

Результаты оценки АП показали, что 51 % студенток имеют удовлетворительную адаптацию, напряжение механизмов адаптации — 49 % студенток, неудовлетворительной адаптации не выявлено.

Установлено, что существует определенная связь между функциональными возможностями и показателями физического здоровья студентов. Регулярные и систематические занятия положительно сказываются на ослаблении степени напряжения адаптивных механизмов студентов, чему способствует высокий уровень развития адаптационных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Поэтому уровень адаптационных возможностей студентов может служить в качестве одного из критериев оценки состояния их здоровья [3].

Выводы

Оценка функциональных возможностей и опрос студенток показал, что при незначительном перевесе все же преобладает количество студенток с удовлетворительной адаптацией. Чтобы сохранить свое физическое состояние, а в перспективе и улучшить функциональные возможности, студенткам следует ответственной отнестись к занятиям оздоровительной направленности.

Определение уровня физического здоровья у студентов необходимо не только в диагностических целях, но и в большей мере для расширения подходов по физическому совершенствованию студентов.

В процессе обучения в вузе у студентов должно быть сформировано здоровье ориентированное мышление. Их подготовка к будущей профессиональной деятельности требует больших умственных и физических затрат, поэтому формирование сознательного отношения студентов к своему здоровью, уверенности в своих силах является неотъемлемой его частью, здесь же приобретает практический опыт.

Наука шагает вперед, но только сохранение здоровья в большей степени зависит от нас самих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методы и формы научного познания [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.philosophyday.ru/philos-996-/html>.
2. Земцова, И. И. Спортивная физиология: учеб. пособие / И. И. Земцова. — Киев: Олимпийская литература, 2010. — 219 с.
3. Здоровье современного человека как ценность [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://genmir.ru/b/dok/lar2.htm>.

УДК 616.231-089.85-008.4

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ

Леонов А. В., Стреха И. В.

Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Трахеостомия — одна из наиболее часто проводимых хирургических процедур у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) [1]. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и опухолевые поражения головного мозга являются тяжелой патологией, зачастую требующих длительных сроков лечения и практически всегда требует проведения длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) [2].

В 1989 г. Согласительной конференцией рекомендовано проведение трахеостомии у пациентов, которые по каким-то причинам не были экстубированы в течение двух недель и нуждаются в продолжении ИВЛ. Однако существует мнение, что ранняя трахеостомия об-

ладает рядом преимуществ перед традиционными методиками ведения интенсивной терапии данных пациентов [1].

В современной интенсивной терапии признаны несколько методик проведения трахеостомии:

1 — стандартная методика, которая предусматривает хирургическое рассечение полуколец трахеи с последующим введением в ее просвет канюли или формирования стомы путем сшивания краев трахеи и кожной раны;

2 — пункционно-дилатационная трахеостомия (ПДТ), предложенная Ciaglia в 1985 г. и включающая пошаговую дилатацию, обеспечиваемую расширителями с тупыми концами, является наиболее часто используемой и оцениваемой в литературе методикой [3];

3- ПДТ в модификации Griggs и соавт. (1990) — методика чрезкожной трахеостомии с применением модифицированных щипцов Ховарда — Келли [4].

В 1999 г. методика Ciaglia была модифицирована. Из-за внешнего вида и цвета пластика набор для трахеостомии называется «Blue Rhino» — голубой носорог [5].

На современном этапе ПДТ проводится с фибробронхоскопическим контролем через интубационную трубку. Возможности видеоэндоскопического контроля при проведении ПДТ позволяют свести к минимуму частоту осложнений в ходе проведения манипуляции [1].

Цель

Выявить эффективность применения ранней трахеостомии путем сравнения длительности респираторной поддержки нейрореанимационных пациентов, оперированных в разные сроки.

Материал и методы исследования

Нами проведено ретроспективное рандомизированное исследование на базе отделения реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной клинической больницы среди пациентов неврологического профиля, находившихся на лечении с 2010 по 2017 гг., которым была выполнена трахеостомия. В исследование были включены 55 историй болезни пациентов, которые были разделены на 2 группы:

Первая группа ранней трахеостомии. В данную группу включены пациенты, которым была проведена трахеостомия в течении первых 7 дней. N = 40 пациентов. Из них 87,5 % составили мужчины, 12,5 % — женщины. Медиана возраста Me [25; 75] составила 53,5 (44,5; 61) лет, $p > 0,05$. Медиана индекса массы тела (ИМТ), Me [25; 75] которого составила 27 (23; 30), $p > 0,05$. По нозологии в данной группе 72,5 % случаев составила черепно-мозговая травма; 25 % составили болезни системы кровообращения; и 2,5 % — доброкачественное новообразование мозговых оболочек. В данной группе выявлено преобладание метода ПДТ в модификации Griggs (60 %) по сравнению с стандартной методикой (40 %).

