

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

холестерина составил $6,62 \pm 0,43$ ммоль/л, наличие толерантности к глюкозе было у 8 пациентов, отмечалась гиперсимпатикотония (58,6%) и симпатикотония (25,1). Рекомендована диета с дробным питанием, бальнеотерапия, массаж, дозированная ходьба, медикаментозная коррекция – по схемам для двух групп. Достоверные результаты и комплекс лечения подтвердили важность комплекса терапии на курорте.

Заключение. Таким образом, при определении комплекса лечения пациентам с артериальной гипертонией и метаболическими нарушениями на курорте необходимо включать бальнеотерапию, физическую нагрузку, дробное диетическое питание с медикаментозным лечением; учитывать наличие гиперлипидемии, отклонений показателей индекса массы тела, АД, округлости талии и бедер.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОЦЕНКИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ
ОРГАНИЗМА – ПРИОРИТЕТНОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Курзанов А.Н., Заболотских Н.В.,
Ковалев Д.В., Бузиашвили Л.А.

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Краснодар, e-mail: kurzanov@mail.ru*

Дано определение функциональных резервов организма с позиции динамичного принципа их организации, как открытой мультипараметрически-саморегулируемой системы, обеспечивающей должную оперативность и достаточность адаптивных переменных по отношению к имеющимся воздействиям на организм. Констатировано, что развитие методологии оценки функциональных резервов организма, а также функциональных состояний, пограничных между здоровьем и болезнью – важнейшее научное направление клинической физиологии, основанное на современных представлениях о гомеостазе, адаптации, теории функциональных систем и механизмах регуляции жизнедеятельности человека. Приведены данные о существующих подходах к оценке функциональных резервов и адаптивных возможностях организма с использованием функционально-нагрузочных тестов и, в том числе, анализа вариабельности сердечного ритма, пробы сердечно-дыхательного синхронизма и ряда других методов.

В словаре физиологических терминов [11] дано следующее определение: «Функциональные резервы – это диапазон возможного уровня изменений функциональной активности физиологических систем, который может быть обеспечен активационными механизмами организма. Функциональные резервы могут быть

связаны с изменением энергетики обмена, что характерно для ткани и органа, а функциональные резервы системы и организма в целом формируются, благодаря перестройке систем регуляции и включению в функциональную систему новых дополнительных структур или замене одной формы реакции на другую. Функциональные резервы – это, прежде всего, резервы регуляторных механизмов».

Функциональные резервы организма определяют диапазон надежности его функциональных систем, в котором при нарастании нагрузки не происходит нарушения функций органов и систем органов. Потенциальные возможности функциональных резервов заложены в генотипе человека.

Морфофункциональной основой функциональных резервов организма (ФРО) являются структурно-функциональные единицы тканей и органов в совокупности всех составляющих их компонентов и систем регуляции их деятельности. Их функционирование на уровне, обеспечивающем текущие потребности организма, поддержание его гомеостаза и должного объема регуляторно-адаптивных возможностей – главный показатель достаточности ФРО. Достаточность имеющихся в организме ФРО определяет состояние здоровья и трудоспособность человека. Возможности адаптации во многом определяются целесообразной способностью организма к использованию функциональных резервов и в значительной мере зависят от величины ФРО.

ФРО в ходе адаптивных реакций, обеспечивающих его жизнедеятельность, непрерывно расходуются на поддержание равновесия между организмом и средой и также непрерывно восполняются. ФРО формируются, прежде всего, за счет взаимосвязанных энергетических, метаболических и информационных ресурсов, имеющих свою структурную основу. Временную организацию ФРО можно представить как диалектическое единство процессов их мобилизации и восполнения, а поскольку живая система является неравновесной, то в каждый момент существования организма имеют место некоторые различия между параметрами расходования и восполнения ФРО.

Такой динамичный принцип организации ФРО обеспечивается постоянным достижением компромисса между процессами их мобилизации и восполнения путем автоматической саморегулируемой оптимизации всех компонентов поддержания и улучшения функционирования его органов и систем в соответствии с текущими потребностями и возможностями при постоянном воздействии разнообразных факторов внешней и внутренней среды. С этих позиций функциональные резервы организма определены, как «открытая мультипараметрически-саморегулируемая система, настраивающаяся в ходе