

лечения, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), биохимический анализ крови: креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, общий холестерин, общий белок и его фракции, триглицериды, общий билирубин в эти же сроки. Статистическая обработка результата выполнена с помощью программы Excel Microsoft (версия 7,0).

Результаты. В начале исследования все 35 пациентов находились в стадии декомпенсации углеводного обмена (уровень HbA1c колебался от 9,2% до 16,4% (в среднем $12,7 \pm 3,7$), с уровнем гликемии натощак $> 15,0$ ммоль/л, также у большинства пациентов была констатирована дислипидемия. После назначения глимепирида компенсация углеводного обмена ($HbA1c < 7,0\%$) была достигнута к концу 180 суток у 23 человек (66%), у 12 пациентов (34,0%) констатирована субкомпенсация ($HbA1c$ – от 7,0 до 8,0%). В конце исследования наблюдалась и нормализация липидограммы у 55,2% пациентов (19 человек).

Выводы: таким образом, при назначении пациентам СД 2 перорального сахароснижающего препарата глимепирид нами констатировано достоверное снижение уровня HbA1c (до 7,0%), глюкозы натощак и среднесуточной гликемии. В Республике Саха (Якутия) глимепирид является препаратом выбора для проведения консервативного лечения пациентов СД 2, особенно в стадии декомпенсации диабета ($HbA1c > 9,0\%$).

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Гарбуз И.Ф.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Локтевой сустав у детей является сложной анатомической структурой, в связи с чем, реабилитационное лечение как после оперативного вмешательства, так и после закрытой репозиции костных отломков с транскутаной фиксацией спицами сложен и специфичен. Восстановление функции сустава должно начинаться как можно скорее, после наложения гипсовой повязки. Комплекс восстановительного лечения у этих больных зависит от времени, прошедшего с момента повреждения и характера самого повреждения. В связи с чем, восстановительное лечение условно делится на три периода:

Первый период – период пребывания больной конечности в иммобилизации;

Второй период – период после снятия иммобилизации (3 недели);

Третий период – период начала нагрузки травмированной конечности.

Цель исследования – определить оптимальный и эффективный вариант реабилита-

ционного лечения детей после травмы локтевого сустава.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились 88 ребенка различного возраста и пола, перенесших травму локтевого сустава, из которых: чрезмышелковый перелом плечевой кости – 19; перелом головки мышелка плечевой кости – 16; надмышелковый перелом плечевой кости – 13; апофизиолиз медиального надмышелка плечевой кости – 15; перелом шейки лучевой кости – 10; вывих костей предплечья – 15. Всем больным произведены, в зависимости от диагноза, сложные вмешательства с последующей иммобилизацией до 30 дней.

В первом периоде после наложения гипсовой повязки назначалась лечебная физкультура в виде статического напряжения мышц травмированной конечности, движение пальцами кисти и обязательно как можно больше двигать здоровой конечностью. Параллельно больные дети получали щадящий, отвлекающий массаж в виде поглаживания пальчиков травмированной конечности, рефлекторно-сегментарный массаж здоровой конечности. Эффективность реабилитации повышается при одновременном применении и физиотерапевтических методов, как тепло-, свето- и электролечение.

После снятия гипсовой повязки и после удаления фиксаторов начинался второй период реабилитации. Назначались щадящие лечебные упражнения:

1. Нефорсированные сгибательно-разгибательные движения в локтевом суставе, ротационные движения предплечья, активные движения в лучезапястном суставе и движения пальчиков.

2. Поверхностный массаж мышц предплечья и плеча с максимальной защитой области локтевого сустава с последующим переходом на более глубокий массаж. Процедура всегда начинается с пальчиков и постепенно, незаметно для больного ребенка продвигается в проксимальную сторону. Лечебные упражнения должны проводиться нежно, в форме игры, создавая больному ребенку положительные эмоции.

3. Параллельно больной ребенок получает теплые отвлекающие ванны на травмированный локтевой сустав; электрофорез с новокаином на локтевой сустав. Весь этот период у ребенка травмированная рука находится на косынке.

Спустя 3 недели снимается косынка и начинается третий период восстановительного лечения, начинаются более активные движения в локтевом суставе самим ребенком под контролем методиста, и до появления нежных неприятных ощущений, этой рукой больной начинает пользоваться; получает массаж мышц кисти предплечья и плеча. Массаж выполняется в полном объеме, начиная от разминания и кончая тонизирующим этапом массажа. Массаж выполняется в сочетании с лечебными упражнениями

для локтевого сустава. Параллельно получает на область локтевого сустава парафиновые аппликации; электрофорез с NaCl или KI. Запрещается насильственное разгибание или сгибание в локтевом суставе, носить этой рукой тяжести.

