

Еще одной причиной, привлекающей повышенное внимание акушеров-гинекологов и неонатологов к этой категории пациенток, является высокий риск осложнений беременности, родов и перинатальных исходов при многоплодии, по сравнению с одноплодной беременностью. Поскольку эволюционно организм женщины приспособлен для вынашивания одного плода, многоплодная беременность — это классическая модель фетоплацентарной недостаточности.

Цель

Оценить результаты родов и состояние новорожденных при многоплодной беременности (тройне).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй у женщин, родивших тройню с 2009–2016 гг. по данным ГОКПЦ г. Гродно. Изучались истории родов и истории новорожденных.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования было обнаружено 9 случаев родов многоплодной беременности (тройни), причем 5 случаев в результате проведенного ЭКО, 4 случая — самостоятельно наступившей беременности. Во всех случаях имело место оперативное родоразрешение. Ведущими показаниями к кесареву сечению явились ЭКО и многоплодие. 1 ребенок погиб. Возраст пациенток 30 лет (26–36), продолжительность беременности составила 230 дней (201–271), объем кровопотери 690 мл (550–800), масса последа 1220 г (1050–1500), прирост массы тела беременной за период беременности 12 кг (7–15).

Физиологическая убыль детей в первые дни жизни составила: для детей, рожденных первыми 5,4 (0–13,4), рожденных вторыми 4,8 (0–15,8), рожденных третьими 3,6 (0–6,7). 14 детей нуждались в ИВЛ. 4 детям был введен сурфактант. Из 27 рожденных детей: 17 девочек и 10 мальчиков.

Выводы

Многоплодная беременность (тройня) предполагает родоразрешение в более ранние сроки, что в свою очередь влияет на состояние новорожденного, и предполагает более тщательное специальное ведение таких пациенток во время беременности с профилактикой невынашивания и РДС плодов. Родоразрешение таких пациенток производится на 3 и 4 уровнях оказания акушерской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова, А. Т. Сроки и способы родоразрешения при индуцированном многоплодии / А. Т. Егорова, Н. И. Руппель, Д. А. Маисенко // Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенского, Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца». — Красноярск, 2014. — С. 34–41.
2. Ведение беременности и родов при многоплодной беременности / В. И. Краснопольский [и др.] // Альманах клинической медицины. — 2015. — С. 32–40.
3. Многоплодная беременность — риск преждевременных родов / Вл. В. Архипов [и др.] // Башкирский государственный медицинский университет. Клинический родильный дом № 4. — Уфа, 2009. — С. 13–19.

УДК 796.071:796.015.628

ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТЬ У СПОРТСМЕНОВ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕРАЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК

Цыбульская Д. А., Савицкая О. С.

Научный руководитель: А. В. Чевелев

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Изучение причин возникновения заболеваний у лиц, занимающихся физической культурой и спортом, становится с каждым днем все более актуальным. Это определяется тремя обстоятельствами: а) в занятия физической культурой и спортом вовлекается все больше людей;

б) значительно повышаются объем и интенсивность спортивной тренировки; в) увеличился удельный вес заболеваний и повреждений при занятиях физической культурой и спортом.

Любая физическая нагрузка, должна быть для каждого оптимальной. Только такая нагрузка обеспечивает физическое совершенствование человека. При несоответствии объема и интенсивности спортивной тренировки может возникать перетренированность.

Термин «спортивная болезнь» был предложен австрийским врачом Л. Прокопом на Всемирном конгрессе по спортивной медицине в Москве в 1956 г. В отечественной литературе данная патология обозначается термином «перетренировка» [2].

Цель

Выявление наиболее значимых причин возникновения перетренированности у спортсменов.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждения

Причины заболеваний у спортсменов зависят от неправильной организации тренировочного процесса, нерационального использования средств и методов тренировки, от отсутствия или недостаточной индивидуализации степени физической нагрузки на тренировках, что приводит к перегрузке и перенапряжению отдельных систем и органов. У спортсменов при большой физической и эмоциональной нагрузке, а особенно при перегрузке, могут возникать состояния утомления, переутомления и перетренированности.

Состояние перетренированности возникает только у тренированного спортсмена и в настоящее время расценивается как перенапряжение ЦНС. От степени перенапряжения ЦНС и типа высшей нервной деятельности спортсмена зависит и степень выраженности клинической симптоматики, и тогда перетренированность проявляется либо неврастеническими, либо истерическими, либо психастеническими реакциями [1].

Причиной возникновения состояния перетренированности являются не только чрезмерные, но и однообразные и частые тренировки, проводимые без учета эмоционального состояния спортсмена. Имеют значение также нарушения режима. Все это приводит к расстройствам координации деятельности ЦНС, внутренних органов и локомоторного аппарата. На этом фоне могут возникнуть различные заболевания внутренних органов [4].

