

3. Несмотря на то, что у большинства женщин возникает необходимость обсудить вопросы сексуальных отношений во время беременности с врачом (67,1%), на практике такое обсуждение по инициативе женщины происходит только в 1/5 части случаев.

Литература:

1. Акушерство. Национальное руководство. Под. ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. 2009. М: ГЭОТАР-МЕДИА. - 1200 с.
2. Jones C., Chan C., Farine D. Sex in pregnancy / CMAJ, 2011, 183(7). P. 815-818.
3. Katz A. Sexual Changes During and After Pregnancy / AJN, 2010, Vol. 110, N 8. P. 50-52.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕТСКОЙ ЙОГИ И ФИТБОЛ-ГИМНАСТИКИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МИОКАРДИОДИСТРОФИЯМИ

Гапоненко О.В., Мартынова Д.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра пропедевтики детских болезней
Научный руководитель – асс. Самохвал О.В.

Актуальность. Понятие «миокардиодистрофия» (МКД), или «дистрофия миокарда» означает нарушения метаболизма в миокарде на биохимическом уровне, которые являются частично или полностью обратимыми при устранении вызвавшей их причины. Дистрофия миокарда может наблюдаться у детей любого возраста, даже у новорожденных. Общей проблемой для МКД у детей и подростков является снижение показателей здоровья и общей резистентности организма. На основании этого изучение данной патологии и возможности ее лечения и реабилитации являются актуальными вопросами на сегодняшний день.

Цель: оценить влияние детской йоги и фитбол-гимнастики на психоэмоциональный и физический статусы детей дошкольного возраста с миокардиодистрофиями.

Задачи. 1. Определить показатели психоэмоционального и физического статусов в двух группах детей с миокардиодистрофиями. 2. Проанализировать полученные результаты. 3. Сделать выводы по результатам проведенной программы и предложить данную методику для работы в детском специализированном учреждении.

Методы исследования. Для оценки эффективности программы были использованы следующие методы: анализ научно-методической литературы, психологические (рисуночные тесты, тест тревожности), медико-биологические методы исследования (измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, динамометрия, антропометрия), тестирование для определения физической подготовленности и метод математической статистики.

Результаты. В экспериментальной и контрольной группе до проведения программы реабилитации уровень тревожности был высокий, после проведения - в экспериментальной группе отмечался низкий уровень тревожности, в контрольной группе - стал еще выше. После окончания программы у детей из экспериментальной группы отмечалось достоверное снижение числа страхов, агрессивности, антисоциальных и депрессивных тенденций. При анализе уровня физической подготовленности отмечалась положительная динамика в экспериментальной группе, примером явилось выполнение упражнения «Фламинго». После завершения реабилитации мы получили снижение массы тела у детей из экспериментальной группы. У 30% детей из этой группы до начала эксперимента отмечалась избыточная масса тела, через 6 месяцев - у 17%. Положительная динамика отмечалась и при выполнении динамометрии. За период исследования только у 8,3% детей экспериментальной группы отмечались случаи острых респираторных

инфекций, по сравнению с контрольной группой (30%). Таким образом, можно сделать заключение о том, что резистентность детей в экспериментальной группе улучшилась.

Выводы. В результате дополнения программы реабилитации детской йогой и фитбол – гимнастикой у детей из экспериментальной группы отмечалось: 1) достоверное снижение уровня личностно-ситуационной тревоги; 2) улучшение некоторых показателей психоэмоционального статуса; 3) увеличение общего уровня физической подготовленности; 4) оптимизация уровня резистентности. Специальная программа реабилитации оказалась эффективной и дала положительные результаты.

Литература:

1. Беляева Л. М. Педиатрия. Курс лекций.// Л. М. Беляева.- М.: Мед. Лит., 2011.-568 с.: ил. – с. 168-169.
2. Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен: Тест тревожности: Учебно – методическое пособие. Сост. И. Б. Дерманова. – 2002. -3 – 14.
3. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты.: иллюстрированное руководство – Минск, 2003.- 347 с.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Герасименко А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Харченко О.Ф.

Введение. Соединительная ткань широко представлена в пищеварительной системе, поэтому при синдроме дисплазии соединительной ткани желудочно-кишечный тракт и желчевыводящая система вовлекаются в патологический процесс одними из первых. Дальнейшее изучение данной патологии является важной задачей.

Цель – выявить фенотипические и висцеральные проявления соединительнотканной дисплазии у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Нами было обследовано 96 детей в возрасте от 5 до 18 лет с установленным диагнозом БА. Все дети обследованы по стандартной методике (общеклинические анализы, ФГДС, УЗИ, осмотр узких специалистов).

Результаты. По данным УЗИ, изменения со стороны желчного пузыря (перегибы, перетяжки тела, дна, выходного отдела) были выявлены у 42% детей. I и II варианты билиарного сладжа диагностированы у 2/3 детей с дисфункцией билиарного тракта, сократительная функция желчного пузыря была снижена у 60% детей. Утолщение стенки желчного пузыря до 3 мм отмечалось у 1% детей, а ее уплотнение – у 2%. В 66% случаев дисфункция билиарной системы сочеталась с другими проявлениями синдрома соединительнотканной дисплазии органов пищеварения. Так, дуоденогастральный и гастроэзофагальный рефлюксы диагностированы у 68,2% пациентов, недостаточность кардии и привратника – у 21,9%, грыжи пищеводного отверстия – у 4,8% детей. У 75% детей с выявлен реактивный панкреатит.

У большинства детей отмечались разнообразные и различной степени выраженности диспластические нарушения костно-связочного аппарата. У половины – висцеральные признаки дисплазии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем.

Таким образом, вышеуказанная патология у детей с бронхиальной астмой требует своевременной диагностики, динамического наблюдения специалистов, обоснованного лечения и коррекции питания.