

зом, в понятие «физическое развитие» входят не только морфологические особенности строения и размеров тела, но и функциональные возможности организма.

Физическое развитие определяется эндогенными (внутренними), экзогенными (внешними) и социально-экономическими факторами. Оценка его имеет большое практическое значение как для социальной гигиены вообще, так и для спортивной медицины. Изучение индивидуального физического развития ведется путем расчета различных морфологических показателей, таких, например, как рост, вес тела, окружность груди, удельный вес тела, его жировая, мышечная и костная массы [1].

Цель

Определить уровень физического развития студенток основного отделения второго курса ГомГМУ.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы; проведение антропометрии, использование метода индексов; метод математической обработки результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки уровня физического развития использовались росто-весовые показатели, силовой индекс.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что длина тела — это наиболее стабильный показатель, характеризующий состояние пластических процессов в организме, зависящий как от конституциональных особенностей индивида, так и от социально-бытовых условий жизни, воспитания, психической и физической нагрузки.

Масса тела является информативным показателем, отражающим степень развития костной и мышечной систем, внутренних органов, подкожной жировой клетчатки и зависит как от конституциональных особенностей индивида, так и от внешне-средовых факторов.

Любой показатель силы обычно тесно связан с объемом мышечной массы, т. е. с массой тела. Поэтому при оценке результатов динамометрии важно учитывать, как основную абсолютную силу, так и относительную, т. е. отнесенную с массой тела. Они выражаются в процентах [2].

На начало учебного года на кафедре физического воспитания и спорта проводились измерения антропометрических данных, силы кисти, окружности грудной клетки. Количество студенток обследуемой группы — 58 человек.

Средние антропометрические показатели составили на втором курсе в осеннем семестре: вес — $57,9 \pm 0,94$ кг, рост — $166,3 \pm 0,76$ см.

1. Использовался весо-ростовой индекс Кетле (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ИК} = \text{Вес (г)} / \text{Рост (см)}.$$

Норма: средний показатель на 1 см у женщин 325–375 г/см. У обследуемой группы этот показатель составил 348,1 г/см.

2. Силовой индекс характеризует степень развития мускулатуры и измеряется ручным динамометром. Средние показатели силы правой кисти (если человек правша) у женщин 29–35 кГ, средние показатели силы левой кисти обычно на 5–10 кГ меньше. Средние показатели относительной силы у девушек — 60–70 % массы тела. По данным динамометрии у обследуемой группы получились следующие результаты: правая рука — $25,37 \pm 0,55$ кГ, левая — $23,72 \pm 0,65$ кГ. Силовой индекс определяется по следующей формуле:

$$\text{СИ} = \frac{\text{МСК}}{m} \times 100,$$

где МСК — мышечная сила кисти (кГ), m — масса тела (кг).

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты показателей некоторых уровней физического развития у студенток второго курса Гом ГМУ

Антропометрические показатели, n = 58	Индекс Кетле (ИК)	Показатели динамометрии
Вес — $57,9 \pm 0,94$ кг; Рост — $166,3 \pm 0,76$ см	348,1 г/см	Правая рука — $25,37 \pm 0,55$ кГ; СИ = 43,8 % Левая рука — $23,72 \pm 0,65$ кГ; СИ = 40,9 %

Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что индекс Кетле и мышечная сила рук соответствует норме для данной обследуемой группы.

Данные испытуемых находятся в соответствии с их хорошим физическим развитием, степенью развития костной и мышечной систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова, Г. А. Спортивная медицина / Г. А. Макарова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 60–65.
2. Новик, Г. В. Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: метод. рекомендации: в 4 ч. / Г. В. Новик, Н. В. Карташева, Т. Ф. Геркусова. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — С. 15–20.

УДК 616.233-002-008.842.-4-07-053.2

СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Слонецкий Е. В., Лупальцова О. С.

**«Харьковский национальный медицинский университет»
г. Харьков, Украина**

Введение

Хроническая гранулематозная болезнь является редким, наследственным заболеванием иммунной системы, в основе которого лежит дефект фагоцитов (нейтрофилов и моноцитов), что приводит к неэффективному уничтожению бактериальной и грибковой флоры. Это обуславливает восприимчивость пациентов с хронической гранулематозной болезнью к серьезным, потенциально опасным для жизни, бактериальным и грибковым инфекциям, и нормальный иммунитет к вирусным инфекциям. Точная частота распространения хронической гранулематозной болезни неизвестна. По данным литературы распространенность составляет от 1 до 8,5 : 1 млн населения. Несмотря на существующую на современном этапе антибактериальную и противогрибковую профилактику, заболеваемость тяжелыми инфекционными осложнениями у этих пациентов остается высокой [1]. Ранняя диагностика заболевания и назначение профилактической терапии снижает риск формирования инфекционных осложнений у этой категории. Противогрибковая профилактика всем пациентам с ХГБ должна быть начата с назначения итраконазола (из расчета 2–5 мг/кг в сутки), который имеет хорошую активность в отношении видов *Aspergillus*. Учитывая побочные эффекты противогрибковой терапии, такие как повышение уровня ферментов печени, возможность возникновения периферической нейропатии и синдрома Стивенса-Джонсона, необходимо проводить динамический контроль уровня ферментов печени до начала лечения, а затем каждые 6 месяцев. Для профилактики бактериальных инфекций рекомендовано постоянная профилактическая терапия ко-тримоксазолом (из расчета 2–5 мг/кг в сутки по триметоприму). Усиление антибактериальной терапии рекомендовано при необходимости проведения всех инвазивных процедур, в том числе колоноскопии, эзофагоскопии, бронхоскопии, биопсии печени / легких и др. Профилактическое использование ципрофлоксацина (с добавлением метронидазола, если инвазивное исследование касается органов брюшной полости) должно начинаться с дня проведения процедуры и продолжаться в течении не менее 24 ч после него. При хирургическом вмешательстве могут потребоваться более длительные курсы различных комбинаций антибактериальных препаратов [1–4]. Необходимость регулярной стоматологической помощи у этой категории пациентов обусловлена постоянными гингивитами и язвами ротовой полости. Следует подчеркнуть важность при ХГБ хорошей зубной гигиены полости рта и необходимость обязательного чистки зубов два раза в день. Дополнительную профилактику терапию антибактериальными препаратами следует назначить перед стоматологической процедурой, через 12 и 24 ч после вмешательства в виде ципрофлоксацина внутрь (из расчета 7,5 мг/кг/разово в сутки) [1]. Рекомендована плановая иммунизация детей с ХГБ. Вакцинация БЦЖ противопоказана в связи с возможностью возникновения генерализованной БЦЖ