

ОО — это минимальный уровень обмена энергии, необходимый для поддержания жизнедеятельности тканей и органов тела. ОО понижается с 1747 ккал в подготовительном-(1) до 1684 ккал в соревновательном-(1) периоде, затем увеличивается до 1745 ккал. в подготовительном-(2) периоде и до 1761 ккал. в соревновательном-(2) периоде.

ФУ — параметр, отражающий состояние клеток организма, уровень общей работоспособности и интенсивности обмена веществ. Уменьшение фазового угла свидетельствует о накоплении продуктов метаболизма, что говорит о перетренированности спортсмена и является признаком усталости. В результате тренировок наблюдается увеличение ФУ от 7,13 град. в подготовительном-(1) периоде до 7,23 град. соревновательном-(1) периоде. В соревновательном-(1) периоде происходит незначительное снижение ФУ, что является признаком утомления спортсменов. Затем ФУ возрастает с 7,2 град. в подготовительном-(2) периоде до 7,35 град. в соревновательном-(2) периоде. Это говорит об увеличении функциональной работоспособности спортсменов.

#### **Заключение**

При индивидуальном сравнении в тренировочный и соревновательный периоды основных показателей состава тела спортсменов, достигших высоких результатов (призеров чемпионата Республики Беларусь), мы выявили увеличение ФУ, АКМ, ОО, при этом процент ММ оставался на постоянном уровне. Из этого можно сделать следующие выводы:

1. При правильном построении стратегии тренировок в подготовительном периоде должно происходить увеличение ФУ, АКМ и ОО.

2. Увеличение ЖМ не является неблагоприятным, потому что у пловцов ЖМ способствует снижению сопротивления воды, что уменьшает энергозатраты на пребывание на поверхности воды.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д. В. Николаев [и др.] — М.: Наука, 2009. — 392 с.
2. Биохимия мышечной деятельности / Н. И. Волков [и др.] — Киев: Олимпийская литература, 2000. — 503 с.
3. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д. В. Николаев [и др.] — М.: Наука, 2009. — 392 с.

**УДК: 616.24 – 036.12 – 053.2 – 06:616.329 – 002**

## **ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ**

**Моторенко Н. В., Зимелихина И. Ф.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Последнее десятилетие характеризуется ростом патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как у взрослых, так и у детей. В структуре этих заболеваний основное место по частоте и разнообразию поражения органов и систем принадлежит кислотозависимым заболеваниям, к которым принято относить гастроэзофагиальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенную болезнь, а также хронический панкреатит.

Если частота гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни в детской популяции остается относительно стабильной в течение последних 5–7 лет, то применительно к ГЭРБ отмечается отчетливая тенденция к нарастанию частоты этого заболевания. Именно эти тенденции и дали основание группе экспертов ВОЗ образно назвать ГЭРБ «болезнью XXI века».

Гастроэзофагиальный рефлюкс (ГЭР) является одним из наиболее частых моторных нарушений верхних отделов ЖКТ.

ГЭР-зависимая бронхиальная обструкция может быть заподозрена у детей, имеющих:

- 1) приступы кашля и/или удушья преимущественно в ночное время после обильной еды;
- 2) доказанное сочетание респираторных и «верхних» диспептических признаков (отрыжка, изжога, регургитация);
- 3) положительный эффект от антирефлюксной терапии;
- 4) отсутствие эффекта на адекватной базисной терапии.

#### **Цель исследования**

Оценка состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

#### **Материалы и методы исследования**

Под нашим наблюдением находилось 120 детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), госпитализированных в детское пульмонологическое отделение № 2 Гомельской областной клинической больницы в 2010 г. Первую группу составили 80 детей с бронхиальной астмой (БА); вторую — 12 детей с муковисцидозом (МВ), третью — 28 детей с рецидивирующим бронхитом (РБ). Возраст обследованных детей от 6-ти до 16-ти лет.

Методы обследования наряду с рутинными анализами и рентгенографией легких включали эзофагогастродуоденоскопию, спирометрию, бронходилатационные тесты, аллергообследование.

#### **Результаты исследования**

Среди больных с БА у 14 (17,5 %) детей диагностировано тяжелое течение заболевания, у 54 (67,5 %) детей — среднетяжелое течение, у 12 (15%) детей — легкое течение.

Тяжелое течение МВ отмечено у 10 (83,3 %) детей (у 9 — смешанная форма, у 1 — легочная), среднетяжелое течение — 2 (16,7 %) человек (у всех смешанная форма).

Жалобы, присущие ГЭР, отмечены у 34 (42 %) детей с бронхиальной астмой. Внутригрупповой анализ позволил выявить такие жалобы у 10 (72 %) детей с тяжелым течением заболевания, у 27 (50 %) детей с БА средней степени тяжести, у 4 (30 %) детей с легким течением.

