

ной артерии (ПБА) и подколенной артерии (ПА) тотчас ниже щели коленного сустава. На левой голени коллатерально заполнялась малоберцовая артерия (МБА) и проксимальный сегмент ПББА, на стопе через сеть коллатералей фрагментарно заполнялась подошвенная артериальная дуга. Была произведена попытка ангиопластики бедренно-подколенного сегмента слева, в ходе которой устранить окклюзию не удалось. Спустя 4 месяца после описанной операции пациенту была выполнена с положительным эффектом ангиопластика и стентирование дистальной трети ПБА и ПА слева. Годом позже в данной зоне возникла тотальная окклюзия. Выполненная ангиопластика зон поражения полностью устранила окклюзию и восстановила магистральный кровоток.

Пациент П. впервые прооперирован по поводу критической ишемии правой нижней конечности. Ангиографически определялся хороший магистральный кровоток в бассейне ПБА, ПА и тибियोперонеального ствола справа. На правой голени визуализировалась окклюзия дистальных сегментов ПББА и МБА, а также коллатерально заполняемая дистальная часть задней большеберцовой артерии с подошвенной артериальной дугой. В результате выполнения баллонной ангиопластики с последующим стентированием была восстановлена проходимость сосудов, полностью купированы явления критической ишемии. Заживление трофических нарушений в области стопы достигнуто в течение полутора месяцев.

При поступлении спустя 2 года с клиникой ишемии левой руки была выявлена окклюзия лучевой и локтевой артерий слева на границе верхней и средней трети. На ангиограмме дистальные сегменты левой локтевой артерии не заполнялись, заполнение дистальных сегментов лучевой артерии и тыльной артериальной дуги осуществлялось через коллатеральную ветвь. Гемодинамически значимых стенозов подключичной, подмышечной и плечевой артерий слева выявлено не было. Попытка реваскуляризации окклюзий методом баллонной ангиопластики не принесла положительного результата. Одновременно выполненная ангиография артерий нижних конечностей показала отсутствие гемодинамически значимых стенозов подвздошных, бедренных и проксимальных отделов берцовых артерий. Прооперированная ранее нога теплая, бледно-розовая, без трофических нарушений, чувствительность и активные движения сохранены.

#### **Вывод**

Применение эндоваскулярной баллонной ангиопластики в лечении артериальной недостаточности у пациентов с болезнью Бюргера позволяет достигать непосредственного положительного ангиографического и клинического эффекта, а также сохранения достигнутого результата в отдаленном периоде, в том числе и с помощью этапных интервенций.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дибиров, А. А. Облитерирующие заболевания нижних конечностей: метод. рекомендации / А. А. Дибиров. — М., 1997. — 19 с.
2. Clinical outcome after extended endovascular recanalization in Buerger's disease in 20 consecutive cases / L. Graziani [et al.] // *Annals of Vascular Surgery Journal*. — 2012. — Vol. 26, № 3. — P. 387–395.
3. Endovascular treatment is a hope for patient with Buerger's disease and foot ulcer: case report / J. Aragón-Sánchez [et al.] // *International Journal of Lower Extremity Wounds*. — 2012. — № 3. — P. 165–168.

**УДК 613.66-055.2:796**

### **УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В ОСНОВНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**Рябица Н. В., Гапонова В. А.**

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. В. Новик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Физическое развитие — естественный процесс возрастного изменения морфологических и функциональных признаков организма, обусловленный наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды.

Эффективность физического воспитания в значительной мере обусловлена возможностью определять и корректировать средства и методы педагогического воздействия на занимающихся на основании объективной информации о состоянии их физического здоровья и функциональных систем организма [1].

В основе оценки физического развития лежат параметры роста, массы тела, пропорции развития отдельных частей тела, а также степень развития функциональных способностей его организма (жизненная емкость легких, мышечная сила кистей и др.), которые зависят от дифференцировки и зрелости клеточных элементов органов и тканей, функциональных способностей нервной системы и эндокринного аппарата [2].

#### **Цель**

Определить уровень физического развития девушек основного отделения.

#### **Материал и методы исследования**

Анализ научно-методической литературы, антропометрия, математическая обработка полученных результатов.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В начале 2015/2016 учебного года на кафедре физического воспитания и спорта Гомельского государственного медицинского университета были проведены исследования физического развития студенток 1 курса основного отделения. При оценке физического развития использовался метод индексов, основанный на соотношении двух или нескольких признаков физического развития. В исследовании приняли участие 89 студенток основного отделения. При оценке физического развития девушек использовались следующие индексы: индекс Кетле (весо-ростовой), индекс массы тела, индекс Пинье, силовой индекс, индекс Робинсона, рассчитывалась должная масса тела.

