

Однако, несмотря на значительное разнообразие методов коррекции гинойдной липодистрофии, большая часть их не позволяет добиться желаемых результатов, что свидетельствует о низкой эффективности воздействия на основные звенья патогенеза, а хирургические методы имеют жесткие противопоказания и достаточно длительный восстановительный период. Таким образом, поиск и разработка новых средств коррекции проявлений гинойдной липодистрофии является актуальной задачей отечественной фармации.

Наиболее полно современным медико-биологическим требованиям отвечают препараты природного происхождения, т.к. обладают высокой эффективностью, безопасностью, хорошей переносимостью в терапевтических дозах, широким диапазоном лечебных свойств, отсутствием побочных эффектов, что позволяет использовать их в качестве симптоматического и профилактического лечения, в том числе и при назначении продолжительных курсов. Нами предложен растительно-грязевой препарат для наружного применения, обладающий антицеллюлитным действием.

Грязелечение можно считать универсальным методом терапии, поскольку спектр заболеваний, при которых наблюдается положительный эффект, достаточно широк. Взаимопотенцирующее действие факторов пелоидотерапии (теплого, механического и химического) обуславливает выраженный терапевтический эффект грязей, который вызывает усиление естественных адаптационных реакций организма. Лечебные грязи издавна известны своими лечебно-косметическими свойствами. Но лишь сравнительно недавно было изучено их воздействие на тело человека. Так, лечебная грязь долго удерживает тепло и во время процедуры медленно отдает его телу. Биологическое действие грязи проявляется в расширении сосудов и ускорении крово- и лимфообращения. Кроме того, лечебные грязи содержат богатейший природный комплекс биологически-активных веществ – минеральные и органические соединения, витамины и биогенные стимуляторы, оказывающие влияние на жировой обмен, нарушения которого и лежат в основе развития целлюлита. Отличительной особенностью «Тинакской» грязи месторождения «Озеро «Лечебное», расположенного в Астраханской области, является воздействие на грубые соединительнотканые волокна, которыми «прорастает» жировая ткань, которые и придают коже «бугристый» вид «лимонной корки». При регулярном применении лечебной грязи эти волокна истончаются. Кроме того, благодаря своим адсорбирующим свойствам, применение грязи способствует очищению кожи. Важно подчеркнуть, что комплекс минеральных веществ, которыми богата «Тинакская» грязь, стимулирует тонус кожи, повышая ее эластичность и придавая ей упругость.

В качестве растительного компонента антицеллюлитного препарата наше внимание привлечен имбирь лекарственный (*Zingiber officinale*), имеющий достаточно широкую биологическую активность. Доказано, что в корне имбиря содержатся витамины А, В₁, В₂ и С, микро- и макроэлементы (цинк, натрий, калий, железо, соли магния, фосфора, кальция), а также все необходимые человеческому организму аминокислоты (триптофан, треонин, лейзин, метионин, фениланин, валин). Содержащиеся в имбире 6-гингерол и 6-шогаол, являющиеся основными компонентами эфирного масла, проявляют противовоспалительную активность, улучшая кровообращение. Установлено также, что биологически-активные вещества имбиря тонизируют верхние слои эпидермиса, способны проявлять антиоксидантные, ангиопротекторные, противоотечные и лимфодренажные свойства, что позволит активно воздействовать на все проявления гинойдной липодистрофии.

Принимая во внимание тот факт, что «Тинакская» грязь и имбирь лекарственный (*Zingiber officinale*) обладают выраженным антицеллюлитным действием, вполне обосновано, что применение их в виде композиционного препарата сопровождается потенцированием лечебно-косметического эффекта, что позволяет расширить и оптимизировать уже существующие подходы к лечению гинойдной липодистрофии.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ ИНСУЛИНА – ГЛАРГИН ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Гагарин В.И.

ГБУ РС (Я) «Республиканская больница № 3»,
Якутск, e-mail: opdoymk@mail.ru

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения Республики Саха (Якутия). Одним из современных подходов в лечении сахарного диабета 2 типа (СД 2) считается использование препаратов инсулина при уровне HbA_{1c} выше 9%.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата инсулина гларгин, внедренного в нашем стационаре в 2005 году для лечения пациентов СД 2, переведенных на инсулинотерапию.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 35 пациентов (24 женщин и 11 мужчин) с СД 2 в возрасте от 54 до 72 лет Средний возраст пациентов составил 63 + 9 лет, длительность диабета от 6 месяцев до 12 лет (в среднем 6,7 + 5,3). Индекс массы тела – 32,6 + 5,1 кг/м².

