

пациенток I группы и у $91,4 \pm 4,7\%$ во II группе. Через 5 дней после окончания лечения у $26,1\%$ пациенток I группы и у $8,6\%$ пациенток II группы наличие дрожжеподобных грибов сохранялось, а через 30 дней дрожжеподобные грибы были выявлены только у $4,3\%$ пациенток I группы.

Исследование с помощью ПЦР-диагностики содержимого цервикального канала показало, что у пациенток I и II групп в 100% случаев (23 и 35 человек, соответственно) было выявлено наличие *C. albicans*. Проведение ПЦР-диагностики через 30 дней после окончания терапии выявило у $21,7 \pm 6,1\%$ пациенток I группы и у $2,9 \pm 2,9\%$ пациенток II группы наличие *C. albicans* ($p < 0,05$).

Таким образом, в процессе проведенного исследования подтверждена целесообразность сочетания препаратов антимикотического системного и локального действия при лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Использование локальных препаратов позволяет уменьшить кратность использования системных лекарственных средств.

Литература:

1. Серов, В.Н. Рациональная терапия влагалищной инфекции. / В.Н. Серов // Гинекология, – 2005 – № 7 – С. 32-38.
2. Ткаченко, Л.В. Преимущества комбинированной терапии хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита. / Л.В. Ткаченко, С.И. Жукова // Гинекология, – 2006 – № 2 – С. 21-26.
3. Романовская, Т.А. Современная практика и вопросы стандартизации терапии кандидозного вульвовагинита. / Т.А. Романовская // Гинекология, – 2004 – № 1 – С. 18-25.
4. Тихомиров, А.Л. Основные принципы лечения кандидозного вульвовагинита. / А.Л. Тихомиров // Consilium Medicum – 2006 – № 6 (8): – С. 58-62.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Поражения лицевого нерва являются наиболее частой патологией черепных нервов. Частота поражения лицевого нерва (как общего ствола, так и отдельных ветвей) существенно возрастает в ходе пластических операций и эстетических инъекций.

Клиническая картина поражения лицевого нерва (ЛН) хорошо известна и зависит от уровня повреждения и от степени нарушения проводимости. Ведущим симптомом является периферический

парез или паралич мимических мышц соответствующей половины лица, трофические нарушения паретичных мимических мышц.

При невропатии лицевого нерва в случае легких проявлений временная нетрудоспособность (ВН) составляет 20-30 дней, при средней тяжести и тяжелых затягивается до 1,5-2 месяцев и более.

Парез мимической мускулатуры, мышечные контрактуры, а особенно сохраняющийся лагофthalm, не только являются косметическим дефектом, но и препятствуют трудовой деятельности в ряде профессий.

Воспаление роговицы глаза (нейропаралитический кератит), причиной которого у пациентов с поражением лицевого нерва является неспособность полностью закрыть глаз (лагофthalm) и нарушение слезоотделения, в конечном итоге приводит к рубцеванию роговицы, вплоть до потери зрения.

Лечение и восстановление нервно-мышечной функции движения немыслимы без широкого применения ее наиболее адекватного раздражителя – самого движения. Однако чрезмерная нагрузка может привести к перенапряжению пораженной системы и тем самым усугубить течение процесса, а недостаточная не окажет желаемого терапевтического эффекта. Только индивидуально подобранная, строго дозированная, с использованием специальных упражнений лечебная гимнастика (ЛГ) может стать мощным физиологическим фактором воздействия.

Современное и грамотное применение разработанной нами методики лечебной физической культуры и лечения положением в соответствии с периодами заболевания с применением щадящих тейпов позволяет значительно оптимизировать терапевтический результат, избежать возможных осложнений.

Для оценки эффективности разработанной нами методики проведена комплексная оценка клинических и функциональных показателей 46 пациентов в возрасте от 29 до 75 лет, из них 42,4% - мужчины, 57,6% - женщины. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от применения различных методов кинезотерапии и массажа (28 пациентов – 2-я (основная) группа, 18 – 1-я (контрольная). Длительность заболевания к моменту исследования в основном была от 3-х дней до 2-х месяцев.

Пациентам первой группы (18 человек) применялась традиционная лечебная гимнастика без учета давности заболевания и степени пареза. Пациентам второй группы (28 человек) применялась разработанная нами методика лечебной физической культуры, массажа и лечения положением в соответствии с периодами заболевания и степени выраженности функциональных нарушений.

