

ческой (+56,1 %) и минилапаротомной холецистэктомий (+19,6 %). На 3-е сутки после операции наиболее выраженные тенденции к нормализации содержания кортизола отмечены у больных после лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомий, при которых изменимость среднего количества гормонов по сравнению с исходным составило соответственно, + 4,5 и 37,6 %, а при лапаротомной +59,2 %.

Тиреоидные гормоны (Т4, ТТГ) — функционально связанные с гипофизом и изменяющиеся при различных хирургических вмешательствах. Во время операции уровень Т4 при разных вариантах холецистэктомии был ниже исходных показателей. Послеоперационные изменения Т4 при лапароскопической и минилапаротомной методиках соответствовали интраоперационным и лишь при лапаротомной холецистэктомии выявлено значительное повышение содержания гормона (12,9 %).

Изменения концентрации ТТГ, уровень отклонения его по сравнению с исходными данными значительно выше при лапароскопической (+91,2 %) и минилапаротомной операциях (+71,6 %), чем при лапаротомной (+15,2 %) холецистэктомиях. После лапароскопической холецистэктомии процент отклонения полученных данных от исходных был значительно меньше (+11,2 %) чем при операциях из минилапаротомного (+52,2 %) доступов. После операций из лапаротомного доступа отмечена тенденция к повышению ТТГ и степень его отклонения от исходных данных была выше (+48,1 %), чем во время удаления желчного пузыря (+15 %).

Данные наших исследований позволяют заключить, что МЛХЭ наблюдается подъем уровня гормонов при операционном вмешательстве, по своей выраженности располагающийся между ЛХЭ и ОХЭ. Более резкий подъем уровня некоторых гормонов во время ЛХЭ можно объяснить влиянием напряженного карбоксиперитонеума, который сам по себе является достаточно стрессогенным фактором, связанным с растяжением брюшины, богатой нервными окончаниями. Однако, при ЛХЭ возврат к исходному уровню стрессовых гормонов происходит быстрее, что, по-видимому, связано с меньшей травмой мышечных тканей при данной операции.

Сравнительная оценка уровня стрессорного синдрома при операциях на желчных путях показала, что операции из минилапаротомного доступа по степени хирургической агрессии могут быть отнесены к малоинвазивным.

Таким образом, оптимальным способом хирургического вмешательства у больных с воспалительными заболеваниями желчных путей при тяжелых сопутствующих заболеваниях (заболевания сердечно-сосудистой системы и хронические заболевания легких и др.), когда противопоказана ЛХЭ, является операция из минилапаротомного доступа, который, по проведенному нами исследованию, является менее травматичным, чем лапаротомный способ.

УДК 612.66:616.055.2-057.875

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СТУДЕНТОВ ОСНОВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ЗА ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ЦИКЛ ОБУЧЕНИЯ**

Федоренко О. Г., Азимок О. П.

Научный руководитель: к.п.н., доцент, зав. кафедрой Г. В. Новик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Физическое развитие — комплекс морфо-функциональных показателей, которые тесно связаны с физической работоспособностью и уровнем биологического состояния индивидуума в данный конкретный момент времени. Физическое развитие, наряду с рождаемостью, заболеваемостью и смертностью, является одним из показателей уровня здоровья на-

селения. В основе оценки физического развития лежат параметры роста, массы тела, пропорции развития отдельных частей тела, а также степень развития функциональных способностей его организма, которые зависят от дифференцировки и зрелости клеточных элементов органов и тканей, функциональных способностей нервной системы и эндокринного аппарата. Исторически сложилось, что о физическом развитии судят, главным образом, по внешним морфологическим характеристикам. Однако, ценность таких данных неизмеримо возрастает в сочетании с данными о функциональных параметрах организма.

Цель

Анализ физического развития студентов основного отделения с использованием метода индексов.

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы, исследование антропометрических показателей и математическая обработка полученных результатов.

Результаты и обсуждение

На кафедре физического воспитания и спорта УО «Гомельский государственный медицинский университет» были проведены исследования физического развития студентов (юношей) за 4-х-летний период обучения. Для сравнительного анализа были рассмотрены результаты тестов 20 студентов, пришедших в 2007 г. на 1-й курс, и показатели этих же студентов в 2010 г. (4-й курс). Результаты рассчитывались с использованием метода индексов, которые основаны на соотношении 2-х или нескольких признаков физического развития.

Анализ весо-ростового индекса Кетле (ИК) показал, что средние величины находятся в пределах нормы. Осенью 2007 г. на 1 см длины тела студентов приходилось от 331 до 536 г веса тела, что является нормой, а осенью 2010 г. этот же показатель составил 347–518 г веса тела на 1 см роста, что также является нормой.

