

3. Школы молодых родителей положительным образом сказываются на состоянии мам во время родов и дальнейшем уходе за малышами. Так как родители, посещавшие занятия школ по подготовке супружеских пар более информированы в правильном уходе за новорожденным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук, Э. А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. — Минск, 2007. — 446 с.
2. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам: метод. рекомендации для студентов. Партнерство в родах / Т. П. Павлович [и др.]. — Минск: БГМУ, 2003.
3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 г. № 200 была утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: охрана здоровья матери и ребенка: учеб. пособие / Р. А. Часнойть [и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2007. — 224 с.
5. Яцук, Н. Г. // Мать и дитя: мат. VI Российского форума. — М., 2004. — С. 656–657.

УДК [796.071+16/001]:613.25

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ТРАВМ

Добрынин Ю. А.

Научный руководитель: *А. В. Чевелев*

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

Введение

Любой спорт может быть весьма травмоопасен. Очень часто спортсменам необходимо быстро и правильно восстановиться после повреждений. Питание при травмах — это фактор выздоровления, который не стоит недооценивать. Белки, жиры, углеводы, витамины и минералы необходимы для полного и своевременного заживления травм. Недостаточное питание плохо влияет на заживление травм на каждой стадии, дефицит основных питательных веществ ухудшает главные функции восстановления, а так же является причиной метаболических изменений, которые усложняют отрицательные последствия травмы [1].

Цель

Изучить влияние питания спортсменов на восстановление после травм.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Правильно подобранный рацион может ускорить выздоровление. Небольшие травмы у спортсменов могут вызвать местное или системное повышение интенсивности метаболизма, которое увеличивает потребности в калориях. Серьезные травмы и шок повышают потребности в энергии на 20–45 %. Очень высокие потребности в энергии и белке в таких ситуациях могут серьезно нарушить иммунную функцию, способствуя инфекциям. Поэтому необходима сильная медикаментозная и пищевая поддержка [1].

Белок — наиболее важное питательное вещество для заживления ран. К главным его функциям относятся: рост, сохранение и восстановление тканей организма; поддержка иммунитета; синтез ферментов и гормонов. Белки также являются источником энергии. При определении потребностей в белке необходимо учитывать взаимодействие между белками, углеводами и жирами. Углеводы обеспечивают около 50–60 % суточного энергопотребления организма, а белки — 10–15 %. Потребность в белках во время выздоровления от небольших травм составляет 0,1–1,5 г/кг в день, а от больших травм, — 2–3 г/кг в день. При включении белков в энергетический процесс основные их функции нарушаются, и организм остается без строительных блоков для возобновления тканей [2].

Во время восстановления после травмы очень важно адекватное потребление углеводов и калорий. Физические нагрузки, в первую очередь на травмированную часть тела сопровождается значительным потреблением углеводов скелетными мышцами [2].

Исследования показали, что потребление большого количества углеводов никак не увеличивает скорость усвоения углеводов, которые организм успевает окислить. Скорость окисления может варьироваться в зависимости от типа потребляемых углеводов. Таким образом, для поддержания работоспособности скелетных мышц рекомендуется комбинированный прием глюкозы и сахарозы, что способствует наибольшей скорости окисления среди всех исследованных вариантов приема углеводов [2].

Жир является источником энергии и незаменимых жирных кислот — компонентов клеточных мембран, что важно при восстановлении. В данный период рекомендуется сбалансированное потребление жиров. Рацион должен включать: 5 % насыщенных жиров, 10–15 % — мононенасыщенных и 7–10 % — полиненасыщенных. При низком содержании или отсутствии жиров в питании нарушаются функции ЦНС, почек, печени, кожи; замедляется рост, снижается масса тела [3].

Клинический и субклинический дефицит минералов связан с высоким уровнем повреждений и длительным временем заживания травм. Например, спортсмены с травмами потребляют кальция и цинка на 24–40 % меньше, чем спортсмены без травм. У спортсменов с низким уровнем ферритина сыворотки уровень повреждений был в 2 раза выше. Минеральные вещества способствуют усилению регенерации костной и мышечной ткани, а также связочного аппарата. Будучи электролитическими, минеральные вещества влияют на кровообращение в месте травмы (преимущественно натрий, калий хлорида), способствуют регуляции кислотно-основного состояния в тканях [4].

Витамины играют важную роль в процессе заживления травм. Витамин С особенно важен, поскольку участвует в синтезе коллагена — центрального компонента рубцовой ткани. Витамин А усиливает воспалительную реакцию, стимулирует образование клеток эпителия и поддерживает иммунную функцию. Витамин К косвенно влияет на восстановление тканей, участвует в свертываемости крови и предупреждает кровотечение. Гиперметаболическое состояние, связанное с травмой и стрессом, увеличивает потребность в витаминах группы В. Специфичные витамины группы В играют значительную роль в заживлении и обеспечивают созревание красных и белых кровяных клеток, а также участвуют в образовании антител [4].

