

ны обследованных. У пациентов ОГ положительное влияние МЛТ и комплексного лечения наблюдали в более ранние сроки, чем при приеме антиангинальных препаратов у лиц КГ. Кроме того, в ОГ выявлено достоверное уменьшение одышки (у 45,6% пациентов), нестабильности АД (у 42,5 %), а в КГ группе достоверно отмечено уменьшение одышки у 22,2 % пациентов, нестабильность АД уменьшилось лишь на 20,6 %. У 97 % пациентов ОГ достоверно уменьшились частота и интенсивность приступов стенокардии и количества потребляемых таблеток нитроглицерина. В КГ позитивные сдвиги отмечали 56 % пациентов. Средние цифры АД к концу лечения составили $135 \pm 3,2$ и $86 \pm 2,4$ мм рт. ст., причем снижение его наблюдалось на 3–7 дней раньше, чем в КГ.

Таким образом, в результате выполнения программы ВЛ общее состояние пациентов обеих групп улучшилось, уменьшилось количество жалоб и их интенсивность, но более выраженная динамика отмечалась у больных ОГ.

При анализе лабораторных данных у пациентов ОГ отмечено благоприятное влияние МЛТ на липидный спектр крови. Уровень общего холестерина крови у пациентов ОГ уже через 21 день снизился до $5,56 \pm 0,13$ ммоль/л, содержание триглицеридов уменьшилось с $2,36 \pm 0,06$ до $2,16 \pm 0,05$ ммоль/л. Концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности к этому времени также снизилась статистически значимо, а холестерин липопротеидов высокой плотности повысился, причем отмечено снижение индекса атерогенности.

Таким образом, проведенное курсовое лечение НМЛОК у пациентов ИБС оказало благоприятное воздействие на липидный обмен, что подтверждает эффективность метода в коррекции патофизиологических нарушений на клеточно-молекулярном уровне при развитии атеросклероза.

Выводы

1. НМЛОК является высокоэффективным экономически выгодным и перспективным методом в реабилитации пациентов инфарктом миокарда.

2. Метод МРТ способствует положительной динамике показателей АД, что снижает прогрессирование атеросклероза, вызывает нормализацию липидограммы сыворотки крови, а также снижение дозировки антиангинальных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибатов, А. Д. Основы реабилитологии / А. Д. Ибатов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 148–153.
2. Комбинированная многоцветная магнитолазерная терапия в кардиологии / В. С. Улащик [и др.] // Инструкция по применению. Регистрационный № 163–1203. — Минск, 2003.
3. Оптимизация магнитолазерной терапии у больных хронической ИБС / В. Н. Филипович [и др.] // Мед. новости. — 2006. — № 2. — С. 159–161.
4. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.

УДК 616-053.3:613.953.1

СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Стельмашук Т. В.

Научный руководитель: ассистент Н. В. Николаенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта являются распространенной проблемой у детей первого года жизни. Они связаны с изменениями моторной, секреторной, всасывающей функциями и соматической чувствительности пищеварительной системы. В педиатрической практике среди функциональных расстройств, при которых не удается обнаружить морфологических, метаболических и иных изменений, выделяют ре-

гургитацию. Регургитация (срыгивание) представляет собой пассивный заброс небольшого количества желудочного содержимого в глотку и ротовую полость. В отличие от рвоты, мышцы передней брюшной стенки, диафрагмы и желудка в механизмах развития срыгивания у ребенка не участвуют. Физиологические срыгивания — это нормальное явление, происходящее несколько раз в день у здоровых новорожденных и детей раннего возраста. Продолжительность эпизодов у здоровых детей составляет менее 3 мин, после приема пищи и не вызывает осложнений.

По результатам различных исследований, выявлено, что срыгивания наблюдаются почти у 100 % новорожденных и детей до 3 месяцев, а к году сохраняются у 20 % детей, примерно 25 % родителей испытывают в связи с этим выраженное беспокойство.

Цель

Выявить факторы, предрасполагающие к срыгиванию у детей первых месяце жизни.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 48 медицинских карт стационарного пациента детей, находившихся на лечении в педиатрическом отделении для новорожденных в У «Гомельская областная детская клиническая больница» за период 2016–2017 гг., госпитализированных с предварительным диагнозом «регургитация, срыгивания».

Результаты исследования и их обсуждение

В гендерной структуре количество мальчиков и девочек было практически равным, 23 (48 %) и 25 (52 %) соответственно. Впервые срыгивания возникали с рождения у 7 (14,5 %) новорожденных, в возрасте 2–3 недель жизни — у 18 (37,5 %), с 1 месяца — у 14 (29 %) детей, старше 2 месяцев — у 9 (19 %) детей. За стационарной медицинской помощью родители обращались преимущественно в первые 3 месяца жизни ребенка: в ранний неонатальный период (с 7 до 28 дней жизни) госпитализировано 18 (38 %) детей, на 2-м месяце жизни поступило 19 (39 %) детей, на 3-м месяце — 10 (21 %) и старше 3 месяцев был госпитализирован всего 1 (2 %) ребенок. Учитывая, что основную группу составили дети в возрасте до 2 месяцев жизни (37; 77 %), нами был изучен акушерско-гинекологический анамнез матерей, который показал значительные отклонения в течение беременности. Так, беременность у трети женщин протекала с угрозой прерывания (23; 35 %). На соматическую патологию (заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем) у женщин пришлось 18 % (12 человек). Инфекционные заболевания сопровождали беременность в 10 % случаях (7 женщин), вредные привычки (курение, алкоголизм) отмечены у 5 (7 %) матерей. Без патологии беременность протекала у 23 (35 %) женщин. Большинство детей, родилось от доношенной беременности (43; 89%), преждевременное родоразрешение наблюдалось в 11 % случаях (5 женщин).

