

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 ₂ , 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

Агева 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