

развития составляющих МС. На любом этапе развития заболевания важны мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, борьбу с избыточной массой тела, перееданием и несбалансированным питанием, оптимизацию двигательного режима путем введения достаточного режима дозированных физических нагрузок, отказ от вредных привычек, соблюдать редуцированную по калориям диету, включение в рацион продуктов с низким гликемическим индексом.

Однако немедикаментозные подходы у большей части детей и подростков зачастую малоэффективны, что приводит к снижению мотивации на выполнение рекомендаций врача. В связи с этим немаловажное значение приобретает «воспитание» рациональных пищевых привычек, поэтому одним из основных терапевтических звеньев лечения ожирения становится обучение правильному стереотипу питания. В процессе обучения формируется концепция умеренного и постепенного снижения массы тела и стабилизация достигнутого положительного эффекта. В совокупности все эти мероприятия направлены на изменение образа жизни. Эффективным и «безвредным» для организма похуданием считается потеря 0,5-1 кг массы тела в неделю (не больше!).

Эффективность лечения метаболического синдрома Х, как любого хронического заболевания, зависит от его давности. Наибольшего эффекта следует ожидать в самом начале порочного круга, когда избыточный вес рассматривается не как эстетическая проблема, а как сигнал к действию.

Список литературы

1. Алешин С. Метаболический синдром Х: состояние высокого риска. Ортомолекулярная медицина 2003, 15-16
2. Алмазов В.А., Благосклонная Я.Б., Шлякто Е.В., Красильникова Е.М.// Метаболический сердечно-сосудистый синдром –СПб.: Издательство СПбГМУ, 1999, 208-209
3. Левинская Л.Н., Метаболический синдром. Особенности гастроэнтерологических проявлений. Журнал «Медицина и экология», 2010, №4(57), 22-23
4. Оганов Р.Г., Александров А.А. Гиперинсулинемия и артериальная гипертензия: возвращаясь к выводам United Kingdom Prospective Diabetes Study. Русский медицинский журнал 2002. 486-491.
5. Старкова Н.Т., Дворяшина И.В. Метаболический синдром инсулинорезистентности: основная концепция и следствие. Тер. Архив, 2004-10. 54-58.
6. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром и артериальная гипертензия. Consillium medicum 2002, 587-590
7. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet 2005; 1415-20.
8. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children 1987. 79-81.

ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Богагырев А.М., Дуркин С.О.

Республиканская клиническая больница №1, Ижевск, Россия, Dustygoldman@gmail.com

Сахарный диабет характеризуется стойким повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, в том числе обмен веществ эпителиальных клеток, что сопровождается повреждением, прежде всего, кровеносных сосудов и дистрофическими процессами в паренхиматозных органах. Приводит к диабетической ангио- и нейропатии. Больные сахарным диабетом имеют высокую склонность к гнойно-воспалительным процессам, что вызывает необходимость гангренной нижних конечностей.

Нередко, оперативные вмешательства по поводу желчнокаменной и мочекаменной болезней, острого аппендицита, опухолей и других сопровождаются выраженной декомпенсацией сахарного диабета, к тому же само оперативное вмешательство, наркоз,

эмоциональная реакция являются стрессовыми факторами, усугубляющими нарушение метаболизма. Склонность к катаболическим процессам, нарушения в иммунной системе, а также наличие ангио-, нейропатий осложняют послеоперационное течение, которое часто сопровождается замедлением заживления и инфицированием ран.

Цель работы: изучить влияние сахарного диабета на развитие послеоперационных осложнений у пациентов.

Задачи. Изучить статистику послеоперационных осложнений у больных сахарным диабетом, на основе которой произвести корреляционное исследование.

Материалы и методы исследования. Истории болезней оперированных пациентов, имевших в анамнезе сахарный диабет и больных без данной патологии.

Результаты исследования. По данным научной литературы несмотря на очевидные успехи современной диабетологии, частота послеоперационных осложнений у больных сахарным диабетом достигает 30-37 %, а послеоперационная летальность — 9-26 %. Однако в ходе проведения статистических исследований, нам удалось установить, что послеоперационные осложнения у больных сахарным диабетом встречаются лишь на 12% чаще, чем у больных без данной патологии. Это обуславливается хорошим уровнем послеоперационной подготовки больных и высоким качеством выполнения самого оперативного вмешательства.

Вывод. Исходя из данных, полученных в ходе работы, мы можем сделать вывод, что больные диабетом при адекватном лечении и хорошо корригируемой гипергликемии имеют такой же риск развития послеоперационных раневых осложнений, как и обычные пациенты.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДЕКСА ТЕПЛОТДАЧИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ РОСТОМ И МАССОЙ ТЕЛА

Зубко Е.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, katia.zubko@ya.ru

Значительное количество работ посвящено изучению теплоотдачи у недоношенных новорожденных. Были выявлены гендерные различия в соматометрических показателях у лиц, относящихся к юношескому возрастному периоду.[1]

Целью настоящей работы явилось изучение показателей теплоотдачи у мелких и крупных доношенных новорожденных города Краснодара.

Материалы и методы. Данные площади и массы тела доношенных новорожденных (52 мальчиков и 52 девочек), вычисленные по формуле М. Рубнера $PTT = Sc/M$ (см²/кг), где М – масса тела новорожденного, а Sc – площадь тела новорожденного, определяющаяся по формуле Ю.Р. Шейх-Заде, П.А. Галенко-Ярошевского(2000) $Sc = d(HM)1/2$ (см²), где Н – длина тела новорожденного.[3] Статистический анализ проводился в рамках программы Microsoft Excel. Различия расценивались как достоверные при $P < 0,05$, т.е. в тех случаях, когда вероятность различия превышала 95%.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были выявлены достоверные различия ПТ между группами крупных и мелких девочек ($654,22 \pm 11,55$ см²/кг и $680,12 \pm 2,59$ см²/кг, соответственно); между группами крупных и мелких