Всем пациентам в начале курса лечения назначали одноразовое подкожное введение гларгина по 8–16 ед. в сутки с постепенным пошаговым подбором дозы. В среднем суточная доза

препарата составила 12–16 ед. в сутки, а максимальная – 30–32 ед.

Произведены следующие клинические и лабораторные тесты: осмотр эндокринолога, оценка гликемии натощак, гликемический профиль в начале исследования и через 30 и 180 суток лечения, уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, 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 HbA_{1c} колебался от 9,2% до 16,4% (в среднем 12,7 + 3,7), с уровнем гликемии натощак > 15,0 ммоль/л, также у большинства пациентов была констатирована дислипидемия. После назначения гларгина компенсация углеводного обмена (HbA_{1c} < 7,0%) была достигнута к концу 180 суток у 23 человек (66%), у 12 пациентов (34,0%) констатирована субкомпенсация (HbA_{1c} – от 7,0 до 8,0%). В конце исследования наблюдалась и нормализация липидограммы у 55,2% пациентов (19 человек).

Выводы: таким образом, при переводе пациентов СД 2 с лечения пероральными сахароснижающими препаратами на препарат инсулина – гларгин нами констатировано достоверное снижение уровня HbA_{1c} (до 7,0%), глюкозы натощак и среднесуточной гликемии. В Республике Саха (Якутия) гларгин (лантус) является препаратом выбора для проведения интенсивной стратегии инсулинотерапии пациентов СД 2, особенно в стадии декомпенсации диабета (HbA_{1c} > 9,0%).

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф., Старосоцкая С.И.

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru*

Актуальность: В последние годы прослеживается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения (КС). Эксперты ВОЗ считают, что процент кесаревых сечений по отношению к естественным родам не должен превышать 15%. В России этот показатель составляет 17–18% ко всем родам. В нашей районной больнице частота КС последние 3 года находится примерно на одном уровне с 20,5% в 2010 году до 20,3% в 2012 году.

Состояние детей в периоде новорожденности в значительной степени обусловлено показаниями к операции КС, видом анестезии (многокомпонентная или регионарная), срочностью оперативного вмешательства, степе-

нью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы. Данный вопрос актуален, т.к. дети, рожденные путем КС, чаще испытывают нарушения адаптации, имеют более высокий уровень заболеваемости, высокий риск неонатальной смертности. Тяжесть состояния на момент рождения у детей, рожденных оперативным путем больше, перевод на второй этап выхаживания и в лечебные учреждения 3-го уровня чаще, чем при самостоятельных родах. Все это свидетельствует об особенностях детей, рожденных путем ОКС, требующих специального комплекса мероприятий по выхаживанию таких новорожденных в ранний неонатальный период и дальнейшего индивидуального наблюдения.

Материалы и методы. Для сравнительного анализа использованы 1656 историй развития новорожденного, из них 325 рождены путем операции КС с 2010 по 2012 гг., согласно данных архива ГУ «Рыбницкая ЦРБ». Также нами произведен анализ 325 анестезиологических карт и историй родов, завершившихся путем операции КС в ГУ «Рыбницкая ЦРБ».

Согласно представленной документации, показанием к КС были: рубец на матке–24,1%, нарушения родовой деятельности – 22,5%, клинический узкий таз – 12,2%, аномальное расположение плода – 8,8%, гестоз различной степени тяжести – 7%, угроза гипоксии и асфиксии плода – 4,8%, отслойка плаценты – 4,4%, остальные 14,6% приходятся на отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, выпадение петель пуповины, многоплодная беременность, ВИЧ и др. За этот период уровень плановых кесаревых сечений составил 35,7% (116), соответственно на срочные операции приходится 64,3% (209).

При таких показаниях, как предлежание или преждевременная отслойка плаценты, поперечное положение плода средние показатели оценки младенцев по шкале Апгар при рождении были наиболее низкими. В первую очередь, это объясняется значительным числом недоношенных среди данной группы младенцев. Помимо этого, при поперечном положении плода нередко имеется предлежание плаценты или выпадение петель пуповины, что неблагоприятно влияет на состояние новорожденного. При тяжелой экстрагенитальной патологии, явившейся показанием к абдоминальному родоразрешению, также отмечается повышенная частота асфиксии новорожденных среди недоношенных детей. Причиной этого, как правило, является тяжелая соматическая патология, вынуждающая прерывать беременность на ранних сроках (Ахмадеева Э.Н.).

На основании сравнительного анализа 1331 истории развития новорожденных, родившихся при самостоятельных родах, и 325, рожденных путем КС, следует, что на 1-й минуте низкая оценка по шкале Апгар (до 6 баллов