

Таблица 1 — Сравнительная характеристика эндоскопических методов пластики диафрагмы

Лапароскопический	Торакоскопический
<i>Показания:</i> — грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; — ретростернальные грыжи (грыжа Морганьи).	<i>Показания:</i> — заднелатеральные грыжи, или грыжи Бохдалека (истинные и ложные); — релаксация диафрагмы.
<i>Методика:</i> 3 или 4 троакара, располагают через пупок, по среднеключичной линии справа и слева, и четвертый троакар — по передней подмышечной линии для введения ретрактора. Рекомендуется выполнение первичной пластики диафрагмы с фиксацией переднего его края к брюшной стенке. В исключительных случаях, когда размеры дефекта не позволяют выполнить первичную пластику диафрагмы, возможно использование пластического материала.	<i>Методика:</i> 3 троакара, один для телескопа и два — для манипуляторов. Под воздействием положительного давления CO <sub>2</sub> , создаваемого в плевральной полости, грыжевое выпячивание постепенно вправляется в брюшную полость. Возможно выполнение пластики диафрагмы с использованием эндоскопического аппарата для наложения скобок (неприменим у детей младшего возраста, так как узкие межреберные пространства не позволяют использовать степлер).

В настоящее время, хирурги, как правило, отдают предпочтение торакоскопическому методу ввиду ряда его преимуществ:

- 1) показан во всех возрастных группах, в том числе у новорожденных;
- 2) удобный доступ;
- 3) минимальная травма;
- 4) хороший косметический эффект;
- 5) быстрое восстановление в послеоперационном периоде.

Из изученных нами историй болезни торакоскопическая пластика диафрагмы была проведена в 100 % случаев. 96 % детей были прооперированы в возрасте до года, и лишь в 4 % случаев возраст детей был больше года (рецидив). Из рассмотренных нами случаев врожденных ДГ частота встречаемости данной патологии среди девочек и мальчиков примерно одинакова — 55 и 45 % соответственно.

#### **Вывод**

В результате проведенного исследования было сформировано представление о диафрагмальных грыжах, их классификации, наиболее распространенных видах ДГ в нашей стране (> 80 % ложные правосторонние грыжи). Изучены некоторые клинические проявления, а также современные способы лечения данного порока, наиболее эффективным из которых в настоящее время в нашей стране признан торакоскопический метод пластики диафрагмы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баиров, Г. А. Детская хирургия. Хирургия пороков развития / Г. А. Баиров. — 1968.
2. Справочник по детской хирургии / О. С. Мишарев [и др.] — 1980.
3. Долецкий, С. Я. Диафрагмальные грыжи у детей / С. А. Долецкий. — М., 1960.
4. Долецкий, С. Я. Детская хирургия / С. Я. Долецкий, Ю. Ф. Исаков. — 1971. — Т. 2.
5. Маргорин, Е. М. Оперативная хирургия детского возраста второе издание / Е. М. Маргорин. — 1967.

**УДК 796.091.26**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТРЕНИРУЮЩИХ НАГРУЗОК, РЕЖИМОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ**

**Агеева К. А.**

**Научный руководитель: преподаватель П. П. Слабодчик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Люди всего мира во все времена уделяли большое внимание собственному здоровью. Это желание очень естественно, так как только здоровый человек способен к полноценной жизни и созидательному труду.

Экономическая нестабильность, неблагоприятная экология и недостаточный уровень культуры населения в нашей стране привели к сокращению средней продолжительности жизни на 5–7 лет, к низкой деторождаемости, к все большему рождению детей с отклонениями в физическом развитии. В высших учебных заведениях в процессе обучения число студентов, имеющих заболевания, увеличивается постоянно [1].

В настоящее время на кафедрах физического воспитания вузов для профилактики заболеваний и коррекции здоровья создаются специальные медицинские группы (СМГ).

#### ***Цель исследования***

Определить наиболее эффективные средства и методы при проведении занятий в СМГ.

***Методы исследования:*** анализ научно-методической литературы, педагогического опыта.

#### ***Результаты и их обсуждение***

Во время проведения занятий в СМГ необходимо применение двух видов физических нагрузок: тонизирующих (поддерживающих) и щадяще-тренирующих [1].

Тонизирующая (поддерживающая) нагрузка стимулирует функции и поддерживает достигнутое функциональное состояние организма. Она может быть большой и умеренной интенсивности и равномерно распределяться в течение занятия.

Щадяще-тренирующие физические нагрузки повышают работоспособность организма, увеличивая его функциональные резервы. Эти нагрузки должны строго дозироваться, а сам тренировочный эффект может быть достигнут от воздействия нагрузки в 40–70 % от максимально допустимой. Включение в учебные занятия элементов спортивных игр, таких как мини-баскетбол и мини-футбол, расширяет тренирующее воздействие физических упражнений.

Приступая к занятиям физическими упражнениями, необходимо объяснить студентам, что форсированная нагрузка и неоправданно сложные физические упражнения могут привести к необратимым изменениям и серьезным осложнениям в организме. С другой стороны, нагрузка должна сопровождаться утомлением, чтобы достигать поступательного приспособительного эффекта. Следует особо подчеркнуть, что в СМГ используется оздоровительная тренировка, а не лечебная физкультура. Качество ее оценивается по текущему и этапному контролю физического развития, физической подготовленности и функционального состояния организма студента [2].