Примерно одинаковое количество детей были на различных видах вскармливания: грудное молоко получали 17 (35 %) детей, смешанное вскармливание — 19 (40 %), адаптированные смеси — 12 (25 %) детей. Патологическая регургитация сопровождалась дефицитом массы (ДМТ) тела у 31 (65 %) ребенка. Так, ДМТ до 10 % встречался у 7 (14 %) детей, гипотрофия 1 степени развилась у 16 (33 %) детей, гипотрофия 2 степени — у 6 (13 %) и 3 степени — у 2 (4 %) детей.

У 18 (38 %) детей срыгивания наблюдались на фоне перинатальной энцефалопатии. У 8 (16 %) детей отмечался инфекционный процесс, у 4 (8,5 %) — синдром мальабсорбции, сочетанная патология была у 7 (14,5 %) детей. Стоит отметить, что у 11 (23 %) детей отмечены трудности грудного вскармливания, связанные с неосведомленностью матерей о технике и правилах вскармливания грудью.

Выводы

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что срыгивания начинаются с первых недель жизни, не зависят от характера вскармливания, и являются тревожным сигналом, побуждающим родителей обращаться за медицинской помощью, так как в большинстве случаев патологические срыгивания приводят к дефициту массы тела.

Срыгивания зачастую развиваются на фоне перинатальной энцефалопатии, а также из-за неосведомленности матери о технике и правилах вскармливания новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных: научное издание / А. Ю. Ратнер. — 3-е изд. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. — 368 с.
2. Ткаченко, А. К. Неонатология: учеб. пособие / А. К. Ткаченко, А.А. Устинович. — Минск: Выш. шк., 2009. — 496 с.

УДК 61(09)

ПРИМЕР ДЛЯ БУДУЩИХ ПОКОЛЕНИЙ

Стефано Е. А., Удинская А. Г.

**Научные руководители: д.м.н., профессор В. И. Азарков,
ассистент Н. В. Бугашева**

**«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
г. Донецк, ДНР, Украина**

Введение

Подлинные личности способны быть сильнее своей судьбы, всех ее трагических испытаний. Они своими достижениями влияют на развитие науки и формирование профессионального уровня у молодежи. Такой личностью и был Руденко Антон Кузьмич.

Цель

Изучение творческого жизненного пути А. К. Руденко для выявления факторов, способствующих профессиональному росту и жизненному успеху.

Материал и методы исследования

Изучены и проанализированы мемуары доцента А. К. Руденко, его членов семьи, литературные источники и материалы архива народного музея ДонНМУ им. М. Горького. Использованы методы: описательного и системного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Прежде всего, Антон Кузьмич, понимая важность исторических событий и истории как области научного знания, возглавил формирование исторического центра Дон НМУ — музея, который был открыт 21 февраля 1976 г., уже через 4 года (1980) получил звание «Народного». Также Антон Кузьмич возглавил курс истории медицины в ДонМИ, прохождение которого является важным этапом в становлении медицинского работника, ведь без знаний о развитии изучаемой области невозможно продвигаться в ее познании. Музей отражает историю вуза, становление, развитие, современное состояние. Это немаловажно для развития новых поколений, ведь, получая образование в учебном заведении, студент должен знать путь, пройденный учебным заведением и преподавательским коллективом для того, чтобы обучать молодых людей. В коллекции музея насчитывается более 2000 оригинальных экспонатов, собранных Антоном Кузьмичом: документы, фотографии, стенды, газеты, вырезки из газет, портреты, картины, макеты, книги, карты, медицинские инструменты, ордена, медали, личные вещи, наглядные пособия, панно, подарки вузу и музею, фотоальбомы и другие.

Антон Кузьмич родился 16 августа 1913 г. в городе Очакове Николаевской области. Детство и юность прошли в городе-герое Одессе: окончил Трудовую школу (семилетку) № 49, работал водопроводчиком в артели «Инвалид». Реализуя большое желание учиться и любовь к морю, он поступил и окончил Одесский морской техникум. Во время обучения работал штукатуром, а также инструктором по стрелковому делу в Одесском стрелковом клубе. В сентябре 1935 г. Антон Кузьмич стал студентом лечебного факультета Одесского медицинского института. Через 4 года стал слушателем военного факультета при Первом Харьковском медицинском институте, который окончил 4 февраля 1940 г. по специальности врач-лечебник. Когда началась Великая Отечественная Война, Антон Кузьмич не смог оставаться в стороне и холодно наблюдать за кровопролитием на своей Родине и отправился на фронт в качестве военного медика. В военное время был врачом отдельного истребительного противотанкового дивизиона (г. Стерлитамак), врачом 22 окружного инженер-