1. Анализ весо-ростового индекса Кетле показал, что средние величины находятся в пределах нормы. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты расчета индекса Кетле

Интерпретация	Значения	Число студенток	Процент от общего числа
Истощение	200–299	14	15,7
Дефицит МТ	300–324	13	14,6
Нормальный вес	325–375	45	50,6
Превышение должной МТ	376–415	12	13,4
Излишний вес	416–540	5	5,6

Полученные данные показывают, что истощение встречается у 15,2 % девушек основного учебного отделения, дефицит массы тела у 17,2 %, нормальный вес у 49,2 %, превышение должной массы тела у 16,4 %, а девушек с избыточным весом нет вообще.

2. Расчет индекса массы тела (ИМТ) показал, что средний показатель составляет 21,3. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты подсчета ИМТ

Интерпретация	Значение	Число студенток	Процент от общего числа
Дефицит МТ	< 18,5	15	16,8
Норма	18,5–24,9	66	74,2
Избыток МТ	25,0–29,9	8	9

Полученные данные показывают, что нормальную массу тела имеют 74,2 % девушек основного отделения, дефицит массы тела у 16,8 %, избыток массы тела — 9 % девушек.

3. Расчет индекса Пинье показал, что в среднем студентки имеют хорошее телосложение. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты расчета индекса Пинье

Интерпретация	Значения	Число студенток	Процент от общего числа
Крепкое телосложение	< 10	16	18
Хорошее	10–20	24	27
Среднее	21–25	12	13,5
Слабое	26–35	27	30,3
Очень слабое	> 36	10	11,2

Полученные данные показывают, что крепкое телосложение имеют 18 % девушек основного отделения, хорошее — 27 %, среднее — 13,5 %, слабое — 30,3 % и очень слабое — 11,2 %.

4. Расчет силового индекса показал, что в среднем сила студенток составляет 50,5 %. Полученные данные показывают, что показания силового индекса удовлетворительные у 9 % девушек, неудовлетворительные — 43,8 %, отличные — 47,2 %. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Результаты расчета силового индекса

Интерпретация	Значение	Число студенток	Процент от общего числа
Удовлетворительно	48–50 %	8	9
Неудовлетворительно	< 48 %	39	43,8
Отлично	> 50 %	42	47,2

5. Расчет индекса Робинсона показал, что средний энергопотенциал девушек основного отделения составляет 87 %. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Результаты расчета индекса Робинсона

Интерпретация	Показатель	Число студенток	Процент от общего числа
Отличное	< 69	16	18
Хорошее	70–84	20	22,5
Среднее	85–94	15	16,8
Плохое	95–110	31	34,8
Очень плохое	> 110	7	7,9

Полученные данные показали, что отличный энергопотенциал у 18 % девушек, хороший — 22,5 %, средний — 16,8 %, плохой — 34,8 %, очень плохой — 7,9 %.

6. Расчет должной массы тела показал, что реальности соответствуют 4 девушки, что составляет 4,5 %, выше необходимого — 25,8 %, ниже необходимого — 69,7 %.

#### **Выводы**

Проведение исследований позволило получить количественную характеристику морфофункциональных, физиологических и психофизиологических параметров, характеризующих физическое развитие девушек основного отделения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Новик, Г. В. Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: учеб.-метод. пособие / Г. В. Новик. — Гомель, 2007. — С. 9–11.
2. Малявская, С. И. Оценка физического развития и полового созревания девочек / С. И. Малявская // Материалы 36-й област. науч.-практ. конф. педиатров Архангельской области (Архангельск, 26–28 апр. 2005 г.). — Архангельск, 2005.

**УДК 618.14 - 002 - 031**

### **РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

**Савлук В. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Р. Плоцкий**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Эндометриоз — заболевание, связанное с распространением ткани по структуре сходной с эндометрием за пределы полости матки. Эктопированная ткань эндометрия под влиянием половых гормонов яичников подвергается изменениям, соответствующим различным фазам менструального цикла, что обуславливает клиническую картину заболевания. В настоящее время эндометриоз встречается у 6–44 % женщин. Наиболее часто на-