Обсуждение материалов. Из всех 88 больных детей, которые получали вышеуказанное лечение только 70 (80%) – функция в локтевом суставе восстановлена в полном объеме уже через 2,5–3 месяца. 13 детей получали с первого дня форсированную разработку с тонирующим массажем мышц конечности; парафиновые аппликации; электрофорез с раствором лидазы. На контроле через месяц объем движений в пределах 30–40 градусов. Ребенок боится врача, шадит больную руку, при попытке определить объем движений в суставе определяется стойкая психогенная сгибательно-разгибательная контрактура. Произведена коррекция реабилитационного лечения. 4 больных выполнили рекомендации и спустя 4 месяца функция восстановлена на 85–90%; у 9 больных, которые лечились собственным способом, пренебрегая педиатрической спецификой, функция восстановлена полностью спустя 6 месяцев; у 6 больных сгибание до 45 градусов, разгибание до 170 градусов.

Выводы

– В отличие от взрослых, детский организм не переносит насилия при разработке функции суставов, что необходимо учитывать при назначении реабилитационного лечения;

– Необходимо считаться и с психоэмоциональным фактором ребенка, который играет первостепенную роль при восстановлении функции сустава;

– Разработка функции локтевого сустава должна быть щадящей, нежной, дозированной – лучше всего в форме игры;

– После каждой разработки необходимо показать маленькому пациенту его результативность.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

¹Довлатов З.А., ^{1,2}Лоран О.Б., ^{1,2}Серегин А.В.

¹Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru;

²Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

По поводу стрессового недержания мочи у 698 женщин 42–68 лет применены следующие варианты sling-операций: TVT – в 167 (23,9%) случаях, TVT-O (Gynecare) – 359 (51,4%), TVT-O (Monarch) – 105 (15%), TVT Secur – 67 (9,6%). Медиана сроков наблюдения составила 59, 56, 54 и 49 месяцев после TVT, TVT-O (Gynecare), TVT-O (Monarch) и TVT Secur соответственно. При оценке эффективности лечения при указанных сроках наблю-

дения с помощью кашлевой пробы и 1-часового Pad-теста успех (отсутствие подтекания мочи) выявлен в 92,2; 93,3; 91,4 и 92,5% случаев после TVT, TVT-O (Gynecare), TVT-O (Monarch) и TVT Secur соответственно. Субъективную оценку результатов проводили с помощью опросника с тремя вариантами удовлетворенности лечением: не удовлетворена, удовлетворена, очень довольна. Последние два варианта ответа расценивали как показатель эффективности лечения, что имело место в 90,4; 91,1; 89,5 и 91,0% случаях после TVT, TVT-O (Gynecare), TVT-O (Monarch) и TVT Secur соответственно. Различий между данными видами операций различий по указанным показателям эффективности не обнаружено. Таким образом, с помощью объективных и субъективных критериев показана высокая эффективность sling-методик в коррекции стрессового недержания мочи у женщин.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

Курашова О.Н., Кулишова Т.В., Курашова Е.В.
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул,
e-mail: kurortendo145@yandex.ru

Цель работы – провести анализ комплексного лечения пациентов с артериальной гипертензией при метаболических нарушениях на основе сочетанной курортной терапии и медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Для изучения возможности применения сочетанной бальнеотерапии и медикаментозного лечения у 37 пациентов с артериальной гипертензией при метаболических нарушениях на курорте Белокуриха проводилось клинико-функциональное обследование с последующей коррекцией проявлений сердечно-сосудистой патологии, вегетативной регуляции; анкетирование, интервьюирование, антропометрическое и клиническое обследование пациентов с определением индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и бедер, систолического и диастолического артериального давления (АД); биохимическое исследование крови (холестерин, глюкоза, ХС ЛПВП) – исходно и перед выпиской.

Полученные результаты. Критерии отбора-средний возраст 37 пациентов (мужчин) с указанными расстройствами в исследуемой группе составил $48,2 \pm 2,14$ лет, с давностью заболевания от 5 до 20 лет: АГ 1 ст. имели 82,6%; АГ 2 ст. – 17,4%. При этом у 84,6% больных наблюдалось ожирение андреноидного типа, окружность талии превышала 90 см. Показатель ИМТ в среднем составил $34,6 \pm 0,9$ кг/м². Контроль артериального давления показал исходное наличие колебаний в пределах от 151/90 до 170/110 мм рт.ст. Средний уровень общего