецифический мезаденит.

По окончании лечения домой с выздоровлением был выписан 151 пациент. Средняя продолжительность лечения после консервативного расправления (ГД) составила около 4 суток, для оперированных детей — 12 дней. Лишь трое детей (с опухолями кишечника) после операции на 8–14 сут были переведены и продолжили лечение в РНПЦ ДОГиИ (п. Боровляны, Минский район).

Выводы

Инвагинация кишечника у детей сохраняет свою актуальность из-за тяжести клинического течения и сложности диагностики у детей младшего возраста.

Настороженность родителей и медицинских работников позволяют в большинстве случаев своевременно заподозрить патологию и обратиться за специализированной медицинской помощью.

Консервативное расправление (гидростатическая дезинвагинация под УЗ-контролем) на сегодня является «золотым стандартом» в подавляющем большинстве случаев лечения инвагинации кишечника у детей Гомельского района.

При безуспешности консервативных методов дезинвагинации следует применять диагностическую лапароскопию для исключения органических причин (дивертикул Меккеля, новообразования кишечника и других), и определяться с последующим способом и объемом оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Исаков, Ю. Ф.* Абдоминальная хирургия у детей: руководство / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, Т. В. Красовская. — М.: Медицина, 1988. — 458 с.
2. *Подкаменев, В. В.* Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей / В. В. Подкаменев, В. А. Урусов. — Иркутск: ИГУ, 1986. — С. 32–36.
3. *Катько, В. А.* Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей / В. А. Катько, Ш. Ч. Шахья // Белорусский медицинский журнал. 2003. — № 3. — С. 73–76.
4. *Баиров, Г. А.* Срочная хирургия детей / Г. А. Баиров — СПб.: Питер, 1997. — С. 165–188.

УДК 615.825 + 616.7

КОРРЕКЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ СЕНСОМОТОНОЙ ТРЕНИРОВКИ

Криворотов Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. И. Приходько*

Учреждение образования
«Белорусский государственный университет физической культуры»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В последние годы наблюдается снижение показателей физического состояния студентов, которое представляет собой совокупность взаимосвязанных признаков, в первую очередь таких, как физическое развитие, функциональное состояние органов и систем, физическая работоспособность и подготовленность. Это обусловлено высокими умственными и психоэмоциональными нагрузками. Низкие показатели физического состояния отрицательно влияют на здоровье, успеваемость студентов, качество их жизни [1, с. 23]. В связи с этим, актуальность приобретает разработка программ коррекции функционального состояния и физической подготовленности молодежи.

Одним из способов коррекции физического состояния может служить сенсомоторная тренировка. Сенсомоторная коррекция воздействует не на само нарушение, а на механизм его возникновения, оптимизирует работу центральной нервной системы, создавая, таким образом, основу гармоничного развития человека [2, с. 96].

Цель

Разработать и апробировать программу коррекции физического состояния студентов с помощью сенсомоторной тренировки.

Материал и методы исследования

В работе использовались следующие методы исследования: анализ научной литературы, антропометрический (рост, масса тела, индекс массы тела), изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы (проба Мартине — Кушелеского, адаптационный потенциал, реография), изучение функционального состояния вегетативной нервной системы (кардиоинтервалография), оценка физической подготовленности (прыжок в длину с места, бег 60 м, проба Ромберга).

Исследование проводилось на базе учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» в течение двух месяцев (февраль-март) 2015 г. Под наблюдением находились 22 студента второго курса, средний возраст которых составил $19 \pm 2,1$ лет. Занятия проводились в соответствии с учебной программой учреждения высшего образования