

Таким образом, СРК является многофакторным заболеванием, в основе которого лежит нарушение нервной и двигательной функции кишечника. Для раннего выявления больных СРК в первичном звене здравоохранения необходимо выявить врачебные ошибки.

Выводы

1. Развития СРК напрямую связан с нарушением пищевого поведения пациента, психоэмоциональными расстройствами, наследственностью, перенесенной кишечной инфекцией, гиподинамией.
2. При СРК наблюдается комплекс желудочно-кишечных и внекишечных нарушений, включающих синдром кишечной диспепсии, синдром нарушенного пищеварения, астено-невротический синдром.
3. Хроническое, рецидивирующее течение СРК требует комплексной, поэтапной диагностики (признание проблемы, консультация психотерапевта, диетолога).
4. Наличие значительного числа факторов риска СРК требует проведение сочетанного использования рационального питания, наличие периодов отдыха, выполнение физических упражнений, применение антидепрессантов, включение биопрепаратов и ферментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трухан, Д. И. Гастроэнтерология: учеб. пособие / под ред. Д. И. Трухан, И. А. Викторова. — СПб.: СпецЛит, 2013. — С. 255–273.
2. Каримов, М. М. Коррекция дисбиоза кишечника: современные подходы: метод. рекомендации / М. М. Каримов, Г. Н. Собирова, Н. М. Дусанова // МЗ РУз. — 2010. — С. 3–17.

УДК 572.512.3

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Теличенко В. В., Антоненко Н. С.

Научный руководитель: Н. Н. Гаврилович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В целях совершенствования работы по укреплению здоровья студентов и улучшения их физической работоспособности необходим контроль и оценка их физического развития и функционального состояния.

Под физическим развитием понимают размеры и форму тела, соответствие их возрастной норме. Для определения оптимального веса самым популярным остается расчет индекса массы тела (ИМТ), основанный на отношении массы тела и его длины (роста) [1].

Индекс массы тела (ИМТ) — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Этот показатель был разработан бельгийским социологом и статистиком Адольфом Кетле в 1869 г. и может быть вычислен по следующей формуле:

$$\text{ИМТ} = m/h^2,$$

где m — масса тела в килограммах; h — рост в метрах.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ (таблица 1).

Таблица 1 — Значение и интерпретация ИМТ

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
Меньше 16	Выраженный дефицит массы тела
16–18,5	Недостаточная масса тела
18,5–25	Нормальная масса тела
25–30	Избыточная масса тела (предожирение)
30–35	Ожирение первой степени
35–40	Ожирение второй степени
Больше 40	Ожирение третьей степени

Кроме того, для определения нормальной массы тела может быть применен ряд индексов: Брока, Брейтмана, Бернгарда, Давенпорта, Одера, Ноордена, Татоня. Например: индекс Брока используется при росте 155–170 см. Нормальная масса тела при этом равняется $(\text{рост [см]} - 100) \pm 10 \%$.

Следует отметить, что индекс массы тела рекомендуется рассчитывать для мужчин и женщин в возрасте 18–65 лет. При использовании ИМТ для оценки телосложения профессиональных спортсменов или подростков (до 18 лет), полученные результаты могут быть неверными.

Цель

Провести анализ индекса массы тела, изучить его динамику и влияние на качество жизни студентов.

Материал и методы исследования

Объектом исследования были 68 человек с различным уровнем физического развития. В исследовании был использован анализ существующей методики определения индекса массы тела (ИМТ) и прогнозирование риска развития заболеваний с дальнейшими рекомендациями по двигательному режиму.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ данных, полученных при исследовании, показал, что существуют значимые отличия в группах по показателям ИМТ, их соответствие риску заболеваемости и рекомендациям по двигательному режиму (таблица 2, рисунок 1) [2].

Таблица 2 — Показатели ИМТ, их соответствие риску заболеваемости и рекомендации по двигательному режиму

ИМТ, кг/м ²	Классификация	Риск заболеваемости	Рекомендации по двигательному режиму
Менее 18,5	Дефицит массы тела	Повышенный	Полноценное питание, физич.упражнения
18,5–24,9	Нормальная масса тела	Минимальный	Необходимо заниматься физическими упражнениями для развития мышечной массы
25–29,9	Избыточная масса тела	Повышенный	Диета, физические упражнения, ходьба, бег
30–34,9	Ожирение 1 степени	Высокий	Контроль питания, занятия спортом
35–39,9	Ожирение 2 степени	Очень высокий	Диета, посещение спорт-клубов
Свыше 40	Ожирение 3 степени	Чрезмерно высокий	Диета, ходьба не менее 2 часов пешком быстрым ходом