Динамика мимического дефицита при ЛН до и после реабилитации оценивалась по модифицированной нами методике Ф. М. Фарбера (1984 г.) по степеням и баллам. Оценивая эффективность МР пациентов ЛН с применением предложенной нами методики лечебной физической культуры и лечения положением в соответствии с периодами заболевания с применением щадящих тейпов, позволило установить положительную динамику двигательных расстройств у пациентов с различной этиологией заболевания. Эти изменения в состоянии двигательной системы проявлялись уже с первых дней начала реабилитационных мероприятий с использованием адаптированной нами методики: улучшение на один ФК при средней степени пареза наблюдалось со 2-3-го дня, а при тяжелой степени с 3-4-го дня после начала реабилитационных мероприятий.

Результаты МР зависели от степени тяжести поражения. Результаты МР зависели от степени тяжести поражения. Выздоровление и значительное улучшение во 2 группе пациентов с лицевой невропатией составило 52,9% (в 1 группе – 27,2%), улучшение – в 47% случаев (в 1 группе (54,5%), без изменения – 0,1% (1 гр. - 18,3%).

Состояние периферической гемодинамики, по данным РЭГ, при выполнении разработанной нами методики лечебной гимнастики и массажа имело положительную динамику в улучшении регионарного кровообращения сосудов головного мозга, проявляющееся в увеличении РИ в 1,1 раза, снижении тонуса региональных артерий в 1,2 раза, улучшении венозного оттока в 1,3 раза, уменьшении КАС.

Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $48,8 \pm 5,32$.

Таким образом, сравнительный анализ клинических и функциональных показателей позволил установить, что применение разработанной нами методики дает возможность получить устойчивый лечебный эффект у пациентов с невропатией лицевого нерва.

Наблюдались пациенты с разной степенью тяжести. При оценке выраженности клинических симптомов при тяжелой степени пареза более быстрый регресс дефицитарного мимического синдрома наблюдался у пациентов 2-й группы. Уже после 5-го дня реабилитационных мероприятий, включавшего тейпирование, массаж (2-я группа), функции мимических мышц восстанавливались до $32,21 \pm 2,13\%$ (в 1-й группе – $17,23 \pm 2,67\%$). Через 15 дней от начала лечения у пациентов 2-й группы мимика восстанавливалась до $65,23 \pm 6,11\%$, в 1-й группе – до $38,25 \pm 9,32\%$.

Комплексная реабилитация пациентов с применением разработанной методики лечебной физической культуры и лечения положением с применением щадящих тейпов является неотъемлемым и обязательным условием успешного лечения поражений лицевого нерва, позволяющая добиться хороших функциональных и эстетических результатов в 67,2% наблюдений.

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

В.М. Шейбак

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ожог это травма, которая резко меняет жизнь пострадавшего и его близких. Ожог, полученный в детском возрасте, следует рассматривать как критическую ситуацию для ребенка и его семьи. Проблема лечения детей с термическими ожогами достаточно сложна и актуальна. В последнее время наблюдается рост количества поступлений в стационар пациентов с достаточно обширными ожогами. Развитие ожоговой болезни наблюдается в случаях поражения более 5% поверхности тела у детей раннего возраста. При поверхностных ожогах выведение из ожогового шока проводится в отделении интенсивной терапии и в последующем предупреждение стадии токсемии и гнойных осложнений достаточно отработано путем лечения под однослойной марлевой повязкой, с применением антибактериальной терапии, современных методов детоксикации и технических средств, используемых у пациентов с термическими ожогами (кровати Клиниatron, матрасы с обдувом подогреваемым воздухом). Вопросы реабилитации недостаточно разработаны и требуют дальнейшего изучения и внедрения в практику. Иммобилизационный стресс, перевязки, уколы, операции наносят психоэмоциональную травму ребенку, что требует работы психотерапевта с пациентом и его семьей. Почему у одних пациентов образуется гипертрофический рубец, а у других нет, остается загадкой. Общеизвестным фактом является то, что причиной развития гипертрофического рубца может быть и плановая операция с наложением косметического шва, и травма кожи, вследствие термического ожога.

Целью нашей работы является проведение сравнительного анализа формирования рубцов после первичной некрэктомии и аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом, и