Важен питьевой режим: общее содержание воды в организме взрослого человека составляет 60–65 % его массы. Вода является составной частью крови и лимфы, растворителем пищи, регулятором и переносчиком тепла в организме. Без воды не будет всасывания необходимых веществ, не будет нормальной транспортировки в зону поражения. Нехватка воды в питании резко сокращает усвоение белков и углеводов. Количество ежедневно потребляемой воды должно колебаться от 2 до 2,5 л.

Другим важным моментом относительно питания во время восстановления является контроль массы тела. Потребность в калориях у многих спортсменов снижается на ранней стадии восстановления, а затем медленно возрастает. Из-за метаболических затрат на травму и заживление, потери аппетита, что обычно отмечается после травмы, а также из-за относительно короткого периода бездеятельности и малого расхода калорий излишней прибавки в массе тела обычно не бывает [5].

Выводы

Исходя из результатов исследования, можно уверенно говорить, что ключевую роль в восстановлении спортсменов после травм играет сбалансированное питание. Полноценно питающийся спортсмен восстанавливается быстрее, поскольку происходит усиление процессов регенерации и повышение интенсивности метаболизма. Таким образом, рациональное питание приведет к скорейшему выздоровлению и возврату в мир спорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полиевский, С. А. Основы индивидуального и коллективного питания спортсменов / С. А. Полиевский. — М.: Физкультура и спорт, 2005. — С. 187–190.
2. Розенблюм, К. А. Питание спортсменов / К. А. Розенблюм. — М.: НУФВСУ Олимпийская литература, 2006. — С. 270–272.
3. Шаров, Д. В. Реабилитация после переломов и травм / Д. В. Шаров, А. С. Иванюк. — М.: Эксмо, 2005. — С. 63–65.
4. Куколевский, Г. М. Основы спортивной медицины / Г. М. Куколевский, Н. Д. Граевская. — М., 2001. — С. 78–80.
5. Гуров, В. А. Здоровый образ жизни: получение представления и реальная ситуация / В. А. Гуров // Валеология, 2006. — № 1. — С. 53–59.

УДК 616.133.33: 616 - 053.35 - 073.43

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ПЕРФУЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИМАТОЧНУЮ ГИПОКСИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Довнар А. А.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. А. С. Александрович

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Проблема перинатальных повреждений головного мозга является актуальной для специалистов всех педиатрических профилей в связи с высоким удельным весом ее в структуре детской неврологической заболеваемости [1, с. 16].

Цель

Методом цифровой нейросонографии и доплерографии изучить особенности мозговых структур центральной нервной системы и показатели церебральной гемодинамики у новорожденных, перенесших хроническую внутриматочную гипоксию вследствие фето-плацентарной недостаточности (ФПН).

Материалы и методы исследования

Проведена нейросонография с доплерометрическим исследованием сосудов головного мозга на 4–5 день жизни у 115 новорожденных, перенесших внутриматочную гипоксию вследствие ФПН: 90 новорожденных от матерей с компенсированной формой ФПН, 25 — от матерей с субкомпенсированной формой. Группа сравнения – 35 здоровых новорожденных.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования показали, что у новорожденных от матерей с ФПН наблюдаются значительные колебания максимальной систолической и минимальной диастолической скоростей кровотока как в бассейне передней мозговой, так и в бассейне средних мозговых артерий (от 9,3 до 25,9 см/с и от 8,2 до 26,5 см/с, соответственно). Резистивные же индексы, как уголнезависимые показатели, отличались большей стабильностью. В результате исследований определено, что абсолютные скорости и резистивные индексы в крупных мозговых артериях повышались с увеличением массы тела пациентов и степени тяжести ФПН. Так, R_i у новорожденных родившихся от матерей с декомпенсированной формой ФПН составил $0,86 \pm 0,15$, а у новорожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН — $0,75 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). В бассейне средних мозговых артерий у новорожденных основной группы по сравнению с контрольной группой абсолютные скорости кровотока имели тенденцию к снижению, а резистивные индексы (R_i , P_i , S/D) достоверно были повышены (0,75; 1,25; 3,76 и 0,66; 1,1; 3,16, соответственно).

Сопоставление данных нейросонографического, доплерометрического исследований и клинического состояния новорожденных показало, что нарушения гемодинамики сочетались с клиническими отклонениями в неврологическом статусе пациентов основной группы (у 37 % новорожденных наблюдался синдром дисадаптации центральной нервной системы, у 14 % — синдром повышенной нервной рефлекторной возбудимости).