

отделения анестезиологии и реанимации новорожденных детей УЗ «б ГКБ» г. Минска за 2017–2018 гг.

#### **Материал и методы исследования**

В исследование были включены 20 недоношенных новорожденных детей, которые поступили в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных детей УЗ «б ГКБ» г. Минска за период с 1 января 2017 г. по 31 декабря 2017 г. с основным диагнозом РДС. Произведен анализ факторов риска в развитии РДС включенных в исследование недоношенных новорожденных и проведенного им лечения. Для оценки эффективности проводимой терапии использовались следующие показатели: частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений, артериальное давление, газовый состав крови, данные рентгенограммы грудной клетки, динамика показателей кислотно-основного состояния и анализ показателей ИВЛ. Результаты обрабатывались в ППП «Statistica» 10.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Часть детей, включенных в исследование, родились через естественные родовые пути — 7 (35 %), другие — с помощью оперативного способа родоразрешения — 13 (65 %) детей. Осложнения беременности в 90 % (n = 20) случаев, осложнения родов в 5 % (n = 1) случаев. Средний гестационный возраст составил 235,44 [177; 256] дня. Апгар при рождении 8/8 в 80 % (n = 16) случаев, в 10 % (n = 2) — 8/ИВЛ, в 10 % (n = 2) 6/ИВЛ. Клиника РДС развивалась в течении первых 10 мин в 40 % случаев, в течении с 10 по 30 минуту жизни — в 35 % случаев, с 30 минут по 1 час жизни в 10 % случаев, в течении суток — в 10 % случаев, свыше суток жизни — в 5 %. У всех детей рентгенологически был верифицирован диагноз РДС. Сурфактантная терапия (препараты «Куросурф» и «Сурванта») проводилась в 100 % случаев. Однократное введение препарата в 18 (90 %) случаях, двукратно в 2 (10 %) случаях, способ введения — эндотрахеально. ИВЛ проводилась в 85 % (n = 17) случаев. Выживаемость составила 95 % (n = 19), смертность — 5 % (n = 1).

#### **Выводы**

Факторы риска развития РДС присутствовали в 100 % случаев развития данного патологического процесса. Сурфактантная терапия достоверно улучшила функцию легких у детей не только с умеренной, но и с тяжелой асфиксией.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Свирская, О. Я. Профилактическое применение экзогенного сурфактанта и обеспечение постоянного положительного давления в конце выдоха у недоношенных новорожденных / О. Я. Свирская // Здоровоохранение. — 2008. — № 9. — С. 57–60.
2. Устинович, Ю. А. Современные варианты терапии респираторного дистресс-синдрома в неонатологии / Ю. А. Устинович, О. Я. Свирская // Репродуктивное здоровье в Беларуси. — 2009. — № 5. — С. 66–70.
3. Свирская, О. Я. Влияние тяжести асфиксии на эффективность сурфактантной терапии болезни гиалиновых мембран у недоношенных новорожденных / О. Я. Свирская, Ю. А. Устинович // Мед. панорама. — 2012. — № 2. — С. 51–53.
4. Технология введения сурфактантсодержащих лекарственных средств недоношенным детям с респираторным дистресс-синдромом: инструкция по применению № 075–0711 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.11.2011 / ГУ РНПЦ «Мать и дитя»; К. У. Вильчук, О. Я. Свирская, Т. В. Гнедько. — Минск, 2012. — 8 с.

УДК 616.33-002-002.44:796

## **ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Захаренко М. С.*

**Научный руководитель: О. П. Азимок**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Проблема заболеваний органов желудочно-кишечного тракта является наиболее актуальной на данный момент. Среди всех заболеваний органов и систем язвенная болезнь за-

нимает второе место после ишемической болезни сердца. Общая заболеваемость язвенной болезнью в странах Восточной Европы и в Беларуси не претерпевает существенных изменений и достигает 160–180 случаев на 100 тыс. населения [1].

Этиологические причины гастрита и язвенной болезни разнообразны. К основным из них относятся: хеликобактерная инфекция — самая частая причина язвенной болезни (около 90 % всех случаев), дуоденогастральный рефлюкс (желчные кислоты повреждают слизистую оболочку желудка), длительный прием повреждающих слизистую желудка и кишечника препаратов (салицилаты и другие нестероидные противовоспалительные средства), аутоиммунный фактор [2].

### **Цель**

Изучить методы физической реабилитации при гастритах и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, разработать комплекс упражнений лечебной физкультуры в период ремиссии.

