

МАТЕРИАЛЫ  
III МЕЖДУНАРОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
**«ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ»**

ЧАСТЬ I



Полесский государственный университет,  
г.Пинск, Республика Беларусь,  
19 - 20 мая 2011 года

**Национальный банк Республики Беларусь  
Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Полесский государственный университет  
Белорусский государственный университет  
физической культуры  
Научно-исследовательский институт  
физической культуры и спорта**

**МАТЕРИАЛЫ  
III МЕЖДУНАРОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
“ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ”**

**Часть I**

**Полесский государственный университет,  
г. Пинск, Республика Беларусь,  
19 – 20 мая 2011 г.**

**Пинск 2011**

УДК 61  
ББК 51.204.0  
3 46

Редакционная коллегия:  
**Шебеко К.К.** (гл. редактор),  
**Власова С.В., Врублевский Е.П., Масловский Е.А.,**  
**Усоский В.Н., Цвирко Л.С., Шебеко Л.Л.**

**346 Здоровье для всех:** материалы третьей международной научно-практической конференции, УО “Полесский государственный университет”, г. Пинск, 19-20 мая 2011 г./ Национальный банк Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К.К. Шебеко [и др.]. – Пинск: ПолесГУ, 2010. – 320 с.

ISBN 978-985-516-157-9

Приведены материалы участников третьей международной научно-практической конференции “Здоровье для всех”.

Материалы изложены в авторской редакции.

УДК 61  
ББК 51.204.0

ISBN 978-985-516-157-9

© УО “Полесский  
государственный университет”, 2011

У дошкольников отмечена отличная сформированность стереотипа правильной осанки и силовая выносливость мышечного корсета.

Лопатки плотно прилегали к грудной клетке. Физическое развитие рассматривалось как выше среднего и высокое.

**Следует так же отметить**, что 50 % наших выпускников по специализации «Физическая реабилитация» ежегодно поступают и успешно работают в ДООУ, в школе со спецгруппами, а так же с различными категориями населения в фитнесклубах г. Коломна и Москвы, 10% специалистов - защищают кандидатские диссертации.

#### Литература:

1. Бурмистрова, Н. И. Формирование осанки у 6-7-летних школьников в различных формах физического воспитания: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Нина Ивановна Бурмистрова. – М., 1992. – 25с.
2. Бурмистрова, Н. И. Осанка под контролем/Н.И.Бурмистрова//Физическая культура в школе. -1996-№10.-С-12.
3. Граевская Н.Д., Долматова Т.И. Спортивная медицина: Курс лекций и практических занятий. Учеб. пособие. - М.: Советский спорт, 2004.-С. 58-94.
4. Смагин О.В. Роль социально-гигиенических факторов в формировании осанки детей дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук./О.В. Смагин. - М., 1979-20с.
5. Яралов – Яроланц В.А. Некоторые особенности детской стопы по данным массовых обследований// ортопедия, травматология, протезирование. -1969.-№1 С.73-76.

### СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ

Е.С. Варнель<sup>1</sup>, В.Н. Кемежук<sup>1</sup>, Т.А. Лашковская<sup>2</sup>,  
И.Е. Маркевич<sup>1</sup>, В.М. Анина<sup>1</sup>, Л.П. Сытько<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Областной диспансер спортивной медицины, Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь

**Введение.** Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) у спортсменов в настоящее время привлекает к себе внимание в связи с риском таких осложнений, как нарушения ритма сердца, тромбоэмболия различных сосудов и внезапная сердечная смерть [2,3]. Частота диспластического сердца составляет 86% среди лиц с первичной недифференцированной дисплазией соединительной ткани [1]. По современным представлениям к синдрому ДСТС относят пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, открытое овальное окно, эктопически крепящиеся хорды, повышенная трабекулярность левого желудочка и другие [1,3].

Международная федерация спортивной медицины рекомендует спортсменам с пролапсом митрального клапана (ПМК) после тщательного сбора и анализа семейного анамнеза проводить клинические и эхокардиографические исследования, а также холтеровское мониторирование и максимальное нагрузочное тестирование в динамике. Течение ПМК у спортсменов, как правило, носит благоприятный характер [4]. Однако, есть вероятность, что высокоинтенсивные спортивные нагрузки могут усугублять течение данного состояния [5].