У больных МВ аналогичные жалобы в разном сочетании встречались у 10 детей (83 %), в том числе у всех детей с тяжелой формой заболевания и у 1 ребенка (50 %) со среднетяжелым течением.

У 13 детей (47 %) с РБ отмечались жалобы, характерные для ГЭР. ГЭР верифицирован у них инструментальным обследованием.

По результатам инструментального обследования почти у 2/3 (65 %) обследованных детей с БА (независимо от степени тяжести) выявлен ГЭР (у подавляющего большинства из них (86 %) выявлен эндоскопически позитивный вариант).

Среди больных МВ ГЭР диагностирован у 11 (90 %) детей, причем у всех — эндоскопически позитивный вариант.

У 6 (21 %) детей с РБ обнаружен эндоскопически позитивный вариант ГЭР.

Таким образом, у детей с муковисцидозом гастроэзофагиальный рефлюкс встречается значительно чаще, чем у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим бронхитом. У всех детей с бронхиальной астмой и муковисцидозом выявлен эндоскопически позитивный вариант гастроэзофагиального рефлюкса, тогда как у больных с рецидивирующим бронхитом лишь в 21 % случаев гастроэзофагиальный рефлюкс сопровождался эзофагитом.

Выявлена прямая корреляция частоты гастроэзофагиального рефлюкса и степени тяжести заболевания как у больных с бронхиальной астмой, так и у больных с муковисцидозом.

#### **Выводы**

1. Среди исследованных пациентов у подавляющего большинства больных муковисцидозом имелось поражение ЖКТ, что доказывает необходимость проведения инструментального исследования желудочно-кишечного тракта всем пациентам с этой патологией.

2. У больных рецидивирующим бронхитом в большинстве случаев отмечался эндоскопически-негативный вариант гастроэзофагиального рефлюкса, когда проведение одной эндоскопии при наличии жалоб явно недостаточно для его диагностики, что требует дополнительных методов исследования (рентгенологическое исследование пищевода и желудка).

3. Имеется четкая связь выраженности гастроэзофагиального рефлюкса с тяжестью заболевания у детей с бронхиальной астмой и муковисцидозом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова, А. А. Детская аллергология / А. А. Баранова. — М., 2006. — 611 с.
2. Бейтуганова, И. М. Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма / И. М. Бейтуганова, А. Г. Чучалин // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 17. — С. 8–10.
3. Приворотский, В. Ф. Кислотозависимые заболевания у детей / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова. — СПб, 2002. — 100 с.

УДК:616-058.862:649.1(470.323)

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ ДОМЕ ГОРОДА КУРСКА, И ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕМЬЯХ**

**Муранова М. Ю., Жизневская И. И.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор И. Г. Хмелевская**

**Учреждение образования**

**«Курский государственный медицинский университет»**

**г. Курск, Российская Федерация**

#### ***Введение***

Забота о здоровье детей, будущего поколения — святая обязанность каждого государства. В проблеме охраны здоровья подрастающего поколения одной из важнейших задач является обеспечение условий для нормального развития ребенка. Ведь от здоровья тех, кто родился сегодня, зависит будущее нашей страны [2].

Дети, воспитывающиеся в домах ребенка, являются наименее социально защищенной группой населения. В работе проведен анализ частоты выявления различных патологических состояний у воспитанников домов ребенка по сравнению с детьми, проживающих в семьях. У детей из домов ребенка выявлена более высокая частота пороков сердца, сосудистых аномалий, гиперплазии вилочковой железы, хронических нарушений питания, аллергии и анемии [1].

Как известно, здоровье взрослого населения в значительной степени определяется здоровьем детей, так как многие формы патологии формируются в детстве, поэтому проблеме детей, которые воспитываются в детском доме нужно уделять должное внимание [2].

#### ***Цель исследования***

Провести сравнительную оценку состояния здоровья детей, воспитывающихся в детском доме, и детьми, проживающих в семьях.

#### ***Материалы и методы исследования***

Проведен анализ 180 историй развития детей, которые были поделены на две возрастные группы. В первую вошли дети (90 человек) до 1,6 месяцев, во вторую — дети (90 человек) от 1,7 до 3 лет, количественное соотношение мальчиков и девочек одинаковое.

#### ***Результаты исследования***

При анализе структуры встречаемости заболеваний среди детей, воспитывающихся в детском доме и семьях, в первой группе были выявлены следующие данные. Задержкой психо-речевого развития страдают 57 % детей-сирот. Обращает на себя внимание, что среди детей, воспитывающихся в семьях, данной патологии не выявлено. Частота встречаемости перинатальной энцефалопатии превалировала среди детей, воспитывающихся в семьях, что составило 56 % (данные поликлиники № 6), 48 % (данные