Вторая группа поздней трахеостомии. В данную группу включены пациенты, которым была проведена трахеостомия после 7 дней нахождения на ИВЛ. N = 15 пациентов. Из них 67 % составили мужчины и 33 % — женщины. Медиана возраста Me [25; 75] составила 51 (44; 63) год, $p > 0,05$. Me [25; 75] ИМТ составила 27 (24; 32), $p > 0,05$. По нозологии в данной группе 80 % случаев составила черепно-мозговая травма; 14 % составили болезни системы кровообращения; и 6 % — травма спинного мозга на уровне шеи. В данной группе выявлено преобладание стандартной методики трахеостомии (60 %) по сравнению с ПДТ (40 %).

При сравнении исследованных групп статистически значимых различий не выявлено. Группы репрезентативны.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программных пакетов «Microsoft Excel 2016» и «Statistica» 6.0.

Нормальность распределения определена критерием Колмогорова-Смирнова. Для сравнения 2 независимых выборок применялся непараметрический критерий Манна — Уитни. Статистически значимым принят уровень $p < 0,05$ для исследуемых групп.

Результаты исследования и их обсуждение

Длительность респираторной поддержки по Me [25;75] 1-й группы составила 8 (6; 15) дней, 2-й группы — 12 (10; 17) дней.

При сравнении групп, выявлены статистические значимые различия, $p = 0,03$ в пользу группы ранней трахеостомии.

При проведении непараметрического корреляционного анализа Спирмена с целью оценки тесноты связи, получен коэффициент корреляции равный 0,5 ($p < 0,05$). Данный результат свидетельствует о наличии положительной связи умеренной тесноты между временем проведенной трахеостомии и длительностью респираторной поддержки.

Выводы

В результате проведенного исследования выявлено, что ранняя трахеостомия сокращает количество дней респираторной поддержки у пациентов нейрореанимационного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трахеостомия у нейрохирургических больных (показания к операции, методика трахеостомии, уход): пособие для врачей / М. С. Фокин [и др.]. — 2-е изд. — М.: НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко РАМН, 2007. — 62 с.
2. Современный подход к проблеме трахеостомии: учебно-методическое пособие / И. Д. Шляга [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — 28 с.
3. Ciaglia, P. Elective percutaneous dilatational tracheostomy: a new implebedside procedure; preliminary report / P. Ciaglia, R. Firsching, C. Syniec // Chest. — 1985. — Vol. 87. — P. 715–719.
4. A simple percutaneous tracheostomy technique / W. M. Griggs [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. — 1990. — Vol. 170. — P. 543–545.
5. Ciaglia blue rhino: a modified technique for percutaneous dilatation tracheostomy. Technique and early clinical results / C. Byhahn [et al.] // Der Anaesthetist. — 2000. — Vol. 49. — P. 202–206.

УДК (612+613):004

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Леонов А. В., Нестерович М. И.

Научный руководитель: старший преподаватель М. А. Чайковская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Компьютерные технологии сегодня прочно вошли в нашу повседневную жизнь во многих ее аспектах. Гаджеты становятся необходимыми составляющими офисов, школ, вузов, медицинских учреждений, повседневной жизни. Время у компьютера течет очень быстро и незаметно для человека. При всех положительных возможностях, что дают человеку современные гаджеты, они оказывают значительное негативное влияние на состояние здоровья человека [1].

Большое разнообразие технических решений сопровождается отсутствием необходимых гигиенических регламентов. В настоящее время процесс обучения в вузе характеризуется усвоением большого объема информации в короткие сроки, интенсификацией роли IT в процессе обучения, частыми инновациями педагогического процесса. В то же время, студенты зачастую не придерживаются здорового образа жизни в период обучения. Безусловно, это не может не сказаться на психическом и физическом состоянии студентов, их работоспособности и успеваемости [2].

В Государственном университете Кента исследователи Эндрю Лэп и соавторы задействовали более чем 500 студентов и выявили, что те, кто часто используют мобильный телефон, более высокие показатели тревожности и более низкую удовлетворенность своей жизнью, чем те студенты, кто пользуется телефоном гораздо реже [3].

Современные зарубежные исследования, показали влияние использования технических средств на личностные характеристики человека, его работоспособность, сон и т. д. Подтверждением является высказывание в книге Николаса Карра «Пустышка: что Интернет делает с нашим мозгом», вышедшей в 2010 г. Н. Карр в своей книге рассуждает о том,