

сколиозу. К счастью, возраст, в котором возникают такие болезни около семи лет, и если обратить внимания на осанку ребенка, то ее можно довольно просто исправить дополнительными упражнениями. Главное, не довести проблему до взрослого возраста, когда ее уже невозможно решить упражнениями лечебной физкультуры.

Как в спортивной, так и в художественной гимнастике часто повреждаются коленный и голеностопный сустав, а также локтевой и плечевой суставы. Уязвимыми местами являются связки колена, мениски, часто случаются разрывы сухожилий, мышечные повреждения. Так же бывают переломы, в том числе и открытые. Причем все эти травмы возникают не обязательно от грубого нарушения техники безопасности. Неправильно поставленная нога или рука может не выдержать нагрузок, которые увеличиваются в несколько раз от прыжков с высоты и резких ускорений [2].

Для профилактики возникновения травм и профессиональных заболеваний гимнастов необходимо соблюдать следующие условия:

- перед тренировкой нужно качественно выполнять разминку, хорошо разогреть и подготовить к основной работе мышцы, связки, суставы и сухожилия;
- следить за правильностью выполнения технических действий спортсменов и предотвращать выработку неправильных навыков, способных привести к травмам [3];
- не следует форсировать развитие гибкости юных спортсменов и принуждать их выполнять движения с диапазоном, к которому они еще не готовы;
- соблюдать правила техники безопасности при работе на снарядах и с отягощениями;
- спортсмены должны постоянно проходить медицинское обследование на предмет выявления нарушений функционального состояния организма, усталостных переломов в области поясницы, суставов верхних и нижних конечностей [4];
- необходимо тщательно следить за питанием и массой тела юных гимнастов;
- предотвращать и устранять нарушение менструального цикла у девушек, потенциально ведущую к раннему остеопорозу [5].

Выводы

Гимнастика — замечательный вид спорта, который делает детей, подростков, юношей и взрослых физически сильными людьми, которые, во время занятий, преодолевая трудности, формируют твердый характер и закаляют волю. Но за достижением успехов в спорте стоят мозоли, слезы, пот и вероятность получения травм, а в будущем и профессиональных заболеваний. Поэтому, выбрав гимнастику для занятий спортом, необходимо максимально обезопасить занимающихся от получения травм, не форсировать учебно-тренировочный процесс, своевременно проходить профилактические и медицинские осмотры, не допускать развитие профессиональных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кряж, В. Н.* Гимнастика, ритм, пластика / В. Н. Кряж, Э. В. Ветошкина, Н. А. Боровская. — Минск: Полымя, 1987. — С. 35–38.
2. *Менхин, Ю. В.* Физическая подготовка в гимнастике / Ю. В. Менхин. — М.: Физкультура и спорт, 1989. — С. 121–122.
3. *Франке, К.* Спортивная травматология / К. Франке. — М.: Медицина, 1981. — С. 125–129.
4. *Макарова, Г. А.* Спортивная медицина: учебник / Г. А. Макарова. — М.: Советский спорт, 2003. — С. 245–246.
5. Спортивная медицина: учеб. пособие / В. А. Елифанов [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 154–155.

УДК 616.36-004+[616.149-007.64-005.1:616.329/.33]

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Тельнова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров

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

Введение

В РБ отмечается постоянная тенденция к росту числа пациентов с циррозом печени, осложненным развитием кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и дна желудка.

Эндоскопическое склерозирование и лигирование варикозно расширенных вен пищевода являются наиболее часто применяемыми методами первичной и вторичной профилактики и лечения кровотечений при портальной гипертензии. При этом эндоскопическое лигирование отличается высокой результативностью как для остановки кровотечения, так и для профилактики его рецидивов, имеет сравнительно невысокий процент осложнений и позволяет в большом проценте случаев добиться полной облитерации варикозно расширенных вен пищевода и желудка при относительно небольшом количестве повторных сеансов лигирования [1].

Операция *Sugiura*, выполняемая с целью разъединения систем воротной и верхней полой вен, включает трансекцию пищевода, спленэктомия, деваскуляризацию абдоминального отдела пищевода и верхнего отдела желудка, селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику [2]. Недостатками операции является сложность вмешательства, выполняемого в два этапа, в послеоперационном периоде возможно развитие несостоятельности пищеводно-пищеводного анастомоза (6–9 %), стенозирования пищевода (4–5 %), острой печеночно-почечной недостаточности (3–9 %) [3].

Цель

Проанализировать методы профилактики и лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с различными формами цирроза печени, госпитализированных в стационар ГОСКБ за год.