### **Материал и методы исследования**

Анализ научно-методической литературы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В фазе ремиссии применяются следующие формы лечебной физкультуры: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, терренкур, ходьба, дозированный бег, подвижные игры, прогулки, ближний туризм, плавание, гребля, лыжные прогулки, спортивные игры (волейбол, бадминтон, теннис). Уже известно, что выполнение дозированных физических упражнений, сопровождающиеся положительными сдвигами в функциональном состоянии центров подбугорной области и повышение уровня основных жизненных процессов, вызывает положительные эмоции. Особенно это применимо при язвенной болезни, когда нервно-психическое состояние человека оставляет желать лучшего. Прямое влияние лечебной гимнастики заключается в стимуляции моторики и секреторной деятельности желудочно-кишечного тракта, ускорении метаболизма и улучшении питания клеток. Сокращаясь определенным образом, скелетная мускулатура, в данном случае — мышцы пресса, делают своеобразный массаж органам брюшной полости, что в разумных количествах благотворно влияет на их работу. Особенную ценность ЛФК представляет для работы органов, обладающих перистальтикой, а именно — желудка и кишечника.

Следует отметить воздействие физических нагрузок на нервную регуляцию пищеварительного аппарата. При регулярном выполнении физических упражнений постепенно возрастают энергетические запасы, увеличивается образование буферных соединений, происходит обогащение организма ферментными соединениями, витаминами, ионами калия и кальция. Это приводит к активизации окислительно-восстановительных процессов и к повышению устойчивости кислотно-щелочного равновесия, что в свою очередь благоприятно отражается на рубцевании язвенного дефекта [3].

Если рассматривать количественный состав студентов, имеющих заболевания органов желудочно-кишечного тракта, то на примере Гомельского государственного медицинского университета можно увидеть, что общее количество студентов с данными заболеваниями на 2016–2017 учебный год насчитывается 25 человек. Это составляет 5,6 % от общего количества студентов, занимающихся физической культурой в вузе (группы СМГ и ЛФК).

Лечебная физкультура эффективна только при условии длительного, систематического проведения занятий. Заниматься можно около 30 мин. Основной акцент делается на упражнениях по укреплению брюшного пресса и выработке брюшного дыхания. Выполнять упражнения лучше за 1,5–2 ч до или после еды и за полчаса до приема минеральной воды — это нужно для восстановления кровообращения в желудке. Интенсивность упражнений должна нарастать постепенно. Гимнастика обязательно сочетается с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление. Используется большое количество повторений. Рассмотрим примерную схему упражнений:

1. Ходьба обычная и усложненная (в сочетании движений рук и ног). Ритмично, в спокойном темпе. 5–10 мин.

2. Упражнения для развития координации движений. 5–7 мин.
3. Упражнения для рук и ног в сочетании с движениями туловища и дыхательными упражнениями в положении сидя. 7–10 мин.
4. Упражнения в метании и ловле мячей, эстафеты в чередовании с дыхательными упражнениями. 10–15 мин.
5. Упражнения для развития брюшного дыхания. 4–5 мин.
6. Упражнения для конечностей в сочетании с глубоким дыханием в положении лежа. 5–7 мин [3].

Конечно, этот комплекс упражнений не может приниматься как стандарт — каждый инструктор ЛФК вносит свои поправки и дополнения и создаёт свою схему упражнений.

#### **Выводы**

Таким образом, занятия лечебной физкультурой при заболеваниях желудочно-кишечного тракта можно осуществлять в домашних условиях, при этом не требуется использование специального дорогостоящего оборудования. Целевой установкой является — восстановление адаптации человека нагрузкам, стимуляция обменных процессов, воздействие на урегулирование процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, воздействие на нормализацию вегетативных функций, содействие регенеративным процессам в желудочно-кишечном тракте. Важно и другое: занимаясь физическими упражнениями, человек сам активно участвует в лечебно-оздоровительном процессе, а это благотворно воздействует на его психоэмоциональную сферу.

Занятия имеют и воспитательное значение: занимающиеся привыкают систематически выполнять физические упражнения, это становится его повседневной привычкой. Занятия лечебной физкультурой переходят в занятия физкультурой общей направленности, становятся потребностью человека и после выздоровления.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Мараховский, Ю. Х.* // *Здравоохранение.* — 1998. — № 6. — С. 33–36.
2. *Григорьев, П. Я.* Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / П. Я. Григорьев. — М.: Медицина, 1986. — С. 185–188.
3. *Попов, С. Н.* Физическая реабилитация: учебник / под общ. ред. С. Н. Попова. — 2-е изд., перераб. доп. — Ростов н/Д.: Феникс, 2004. — С. 329–335.

**УДК 617.735-007.23-036.22**

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ**

*Захаренков Н. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица, к.м.н., доцент А. Н. Куриленко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Возрастная макулярная дегенерация сетчатки (ВМД) — это дегенеративное, прогрессирующее заболевание макулярной области сетчатки, являющееся ведущей причиной потери центрального зрения у пожилых людей [1].

ВМД является причиной тяжелой потери зрения у людей старше 50 лет в развитых странах, которое поражает около 14 млн людей во всем мире [2]. По официальным материалам Центра ВОЗ по профилактике устранимой слепоты (2003), распространенность этой патологии по обращаемости составляет 300 на 100 тыс. населения [3, 4, 5]. В структуре слабовидения макулодистрофия занимает второе место и, как правило, сопровождается двусторонним поражением (оба глаза поражаются в 60 % случаев) [6].