В течение спортивной болезни следует выделять три стадии. В начале заболевания, в первой стадии, развиваются симптомы, связанные с нерациональным энергообеспечением двигательной деятельности. Скорость на дистанции или объем выполняемой работы поддерживаются ценой предельного напряжения всех функций, в первую очередь кардиореспираторной системы. Появляются первые признаки нарушений в эмоциональной сфере. У спортсмена пропадает желание тренироваться. Нарушается сон, снижается аппетит. Возникают трудности в общении с окружающими. Если обследовать спортсмена в этой стадии болезни без применения каких-либо провоцирующих факторов, в состоянии мышечного покоя, то не удастся отметить никаких патологических признаков. Отклонения в деятельности организма в первой стадии выявляются только при использовании различных функциональных проб, например таких, как физическая нагрузка, клиноортостатические пробы и т. п. При этом довольно часто удается выявить изменения в регуляции функций, связанных в первую очередь с нарушениями в вегетативной системе: повышенная потливость, в частности влажные ладони, повышение АД, изменения на ЭКГ, различные нарушения ритма сердечной деятельности.

Во второй стадии клинические признаки болезни, характерные для первой стадии, сохраняясь и даже усиливаясь, проявляются уже и в состоянии мышечного покоя.

В третьей стадии присоединяются транзиторные или стабильные изменения органов в виде выраженных дистрофических процессов, иногда переходящих в стадию организации склерозирования или цирроза. Зачастую эти изменения проявляются в виде функциональной несостоятельности того или иного органа [2].

На заболеваемость спортсменов оказывает существенное влияние характер тренировочного процесса, так как функцию и морфологию организма спортсмена формируют оп-

ределенные варианты физических упражнений, используемых в тренировочном процессе. Характер этих упражнений определяется не столько видом спорта, сколько тем физическим качеством, которое необходимо развивать в данном виде спорта. В разных видах спорта развиваются такие качества как выносливость, быстрота, сила, ловкость. Исходя из этого, на результат распределения физической нагрузки положены различные сочетания трех критериев: преимущественная мощность работы во время тренировок; цикличность или ацикличность работы; развитие двигательных качеств.

У спортсменов, тренирующихся на выносливость, существенно чаще, чем в других специализациях, наблюдаются дистрофии миокарда вследствие физического напряжения, неврозы и гипертонические состояния. Болезни костно-мышечной системы преобладают у гимнастов, фигуристов, лыжников, прыгунов в воду [5].

Одним из серьезных видов патологических состояний, отмечаемых в последние годы, являются нарушения гемостаза, проявляющиеся в виде диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома), который может развиваться у лиц, участвующих в длительных многочасовых соревнованиях на различных марафонских дистанциях. Причиной развития такого синдрома у спортсменов следует считать протеолитический взрыв, возникающий вследствие денатурации белка при больших физических нагрузках или гемолиза эритроцитов. Указанные изменения ведут к параличу микроциркуляции и образованию множества тромбов в сосудах и последующему полному не свертыванию крови, истощению возможностей свертывающей системы [3].

Вывод

Как показало исследование, перетренированность — это патологическое состояние, которое вызвано превышением интенсивности и объема нагрузок. Исходя из этого, профилактикой перетренированности является: избегание монотонных тренировок, подбор индивидуальной интенсивности тренировок, перерыв в тренировочном процессе, достаточный сон, полноценное и сбалансированное питание, глубокий мышечный или спортивный массаж и избегание стрессовых ситуаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куколевский, Г. М. Основы спортивной медицины / Г. М. Куколевский, Н. Д. Граевская. — М., 2001. — С. 58–60.
2. Епифанов, В. А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В. А. Епифанов. — М., 1999. — С. 135–137.
3. Дембо, А. Г. Заболевания и повреждения при занятиях спортом / А. Г. Дембо. — М., 1991. — С. 227–228.
4. Вейна, А. М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейна. — М., 1998. — С. 250–252.
5. Дубровский, В. И. Спортивная медицина / В. И. Дубровский. — М., 2002. — С. 13–15.

УДК 6144.72:001.891.7

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА ТВЕРДЫХ ЧАСТИЦ В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ

Чайковская М. А., Поддубный А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из приоритетных загрязнителей атмосферного воздуха крупных городов являются твердые частицы (ТЧ). Во многих странах мира накоплены обширные клинико-эпидемиологические данные, свидетельствующие о серьезных угрозах здоровью населения, обусловленному загрязнению атмосферного воздуха ТЧ. По данным Всемирной организации здравоохранения, повышение концентрации ТЧ₁₀ на 0,01 мг/м³ вызывает рост общей смертности на 1 %, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 1,4 %, от болезней органов дыхания на 3,4 %. Воздействие только твердых частиц уменьшает ожидаемую продолжительность жизни в среднем на 1 год в основном за счет возрастающего