Материал и методы исследования

Ретроспективно были изучены 202 медицинские карты стационарных пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение гепатологического центра УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за 2016 г. Обработка полученных данных была проведена в программе «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данных выяснилось, что цирроз печени формируется преимущественно из-за вирусных гепатитов В и С (рисунок 1).

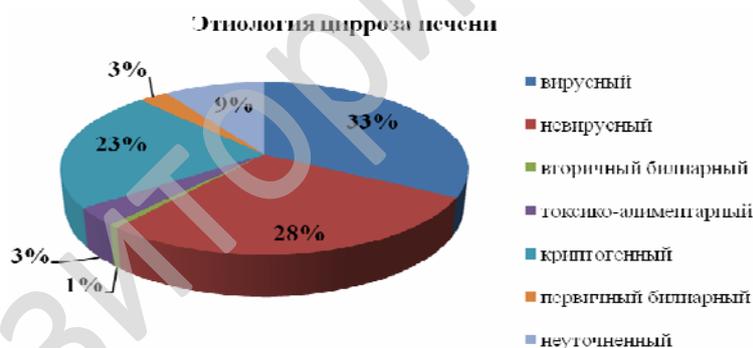


Рисунок 1 — Этиология цирроза печени

По степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью пациенты были распределены следующим образом (таблица 1).

Таблица 1 — Классы тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью у пациентов

Класс тяжести по Чайлд-Пью	Количество пациентов	%
А	21	10,4
В	170	84,2
С	11	5,4

По степени декомпенсации: декомпенсированный цирроз печени был выявлен у 35 (17,3 %) пациентов, компенсированный — у 167 (82,7 %).

Впервые заболевание было выявлено у 118 (58,4 %) пациентов.

Всего было прооперировано 168 (83,2 %) пациентов. Из них эндосклерозирование вен проводилось 150 (89,3 %) пациентам, лигирование вен — 6 (3,6 %) пациентам, операция

Sugiura — 12 (7,1 %) пациентам. Проводимые операции в зависимости от класса тяжести представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Проводимые мероприятия в зависимости от класса тяжести

Класс тяжести	Эндосклерозирование вен	Лигирование вен	Операция АЗП Сугиура	Не оперировались
А	19 (12,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (5,9 %)
В	122 (81,3 %)	6 (100 %)	12 (100 %)	30 (88,2 %)
С	9 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (5,9 %)

Повторная операция проводилась у пациентов после эндосклерозирования вен в 63 (42 %) случаях, лигирования вен — не проводилась, операции Sugiura — в 2 (16,7 %) случаях.

Наименьшее число койко-дней отмечается при эндосклерозировании вен (6,1 день). Среднее число койко-дней при проведении лигирования вен составило 16,7 дней, операции Sugiura — 27,8 дней.

Выводы

1. В структуре госпитализированных пациентов преобладают пациенты с компенсированным циррозом печени, преимущественно класса тяжести В по Чайлд-Пью.

2. При выборе операции преимущество отдавалось эндосклерозированию (89,3 % прооперированных), однако, в отличие от лигирования, позже требовалась повторная операция.

3. Операция Sugiura была проведена 12 (7,1 %) пациентам по строгим показаниям, которыми являются рецидивные профузные кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Операции азигопортального разобщения в профилактике и лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / П. В. Гарелик [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2011. — № 3. — С. 7–9.

2. Операции на пищеводе и желудке у больных с портальной гипертензией (*Обзор литературы*) / А. К. Ерамишанцев [и др.] // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2006. — № 6. — С. 8–15.

3. Хирургия кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза при портальной гипертензии: шунтирующие и разобщающие операции / А. В. Воробей [и др.] // Медицина. — 2007. — № 1. — С. 24–29.

УДК 615.46:378

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ИМИТАЦИЯ ТКАНЕЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Тельнова А. А., Дохов О. В.

Научный руководитель: начальник кафедры военной и экстремальной медицины, полковник медицинской службы *Д. А. Чернов*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из задач современного медицинского образования является создание условий для приобретения студентами и врачами широкого спектра практических навыков без риска нанесения вреда пациенту. Не менее актуально развитие способности быстрого принятия решений и выполнения ряда манипуляций или вмешательств, особенно при неотложных состояниях.

Активное применение тренажеров, имитирующих приближенные к естественным условиям ситуации, открывает новые возможности для практической подготовки, повышения квалификации и аккредитации студентов и врачей. Однако отработка практических навыков на симуляторах предполагает использование дорогостоящих расходных материалов. Это подталкивает к разработке более доступных материалов, которые по своим имитационным характеристикам не уступают оригинальным.