При правильно организованном занятии происходит последовательный переход щадящего режима в щадяще-тренирующий, затем в тренирующий и интенсивно-тренирующий. Контролем перехода от одного режима к другому, считает А. И. Расолько, может служить ЧСС, что связана с интенсивностью выполняемой мышечной работы [3].

Т. Н. Шестакова рекомендует щадящий режим назначать всем студентам с хроническими заболеваниями при общем относительно удовлетворительном состоянии. ЧСС при нагрузке не должна превышать 110 уд./мин. Уровень нагрузки составляет 25 % функционального резерва сердца. Тренирующий режим реализуется при ЧСС 120–130 уд./мин, уровень нагрузки 40–60 % от функционального резерва сердца. Интенсивно тренирующий режим назначается студентам с хроническими заболеваниями после предварительных занятий — обязательное условие — стойкая ремиссия заболевания и общее хорошее самочувствие. Допустимая ЧСС в длительных нагрузках — 130 уд./мин, в коротких и интенсивных — 150–160 уд./мин. Уровень нагрузки — до 60–80 % от резерва [4].

При ЧСС 130 уд./мин — оздоровительная зона; ЧСС — 130–150 уд./мин — тренировка аэробных возможностей; ЧСС 151–180 уд./мин — тренировка аэробных и анаэробных механизмов, что крайне не рекомендуется при использовании данной зоны мощности при работе со студентами с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Специальные тренирующие нагрузки при заболеваниях группы А (заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, нарушения функции эндокринной и

нервной системы, хронические синуситы и воспаления среднего уха, миопия) должны быть направлены на развитие общей выносливости. Рекомендуется широкое использование ходьбы, оздоровительного бега, плавания, упражнений на тренажерах, дыхательных упражнений, подвижных и спортивных игр по упрощенным правилам, упражнений в равновесии и на координацию. Вместе с тем, с большой осторожностью используются все виды прыжков, быстрая смена положений тела в пространстве, лазанье по канату, подскоки из глубокого приседа, упражнения с партнером, все виды метаний, особенно при гипертонии, хронических заболеваниях почек и близорукости.

При заболеваниях группы Б (заболевания органов брюшной полости и малого таза, почек) специальными упражнениями являются упражнения для мышц брюшного пресса, для мышц тазового дна, дыхательные. Запрещаются все виды прыжков, подскоки из глубокого приседа, ходьба с отягощением в глубоком приседе, сгибание ног в висе. Используются с осторожностью движения ног и т. п., лежа на спине, упражнения с отягощениями, опускание и поднятие туловища, силовые упражнения с партнером, гимнастический «мост».

При заболеваниях группы В (заболевания, связанные с нарушением опорно-двигательного аппарата и снижением двигательной функции) широко используются упражнения на развитие амплитуды движений в суставах и позвоночнике, упражнения на осанку, формирование мышечного корсета. Показаны упражнения с отягощениями, упражнения у гимнастической стенки и с гимнастической палкой [4].

#### **Выводы**

Особое место в содержании средств физического воспитания специальных медицинских групп занимают естественные общедоступные упражнения, не требующие в дальнейшем специальных методических рекомендаций по технике исполнения — прыжки, бег, упражнения для выработки координации, метания, сгибания и выпрямления рук в упоре, лазания по канату, ходьба на лыжах, плавание.

В ходе занятий в СМГ следует исключить соревновательный метод, т. к. соревнования сопровождаются эмоциональным и функциональным напряжением, способным негативно повлиять на лиц с ослабленным здоровьем.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Левин, М. Я. Влияние физических упражнений на организм человека: учеб. пособие / М. Я. Левин, И. С. Дамаскер // Физическое воспитание студентов и учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья. — Минск, 1995. — С. 9–54.
2. Физическое воспитание студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья: учеб. пособие / под общ. ред. В. В. Тимошенко, С. Н. Богданова, Ю. Т. Жуковского. — Минск, 1995.
3. Расолько, А. И. Организационно-методические особенности и научное обоснование занятий по физическому воспитанию со студентами специальных медицинских групп: дис. кандидата педагогических наук: 13.00.04. / А. И. Расолько. — Минск, 1999.
4. Колос, В. М. Планирование учебного процесса по физическому воспитанию в высших учебных заведениях / В. М. Колос, Т. Н. Шестакова. — Минск: МРТИ, 1992. — 42 с.

**УДК 578:616-006**

## **МАСКИРОВАННЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ВИРУСЫ**

**Азарёнок А. С.**

**Научный руководитель: И. В. Фадеева, к.б.н. Н. Е. Фомченко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Опухолевые вирусы, которые не обнаруживаются обычными методами и распознаются только косвенным путем, получили название «маскированных вирусов». В настоящее время известно, что латентные вирусные инфекции встречаются в природе чаще, чем острые. Практически все известные вирусы могут выступать как в острой, так