

м. Київ, Україна

Реконструкція травматичних дефектів є одним з найбільш складних розділів сучасної реконструктивної хірургії. При використанні пластики дефектів носа у 50–65 % випадків є можливість провести реплантацію (повернення) відторгнутих травмованих тканин. Однак, за даними різних авторів, успіх приживлення реплантованих тканин коливається від 8 до 19 %, що не може задовольнити ні пацієнтів, ні лікарів.

Метою роботи було дослідити клінічну ефективність застосування методу аутотрансплантації тканин при реконструкції травматичних дефектів носа.

Матеріали та методи

Дослідження проводились на 60 прооперованих пацієнтах з реконструктивною ринопластикою, які умовно були поділені на 4 групи по 20 чоловік в кожній. Перша з використанням алярних хрящів носа, друга — з перегородкою, третя — реберними хрящами, четверта — з силіконовими імплантатами.

Результати

У першій групі у ранньому післяоперац. йному періоді спостерігалось повне приживання, через рік — збереження хряща. У другій групі після операції у всіх хворих відбулось заміщення хряща, що потребувало, повторної коригуючої ринопластики, через півроку спостерігається візуалізація країв, через рік — прояв косметичного дефекту. Третя група характеризувалась частковим розсмоктуванням імплантату, через рік — спостерігається прояв косметичного дефекту. Четверта — в ранньому післяопераційному періоді простежується задовільний стан, через місяць — трансмізована протрузія імплантів, через півроку — утворюється пролежень імплантату, через рік — видалення імплантату.

Висновок

Найбільш придатними тканинами для реконструкції травматичних дефектів є аутотранспланти, що характеризуються відсутнім відторгненням тканин, створюють опірну систему носа, використовуються при невеликих дефектах. В свою чергу реберні хрящі потребують гіперкорекції. А використання силіконових аллотрансплантів призводить до значних ускладнень і найменш ефективним способом усунення дефекту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л. А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии / Л. А. Бокерия. — М.: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 1999. — Т. 2. — С. 70–87.
2. Бураковский В. И. Сердечно-сосудистая хирургия / В. И. Бураковский, Л. А. Бокерия. — М.: Медицина, 1989. — С. 526–552.
3. Мішалов, В. Г. Лекції з госпітальної хірургії / В. Г. Мішалов. — К.: Видавничий дім Асканія, 2008. — Т. 1. — С. 14–19.
4. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. — М.: Медицинская литература, 2007. — С. 117–249.
5. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: БИНОМ, 2007. — 346–437 с.

УДК 61:796.06

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММНО- АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ОМЕГА-С»

Пастушок Д. И., Давыдовская Т. Л., Терей В. И.

**Научный руководитель: ассистент кафедры нормальной физиологии
Л. Л. Шилович**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В спортивной медицине существует актуальность оценки показателей при приме-

нении функциональных проб. Сведений о использовании программно-аппаратного комплекса «Омега-С» в данном направлении до настоящего времени получено не было.

Цель исследования

Практическое применение стандартной функциональной пробы Мартинэ (20 приседаний в течение 30 с) в спортивной медицине с одновременным использованием программно-аппаратного комплекса «Омега-С». Исследование проведено на базе Научно-практического центра спортивной медицины г. Гомеля.

Методы

Обследуемые спортсмены были разделены на две группы по 46 человек в каждой. В первую группу вошли спортсмены, тренирующиеся на «выносливость» (академическая гребля, легкая атлетика, гребля на байдарках, плавание, баскетбол, волейбол), во второй группе находились спортсмены для которых тренировка на выносливость не является доминирующей (дзюдо, бокс, греко-римская борьба, пятиборье). Возраст обследуемых от 17 до 20 лет. Запись осуществлялась в три этапа: исходные данные регистрировались в спокойном состоянии сидя, затем следовала вторая запись через 1 мин после функциональной пробы и последняя регистрация через 3 минуты восстановления показателей после нагрузки. Всего 138 обследований. Для получения информации в течение 5 минут выполнялась регистрация ЭКГ (300 кардиограмм).

