



Рисунок 2 — Количество совершенных ошибок на 30 стимулов

Вывод

Знание о характере возрастной динамики время реакции конкретного контингента учащихся (класса) имеет весьма большое прикладное значение, оно позволяет научно обоснованно подойти к подбору для каждого учащегося соответствующего уровня образовательной программы, возможной степени образовательной нагрузки, решению вопроса о возможности усложнения программы или начале школьного обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасова, А. Ф. Исследование времени простой и сложной зрительно-моторной реакции учащихся / А. Ф. Тарасова, Н. В. Селиверстова, Л. В. Жданкина // Физиология и психофизиология мотиваций. — 2000. — № 28. — С. 52–54.
2. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / А. А. Крылов [и др.]; под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. — СПб.: Питер, 2000. — 560 с.
3. Бондаренко, П. И. Оригинальная компьютерная методика «Триколор»: акт внедрения результатов научных исследований в практику / П. И. Бондаренко, А. М. Дворник. — Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2009.

УДК 616.131-005.6/.7-089

АНАЛИЗ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Чубаров Д. В., Шамко А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Лызикова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — это симптомокомплекс, вызванный окклюзией главного ствола или ветвей легочной артерии (ЛА) тромбами, образовавшимися в венах большого круга кровообращения или в правой половине сердца. ТЭЛА очень сложная клиническая проблема, которая нередко становится причиной острой сердечной недостаточности и смерти больного. По литературным данным, ТЭЛА представляет собой одну из ведущих причин смерти в европейских странах и США, наряду с острым инфарктом миокарда и нарушением мозгового кровообращения и обнаруживается при аутопсии у 12–15 % пациентов. При массивной ТЭЛА госпитальная летальность составляет до 18 %.

Цель

Оценить и проанализировать данные эпидемиологии и лечения заболевания ТЭЛА среди пациентов отделения реанимации за определенный промежуток времени.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленной задачи были ретроспективно проанализированы 20 истории болезней пациентов, переведенных в отделение реанимации (из отделений терапии,

хирургии, неврологии, урологии), а также поступивших непосредственно в реанимацию за период времени январь-август 2016 г. Были отобраны пациенты разных полов и с разными сопутствующими патологиями.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проделанной работы были систематизированы и проанализированы следующие данные из историй болезней: возраст, пациента, пол пациента, вариант развившейся ТЭЛА, причины развития ТЭЛА, сопутствующая патология (которая также могла стать фактором риска развития заболевания), наличие в анамнезе оперативных вмешательств, динамика состояния пациентов в отделении реанимации, время после операции (через которое развилась ТЭЛА), назначения при терапии, исход терапии.

Таблица 1 — Возраст пациентов с диагнозом ТЭЛА

Возраст пациентов	Количество пациентов (%)
30–50 лет	20
50–70 лет	50
> 70 лет	30

Таблица 2 — Пол пациентов с диагнозом ТЭЛА

Пол	Количество пациентов (%)
Мужской	60
Женский	40

Как видно из приведенных выше таблиц, ТЭЛА обнаруживается чаще у мужчин. Также можно отметить, что диагноз ТЭЛА в большей вероятности развивается после 50 лет.

Таблица 3 — Вид тромбированного сосуда

Ветвь артерии	Количество пациентов, у которых обнаружен тромбоз (%)
Мелкая	50
Средняя	65
Крупная	25

При ТЭЛА чаще поражается не один вид ветвей, а несколько. Как можно увидеть из таблицы 3 — чаще это тромбоз мелких и средних ветвей.

У исследуемых пациентов имелась сопутствующая патология. Некоторые из них могли повлиять на риск развития ТЭЛА: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов, флеботромбоз глубоких вен голени, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, гидроторакс, нарушение ритма сердца. Кроме того, у 75 % пациентов в анамнезе присутствовали оперативные вмешательства: пункция легкого, удаление спинномозговой грыжи, флебэктомия, трепанация черепа — что также способствовало возникновению тромбоза. После операций, ТЭЛА развивалась через 5, 7, 10, 12, 15 суток. Средний показатель по времени — 8 суток.

