

развивающие упражнения необходимо сочетать с дыхательными и изометрическими, а также с упражнениями на расслабление. После ликвидации застойных явлений, спаек, болей включают упражнения с гимнастической палкой, набивными мячами, гантелями и на тренажерах. Кроме ЛГ включают дозированную ходьбу в сочетании с бегом, ходьбу на лыжах, греблю, игры, плавание и другие средства физкультуры, учитывая при этом функциональное состояние женщины, ее возраст, характер работы и течение заболевания.

Противопоказаны физические упражнения при обострениях воспалительного процесса, сопровождающихся повышением температуры тела, скоростью оседания эритроцитов (СОЭ), кровотечением, болями, а также при осумкованных гнойных процессах до оперативного вмешательства.

Выводы

Физическая активность — одно из неперенных условий жизни, имеющее не только биологическое, но и социальное значение. Она рассматривается как естественно-биологическая потребность живого организма на всех этапах онтогенеза и регламентированная в соответствии с функциональными возможностями индивида. Физическая активность является важнейшим принципом здорового образа жизни человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровский, В. И. // Лечебная физическая культура. — 2001. — № 1. — С. 92–97.
2. Епифанов, В. Д. // Лечебная физкультура и врачебный контроль. — 1990. — № 2. — С. 27–39.

УДК 616.329 - 002.2 - 071 - 091

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ

Брель В. В., Жандаров М. Ю.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время актуальность проблемы пищевода Барретта (ПБ) возрастает, что обусловлено резким увеличением частоты аденокарциномы зоны пищеводно-желудочного перехода. ПБ проявляется разнообразной клинической симптоматикой, чаще — одинофагия, иногда — кровотечениями из язвенных дефектов слизистой оболочки. Однако основная опасность ПБ заключается в его частом (10 %) перерождении в рак пищевода [1].

Цель

Определить частоту встречаемости ПБ по готовым гистологическим препаратам биоптатов нижней трети пищевода у пациентов с клиническими проявлениями поражения пищевода.

Материалы и методы исследования

Готовые гистологические препараты за 2012–2013 гг.

Результаты исследования

В зависимости от клинического диагноза, все обследуемые были разделены на 4 группы.

В 1-й группе из 8 обследованных с диагнозом хронический рефлюкс-эзофагит в биоптате были обнаружены признаки ПБ с хроническим воспалением у 7 женщин, средний возраст которых составляет 38 лет. Следует отметить, что у одной из них также имеются признаки слабой степени дисплазии многослойного плоского эпителия (МПЭ). У мужчины

этой группы морфологических признаков ПБ не найдено. Таким образом, из 100 % с хроническим рефлюкс-эзофагитом, морфологические признаки ПБ обнаружены у 87,5 %.

Во 2-й группе с клиническим диагнозом ПБ у 4 обследованных морфологическая картина не противоречит диагнозу. В материале присутствуют фрагменты слизистой оболочки желудочного типа. Такая картина отмечается у женщин этой группы, их средний возраст равен 32 года. Следует обратить внимание, что в одном из биоптатов определяются признаки кишечной метаплазии. У мужчины этой группы в материале исследования обнаруживается МПЭ нормального гистологического строения. Его возраст — 39 лет. Следовательно, из 100 % с клиническим диагнозом ПБ, признаки самого ПБ обнаружены у 80 % в пределах данной группы.

В 3-й группе с диагнозом хронический эзофагит из 6 обследованных у троих обнаруживаются признаки ПБ: 1 мужчина 63 лет и 2 женщины, их средний возраст 63 года. У остальных лиц с этим же диагнозом в биоптатах признаков метаплазии и дисплазии не имеются. То есть, из 100 % с хроническим эзофагитом, признаки ПБ в материале обнаруживаются у 50 %.

В 4-ю группу с эрозивным поражением пищевода входит 7 человек. Патологические изменения МПЭ обнаруживаются у всех, при этом признаки ПБ — у 6 человек, а именно 3 мужчин, средний возраст которых составляет 62 года и 3 женщин, их средний возраст — 46 лет. Нужно заострить внимание, что у 2 человек этой группы в биоптате имеются очаги кишечной метаплазии. У 1 женщины в препарате нет признаков ПБ, а лишь имеется выраженная лимфоцитарная воспалительная инфильтрация. Значит, из 100 % с эрозивным поражением пищевода, у 85,7 % имеются признаки ПБ, а у 28,5 % этой группы резко повышается риск возникновения аденокарциномы.

Выводы

В данной работе описаны клиничко-морфологические сопоставления 28 человек, из них 21 женщина и 7 мужчин. Средний возраст составляет 45 лет. У всех лиц наблюдаются различные воспалительные заболевания пищевода, в 71,4 % случаев в биоптатах обнаруживаются признаки ПБ.

В 3 случаях в препаратах наблюдается кишечная метаплазия, а также в одном — слабая степень дисплазии МПЭ. Нужно заметить, что эти признаки коррелируют с более высокой частотой развития аденокарциномы при ПБ. Следует выполнять эндоскопическое исследование с прицельной биопсией дважды (с месячным интервалом), а затем ежегодно для выявления очага дисплазии высокой степени или аденокарциномы [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Химина, И. Н.* Морфологический портрет слизистой оболочки пищевода Барретта на фоне терапии ингибиторами протонной помпы / И. Н. Химина // *Consilium Medicum*. — 2008. — № 2.
2. *Бектаева, Р. Р.* Возможности удлинения периода прогрессирования пищевода Барретта и развития аденокарциномы пищевода / Р. Р. Бектаева // *РЖГГК*. — 2010. — Т. 20, № 5. — Прил. № 36. — С. 5.

УДК 618.1-08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Бруй Т. А., Калымаго М. В., Петрович Ю. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Сидоренко

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**