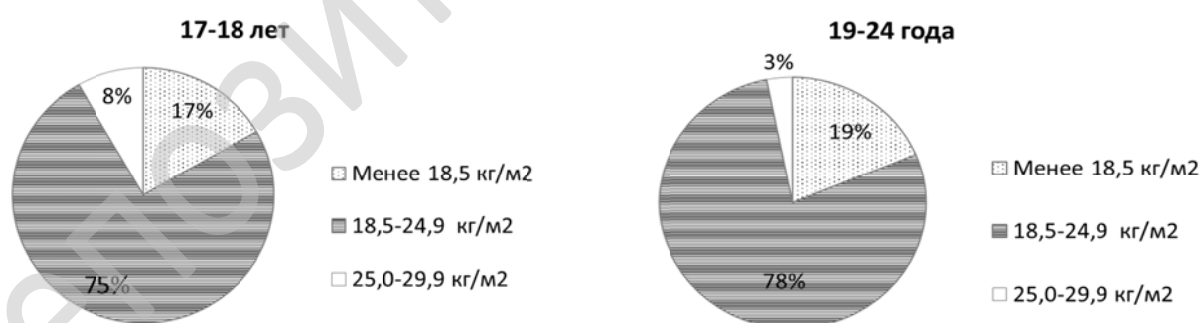


Рисунок 1 — Сравнительный анализ ИМТ студентов 17–18 и 19–24 лет

По полученным результатам:

1) 17–18 лет: ИМТ менее 18,5 кг/м² — 2 человека — дефицит, 18,5–24,9 кг/м² — 6 человек — норма, 25–29,9 кг/м² — 1 человек — избыток массы тела.

2) 19–24 года: ИМТ менее 18,5 кг/м² — 6 человек — дефицит, 18,5–24,9 кг/м² — 25 человек — норма, 25–29,9 кг/м² — 1 человек — избыток массы тела.

Выводы

Анализируя полученные данные можно сделать выводы, что исследование по определению уровня физического развития студентов, в частности измерения индекса массы тела, необ-

ходимо для выявления отклонений массы тела от нормы, а также для построения и планирования оптимальных вариантов проведения учебных и самостоятельных занятий студентов, а также занятий спортом, так как регулярная двигательная активность повышает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов, Б. П. Оценка состояния здоровья населения России / Б. П. Денисов // Клиническая эпидемиология и общественное здоровье. — 2005. — № 3. — С. 31–36.
2. Капилевич, Л. В. Физиологический мониторинг здоровьесберегающей деятельности в процессе физического воспитания студентов / Л. В. Капилевич, В. Г. Шилько, А. В. Кабачкова // Бюллетень сибирской медицины. — 2011. — № 4 — С. 76–82.

УДК 616-007-053.1-053.2(476.2)

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Телкова Д. С., Коваленко Т. А.

Научный руководитель: *Л. С. Сергейчик*

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

Введение

Количество врожденных пороков развития в последнее десятилетие заметно увеличилось, а удельный вес наследственной и врожденной патологии в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и детей раннего возраста продолжает расти. По данным ВОЗ в мире ежегодно рождается 4–6 % детей с ВПР, а их вклад в структуру младенческой смертности достигает 30–40 %. Наиболее частые формы ВПР являются пороками мультифакториального генеза. В их происхождении помимо наследственного фактора существенную роль играет среда.

По данным Белорусского регистра ВПР в республике ежегодно выявляется свыше 2,5 тыс. новорожденных и плодов с ВПР. Установлено, что частота дефектов нервной трубки (ДНТ) в Республике Беларусь за последние 10 лет снизилась в 2 раза (с 2,1 до 0,9 ‰). В последние годы наблюдается более чем двукратное повышение частоты регистрации врожденных пороков сердца (ВПС с 6,3 до 13,4 ‰) и агенезий/гипоплазий почек (АГП с 0,2 до 0,7 ‰), что может быть связано с улучшением диагностики клинически неосложненных состояний.

Цель

Изучить факторы риска возникновения и особенности течения врожденных пороков развития у новорожденных детей.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная клиническая больница». Был проведен ретроспективный анализ 100 историй родов и 100 историй развития новорожденных с врожденными пороками развития, находившихся на этапе ранней неонатальной адаптации в отделении для новорожденных детей в период с декабря 2016 по ноябрь 2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех врожденных пороков развития наиболее часто встречались врожденные пороки сердца — 39 (39 %) детей и врожденные пороки мочевыводящей системы — 36 (36 %) детей. Другие аномалии развития встречались значительно реже: опорно-двигательный аппарат — 7 (7 %) детей, комбинированные пороки развития — 7 (7 %) детей, прочие (болезнь Дауна — 2 ребенка; левосторонний крипторхизм; киста брюшной полости; гипоплазия и деформация ушной раковины справа, атрезия наружного слухового прохода справа; синдром 2-й тип Денди — Уокера; врожденная киста левого яичника; Spina bifida posterior L5; множественные гемангиомы: туловища, конечностей, печени. Синдром Казабаха — Меррита; гемангиома в области левого коленного сустава; кавернозная гемангиома нижней трети левого предплечья больших размеров — по 1 ребенку) — 11 (11 %) детей.