**Целью** работы явилось выявление влияния физических нагрузок на динамику ПМК у спортсменов.

**Методы исследования.** Всего выбран для обследования 101 спортсмен с пролапсом митрального клапана I степени (29 девушек - 28,7% и 72 юношей - 71,3%) в возрасте от 12 до 25 лет различной квалификации: мастера спорта – 16 человек (15,8%); кандидаты в мастера спорта – 24 человека (23,8%); I взрослый спортивный разряд – 15 человек (14,9%); II взрослый спортивный разряд – 12 человек (11,2%); III взрослый спортивный разряд – 15 человек (15,8%); без разряда – 18 человек (17,8%). Пролапс митрального клапана был выявлен при проведении плановых углубленных медицинских осмотрах.

У наблюдаемых спортсменов было различное количество тренировок в неделю: 3–4 тренировки в неделю – у 22 человек (21,8%); 5–7 тренировок в неделю – у 41 человека (40,6%); 8–10 тренировок в неделю – у 38 человек (37,6%). Длительность каждой тренировки – 1,5–2 часа. Жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы обследуемые спортсмены не предъявляли.

Всем спортсменам в динамике наблюдения проведено эхокардиографическое исследование ультразвуковым аппаратом HDI-1500 (Philips, USA) кардиологическим датчиком с частотой 2-4 Мгц по общепринятой методике с использованием доплеровского картирования, импульсного и непрерывного доплеров. При оценке наличия пролапса митрального клапана учитывалась регистрация провисания одной или обеих створок на 4 мм и более в двух эхокардиографических позициях: апикальной четырёхкамерной и парастернальной по длинной оси. При оценке митральной регургитации учитывалась площадь и скорость регургитирующей струи. Всем обследованным спортсменам регистрировалась электрокардиограмма, оценивалось физическое развитие, анализировалась сопутствующая патология.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При выполнении эхокардиографии у всех обследованных спортсменов выявлен ПМК I степени в сочетании с дополнительными хордами в полости левого желудочка (от одной до нескольких). У 60 человек с ПМК (59,4%) была зарегистрирована митральная регургитация I степени; у 41 человека (41,6%) – митральная регургитация не определялась.

Размеры камер сердца у 93 человек (92%) были в пределах возрастной нормы, у 8 человек (8%) наблюдалась незначительная дилатация левого желудочка. При оценке физического развития установлено, что выше среднего физическое развитие имели 23 человека (23%); среднее – 76 человек (75%); ниже среднего – 2 спортсмена.

Изменения на ЭКГ выявлены у 40 спортсменов (39,6%) с ПМК: неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 14 человек (35%); предсердный ритм – у 10 (25%); укорочение интервала PR – у 3 человек (7,5%); АВ-блокада I степени – у 5 человек (12,5%); парциальный феномен предвозбуждения желудочков – у 3 человек (7,5%); синдром ранней реполяризации желудочков – у 5 человек (12,5%). Изменения на ЭКГ выявлялись чаще у спортсменов с ПМК I степени и наличием митральной регургитации I степени – 29 человек (72,5%).

У 71 спортсмена (70,3%) с ПМК имелась сопутствующая патология: сколиотическая осанка у 25 человек (24,8%); плоскостопие I-II степени у 18 чел (17,8%); миопия слабой степени у 8 человек (7,9%); хронический тонзиллит у 7 чел (6,9%); сколиоз I степени у 5 человек (7%); искривление носовой перегородки у 5 человек (7%); хронический гастрит в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии у 3 человек (4,2%); деформация грудной клетки у 2 человек (2,8%); юношеский остеохондроз, сочетающийся с грыжами Шморля и спондилезом у 2 человек (2,8%), варикоцеле у одного спортсмена (1,4%). У 5 спортсменов (7%) имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

С профилактической целью 89 спортсменам с ПМК I степени и /или имеющим изменения на ЭКГ назначалось курсовое лечение с использованием препаратов магния, милдроната, рибоксина, поливитаминов с микроэлементами в течение месяца – 2 раза в год, с контролем ЭКГ после проведенного лечения.

Контрольное эхокардиографическое исследование проводилось всем спортсменам с ПМК ежегодно.

При повторном эхокардиографическом исследовании было выявлено, что у 69 спортсменов (68,3%) с ПМК I степени, ультразвуковая картина сердца не изменилась. У 17 человек (16,8%) ЭХО-картина улучшилась - данных за ПМК не выявлено.