В отделении реанимации пациентам было назначено следующее лечение: антикоагулянтная терапия, антиагрегантная терапия, а также тромболизис. Кроме того, лечилась сопутствующая патология и проводилась профилактика осложнений после ТЭЛА (инфаркт легкого, пневмония, эмпиема, абсцесс, острая почечная недостаточность). Для антикоагулянтной терапии были использованы следующие препараты: гепарин и низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксин, фраксипарин), непрямой антикоагулянт — варфарин. Для антиагрегантной терапии был использован аспирин. У 30 % пациентов была проведена тромболитическая терапия при помощи стрептокиназы либо альтеплазы.

После проведения соответствующей терапии у 100 % пациентов наблюдалась положительная динамика. 90 % были выписаны окончательно, а 10 % оставшихся были переведены в другое лечебное учреждение для проведения дальнейшего лечения.

Выводы

1. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) чаще развивается у лиц мужского пола.
2. Возраст, являющийся фактором риска для развития ТЭЛА — 50–70 лет.
3. Чаще тромбируются мелкие и средние ветви легочных артерий (50–65 %).
4. Оперативные вмешательства влияют на развитие ТЭЛА (в 75 % случаев).
5. ТЭЛА в среднем развивается через 8–10 дней после оперативного вмешательства.
6. При проведении антикоагулянтной, антиагрегантной и тромболитической терапий у пациентов улучшается гемодинамика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляров, Андреев. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, лечение, профилактика — 2010.
2. Mayo Clinic Staff. Научная статья: Pulmonary embolism [<http://www.mayoclinic.org>]. — 2016. — Режим доступа: свободный.

УДК 796.526

СПОРТИВНОЕ СКАЛОЛАЗАНИЕ — ОЛИМПИЙСКИЙ ВИД СПОРТА

Чудаков В. О., Шруб П. М.

Научный руководитель: Н. Н. Гаврилович

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В рамках 129-й сессии комитета в Рио-де-Жанейро Международный олимпийский комитет (МОК) решил включить пять новых видов спорта в программу летних Игр 2020 г., которые состоятся в Токио. Это — спортивное скалолазание, бейсбол, карате, серфинг и скейтбординг. Данные виды спорта — это инновационное сочетание существующих и новых, сфокусированных на молодых людей мероприятий. Следует также отметить, что в программу летних Игр входят академическая гребля, бадминтон, баскетбол, бокс, борьба, волейбол, гимнастика, а также водные виды спорта, велоспорт, легкая и тяжелая атлетика, дзюдо, теннис и другие виды спорта — всех 28 видов спорта.

Цель

Рассмотреть становление спортивного скалолазания, как олимпийского вида спорта.

Материал и методы исследования

Изучение и анализ литературы, интернет-источников, протоколов международных соревнований последних лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Первое упоминание преодоления скального рельефа человеком в процессе освоения и приспособления к жизни в горных районах относится к третьему тысячелетию до н. э. Скалолазание как преодоление скального рельефа, т. е. как разновидность активного отдыха, возникло в горных районах в XIX в. Занятие скалолазанием в свободное время получило широкое распространение в Европе: скальные районы Германии, Австрии, скалы Шотландии, Ирландии, Швейцарии и др. стран. В США в начале XX в. зародилось и стало уверенно развиваться лазание по скалам в Йосемитском национальном парке. В России более 150 лет тому назад в окрестностях Красноярска лазали на скалах (столбах), а людей называли «столбистами». Первые в мире официальные соревнования по скалолазанию были проведены в СССР летом 1947 г. на скалах Домбая (Кавказ) начальником учебной части альпинистского лагеря «Молния» И. И. Антоновичем. Этот год считается годом рождения скалолазания как вида спорта. В 1968 г. при Федерации альпинизма СССР был создан комитет по скалолазанию. Спортсмены успешно выступали на соревнованиях как за рубежом, так и в Крыму (В. Зырянов, А. Шалыгин, А. Демин, В. Балезин, А. Чертов, С. Калашин, М. Хер-