Результаты обследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Различие показателей функционального состояния спортсменов по данным комплекса «Омега-С»

Показатели	Медиана 1 группы (выносливость)			Медиана 2 группы		
	исходные данные	после нагрузки	восстан овление	исходные данные	после нагрузки	восстан овление
Частота сердечных сокращений, уд./мин	72,4	70,8	70,9	69,3	66,5	70,4
A — Уровень адаптации к физическим нагрузкам, %	74,4	78,8	72,5	74,1	83,7	72,0
B — Уровень тренированности организма, %	78,4	84,9	78,5	82,6	91,8	81,8
C — Уровень энергетического обеспечения, %	66,6	70,9	64,4	64,6	69,5	64,7
D — Психоземциональное состояние, %	67,9	70,6	66,6	65,9	72,1	65,4
H — Интегральный показатель спортивной формы, %	71,8	76,3	70,8	71,8	79,3	71,8

При анализе полученных данных возможно сделать следующие выводы в различии показателей двух групп: ЧСС в первой группе спортсменов понизилась на 2,1 % тогда как во второй группе спортсменов повысилась на 1,6 %, что может говорить о более скором включении механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы у спортсменов тренирующихся на «выносливость». Данное наблюдение подтверждается показателем уровня тренированности организма, отражающим уровень регуляции сердечно-сосудистой системы, который остался на прежнем уровне в первой группе спортсменов и снизился на 1,8 % у спортсменов, для которых тренировка на выносливость не является доминирующей. Уровень энергетического обеспечения возрос во второй группе спортсменов на 4,9 % а в первой группе спортсменов на 4,3 % в результате нагрузки, при этом в первой группе после восстановления снизился на 2,2 % а во второй пришёл в норму, что также может свидетельствовать о более быстрой скорости адаптации к физической нагрузке спортсменов тренирующихся на «выносливость».

Применение программно-аппаратного комплекса «Омега-С» при использовании

функциональных проб позволяет оценить сильные и слабые стороны спортсмена применительно к требованиям определенных видов спорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Система комплексного компьютерного исследования физического состояния спортсменов «Омега-С»: документация пользователя. — СПб.: Динамика, 2006. — 64 с.

УДК 61:2

ГРЕХ-БОЛЕЗНЬ СМЕРТЕЛЬНАЯ

Пачко В. В., Тарасюк А. И.

Научный руководитель: ст. преподаватель С. Г. Рогальский

Учреждение образования

«Институт теологии Белорусского государственного университета»

г. Минск, Республика Беларусь

Господь наш Иисус Христос в ответ укорявшим Его фарисеям, что Он ест и пьет с мытарями и грешниками, произнес хорошо известные и ставшие дорогими слова: «не здоровые имеют нужду во враче, но больные» (Матф. 9:12). Это не простой оборот речи, не красивая фраза, не образное выражение. Христос говорил это о грешниках, которые, действительно, больны. Точно так же Христос говорил о Себе, Спасителе грешников, как о действительном, а не образном враче. Только болезнь и Его деятельность, как врача, происходили не в телесной области, а в духовной. Господь смотрел на грех как на действительную духовную болезнь, а на Себя — как на врача страдающего. Шестой Вселенский Собор прямо определяет грех — как болезнь души. А в литургической практике Православной Церкви такое понимание греха выражено в многочисленных молитвословиях, и самые известные из них — в чине Исповеди. Человеку, исповедающему свои грехи, говорится: «Внемли убо, понеже бо пришел еси во врачевницу, да не неисцелен отыдеши». Да и само греческое слово *αμαρτια*, переводящееся как «грех», имеет еще несколько значений, одно из которых — болезнь.

При таком определении греха легко понять, почему потомки страдают из-за грехопадения прародителей. Сегодня всем известно, что целый ряд серьезных заболеваний передаются по наследству. Никого не удивляет, что дети алкоголиков, например, могут иметь наследственную предрасположенность к алкоголизму, не говоря уже о целом букете сопутствующих заболеваний. И если грех — это болезнь, он вполне может передаваться по наследству.

Всякая болезнь причиняет страдание. Последствия греха в православной аскетике также называются страстями. Есть очень выразительный образ, употребленный преподобным Макарием Египетским, в котором он уподобляет действие греха на человеческую природу — действию дрожжей на тесто. «Как преступивший заповедь, Адам принял в себя закваску страстей, так и родившиеся от него, и весь род Адамов, по преемству стали причастниками оной закваски; а при постепенном преуспянии и возрастании до того уже умножились в людях греховные страсти, что простерлись они до прелюбодеяний, непотребств, идолослужений, убийств и других непотребных дел, пока все человечество не вскисло пороками».

Вопрос о жестоком наказании за грех, таким образом, попросту отпадает как очевидная бессмыслица. Больного и страдающего человека не нужно наказывать, он сам себя уже наказал. Его нужно лечить. Поэтому, Бог в православном богословии не судья, и уж никак не палач, приводящий приговор в исполнение. Христос — это врач, пришедший исцелить сотворенное Им человечество, страдающее от смертельного заболевания. В утреннем правиле есть чудная молитва к Божией Матери, где так и говорится: «...Врача рождая, уврачуй души моя многолетныя страсти».

Болезнь подавляет жизнь и уничтожает ее. Если жизнь еще продолжается, болезнь