У 15 спортсменов с ПМК (14,9%), у которых ранее диагностирован ПМК I степени без митральной регургитации, при повторном эхокардиографическом исследовании степень ПМК не изменилась, но появилась митральная регургитация I степени (отрицательная динамика). Из 15 человек с отрицательной динамикой на УЗИ 13 спортсменов имели различную степень интенсивности тренировочных нагрузок (от 3 до 10 раз в неделю) и разный уровень спортивной квалификации, а также у них выявлено наличие других признаков дисплазии соединительной ткани: сколиотическая осанка (8 человек), сколиоз (3 человека), юношеский остеохондроз, сочетающийся с грыжами Шморля и спондилезом (2 человека), плоскостопие I-II степени (3 человека), варикоцеле (1 человек), и только 2 спортсмена имели высокоинтенсивные нагрузки (тренировки 10 раз в неделю по 2 часа) и разряд мастера спорта. У 4 спортсменов этой группы отмечалось сочетание различных маркеров дисплазии соединительной ткани. Все 15 (100%) спортсменов имели среднее физическое развитие.

#### **Выводы:**

1. Занятия спортом у подавляющего большинства спортсменов (85,1%) не оказывают отрицательного воздействия на степень пролабирования митрального клапана. Течение пролапса мит-

рального клапана у спортсменов, в том числе имеющих интенсивные физические нагрузки, носит благоприятный характер.

2. Отрицательная динамика пролапса митрального клапана (присоединение митральной регургитации I степени), определяется у спортсменов, имеющих другие маркёры дисплазии соединительной ткани.

3. Спортсменам, имеющим пролапс митрального клапана, а также изменения на ЭКГ, показано профилактическое курсовое назначение кардиометаболических препаратов, витаминно-минеральных комплексов, препаратов магния не реже двух раз в год продолжительностью не менее месяца.

#### Литература:

1. Верещагина Г.Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению: методическое пособие для врачей / Г.Н.Верещагина. – Новосибирск, 2008. – 37 с.

2. Гнусаев С.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей / С.Ф. Гнусаев [и др]. - Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2006.-№4.- с.20-24.

3. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов / Г.И.Нечаева. И.А.Викторова. – Омск: Типография Бланком, 2007. – 2007. – 188 с.

4. Особенности врачебного контроля за спортсменами с пролапсом митрального клапана: методические рекомендации. / А.Г. Мрочек [и др]; под ред. А.Г. Мрочека. – Минск: ГУ «РУМЦ ФВН», 2007. – 32с.

5. Спортивная медицина / Г.А. Макарова [и др]; под ред. Г.А. Макаровой. – Москва: Советский спорт, 2008. – 480 с.

## КОРРИГИРУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**И.В. Василевский**

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь,  
[igor.vasilevski@mail.ru](mailto:igor.vasilevski@mail.ru)

**Введение.** Здоровье и благополучие детей и подростков – главная забота семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние культуры и науки. В последние годы здоровье детей и подростков стало предметом особой тревоги общества. И это понятно, поскольку последствия негативных тенденций состояния здоровья подрастающего поколения касаются таких фундаментальных ценностей как трудовой, оборонный, репродуктивный и интеллектуальный потенциалы страны [1,2]. Выступая с ежегодным посланием к бело-русскому народу и Национальному собранию 29 апреля 2008 года, Президент Республики Беларусь Александр Григорьевич Лукашенко заявил: "Сегодня в стране нормальное здоровье имеет только каждый десятый школьник, а 30% детей страдают хроническими заболеваниями".

**Основной материал.** В соответствии с темой сообщения следует вспомнить суть основополагающих терминов:

1. Адаптация - приспособление; приспособляемость (от лат. Adaptatio – приспособление, англ. Adaptation).

2. Адаптация – это комплекс морфофизиологических и поведенческих особенностей особи, популяции или вида, обеспечивающий: успех в конкуренции с другими видами, популяциями и особями; устойчивость к воздействиям различных факторов как внутренней, так и внешней среды.

Адаптивная реакция организма. В биологии – это процесс приспособления организма и его функций к меняющимся условиям среды. Адаптивная реакция организма определяется врожденной и приобретенной приспособительными реакциями организмов на а) клеточном, б) органном, в) системном и

г) организменном уровнях. В связи с вышесказанным следует вспомнить о том, что любое патологическое состояние (болезнь), включая и стадию различных функциональных нарушений характеризуется срывом компенсаторно-адаптационных механизмов (адаптационных возможностей), что не позволяет им адекватно реагировать на различные неблагоприятные факторы внутренней и внешней среды [3].