Результаты расчета силового индекса (СИ) представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты расчета силового индекса (СИ)

Год / курс	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
2007 г. (осень) 1-й курс	3 студента (15 %)	6 студентов (30 %)	4 студента (20 %)	1 студент (5 %)	6 студентов (30%)
2010 г. (осень) 4-й курс	7 студентов (35 %)	4 студента (20 %)	1 студент (5 %)	3 студента (15 %)	5 студентов (25 %)

Для расчета степени соответствия массы человека и его роста, а так же косвенной оценки, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной был применен индекс массы тела (ИМТ). Нормальную массу тела в 2007 г. имели 15 (75 %) студентов, а в 2010 г. — 18 (90 %) студентов. Избыток массы тела в 2007 г. имели 3 (15 %), а в 2010 г. — 2 (10 %) студента. В 2010 г. студентов, страдающих ожирением, выявлено не было, в свою очередь, в 2007 г. таких было 2 (10 %) испытуемых.

Для отражения состояния сердечно сосудистой системы (ССС) использовалась оценка индекса Робинсона (ИР), результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Состояние сердечно сосудистой системы с использованием оценки индекса Робинсона (ИР)

Год / курс	Высокий уровень	Выше среднего	Средний уровень	Ниже среднего	Низкий уровень
2007 г. (осень) 1-й курс	5 студентов (25 %)	5 студентов (25 %)	7 студентов (35 %)	1 студент (5 %)	2 студента (10 %)
2010 г. (осень) 4-й курс	3 студента (15 %)	7 студентов (35 %)	4 студента (20 %)	2 студента (10 %)	4 студента (20 %)

Был произведен расчет показателей эффективности функционирования ССС, а именно показатель качества реакции (ПКР) на нагрузку. В 2007 г. положительный ПКР имели 11 (55 %) студентов, отрицательный — 9 (45 %), а в 2010 г. положительный ПКР показало 10 (50 %) студентов, отрицательный — 10 (50 %) студентов.

Для показателя функционального состояния вегетативной нервной системы, а в частности соотношения возбудимости ее симпатического и парасимпатического отделов был применен расчет вегетативного индекса Кардю (ВИ) на основании значений ЧСС и диастолического АД, результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Расчет вегетативного индекса Кардю (ВИ), на основании значений ЧСС и диастолического АД

Год/курс	Уравновешенность симпатических и парасимпатических влияний	Симпатикотония	Выраженная симпатикотония	Парасимпатикотония	Выраженная парасимпатикотония
2007 г. (осень) 1-й курс	13 студентов (65 %)	3 студента (15 %)	—	3 студента (15 %)	1 студент (5 %)
2010 г. (осень) 4-й курс	12 студентов (60 %)	4 студента (20 %)	—	4 студента (20 %)	—

Заключение

Выполнение данной работы позволило получить количественную характеристику морфофункциональных, физиологических и психофизиологических параметров, характеризующих здоровье человека и отражающих его физическое развитие.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Медведев, В. А.* Методы контроля физического состояния и работоспособности студентов: учеб. пособие / В. А. Медведев, О. П. Маркевич. — Гомель: ГГМУ, 2004. — 50 с.

УДК 616.33/.34-053.37//.5-036.83

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Фирсова В. Н., Шашель А. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры педиатрии № 1 Н. Н. Щеголеватая

Учреждение образования

«Кубанский государственный медицинский университет»

г. Краснодар, Российская Федерация

Введение

Взаимосвязи заболеваний ротовой полости с болезнями желудочно-кишечного тракта посвящено значительное количество работ [1, 5]. При таких поражениях системы пищеварения как язвенная болезнь, гастриты, энтериты заболевания тканей пародонта встречаются в 54–96%, кариес — в 65,7–95,4 %, стоматиты — в 75–80 % случаев [2, 3, 4].

Существует существенная связь между выраженностью клинической картины стоматологической патологии, течением и фазой основного гастроэнтерологического заболевания. Для эффективного лечения стоматологического заболевания крайне необходима одновременная реабилитация поврежденных органов пищеварительной системы. Особыми возможностями для этого располагают местные оздоровительные учреждения и санаторно-курортные комплексы.

Цель

Оценить эффективность сочетанного применения природных и преформированных физических факторов в лечении детей с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и тканей пародонта.

Материалы и методы исследования

Проходили реабилитацию в течение 24 дней в местной бальнеолечебнице г. Краснодара 97 детей в возрасте 8–17 лет, больных эрозивно-язвенными поражениями СОЖ и ДПК в стадии ремиссии. У 27 детей имел место хронический катаральный пародонтит легкой степени