

МР начинается с момента острой фазы болезни и продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто максимально возможное устранение физических, психических и профессиональных

Работа с больными при длительной и стойкой потере трудоспособности требует особой деликатности, душевной теплоты, внимания и профессиональной подготовки медицинских сестер. Основные средства реабилитационного воздействия – ЛФК, массаж, физиотерапия – выполняются в основном медицинскими сестрами, или при их участии и контроле. Из организации, творчества, реализации поставленных целей и задач будет вытекать качество и своевременность реабилитационных мероприятий, этим будет обусловлен дальнейший исход.

Медицинская сестра является главной организационно-лечебной должностью на всех или на наиболее ответственных этапах реабилитационного процесса.

Таким образом, медицинская сестра не только творческий организатор сестринского процесса, но и тонкий психолог, создающий благоприятный микроклимат в отделении, способный помочь больному переключиться со своего заболевания на интересы группы, помогает общению и взаимопониманию между пациентами. Медсестра должна вселять веру в больного, в возможность возвращения к труду, к своим семейным обязанностям.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНЫХ МЕТАЭПИФИЗОВ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ**

**Шило Р.С., Вакулич Е.Л.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В. Калугин

Лечение пациентов с переломами голени в области голеностопного сустава, не смотря на достижения травматологии последних лет и

кажущуюся простоту проблемы, зачастую сопровождается рядом тактических ошибок, приводит к неудовлетворительным результатам и сохраняет актуальность для практической травматологии.

Целью данной работы является уточнение показаний к консервативному и оперативному методам лечения переломов дистальных метаэпифизов берцовых костей.

Материал и методы. В данной работе проанализированы истории лечения 37 пациентов с повреждениями голеностопного сустава, находившихся на лечении в ГКО СМП г. Гродно в течение 2001-2005 годов (22 мужчины, 15 женщин). Возраст пациентов составил от 25 до 85 лет. Обследование пациентов проводилось по общепринятым методикам, включающим клиническое, рентгенологическое, инструментальное, лабораторное и медико-статистическое. При постановке диагноза использовали классификацию переломов дистального отдела большеберцовой и малоберцовой костей по системе АО (Мюллер).

Результаты. Отдаленные результаты в сроки от 7 месяцев до 2 лет прослежены у 37-ми пациентов. 27-ми осуществляли оперативное и 10-ти консервативное лечение. Нами использована оценочная система Маттиса. Из 27-ми оперированных пациентов полная функция восстановлена у 15-ти (отличный результат). У 11-ти имелось некоторое ограничение движений в голеностопном суставе, а после длительной нагрузки в той или иной мере отмечались болевые ощущения, которые в большинстве случаев не требовали применения анальгетиков (75-85 баллов по шкале Маттиса, результаты оценены как хорошие). У одного пациента после открытого перелома-вывиха в голеностопном суставе, помимо существенного ограничения движений в голеностопном суставе (при отсутствии ран и восстановленной опорности конечности), сохранялась отечность тканей области голеностопного сустава, болевые ощущения после нагрузки на конечность. Средняя величина тыльной флексии в группе

оперированных пациентов составила 8,5+-1,5 градуса, подошвенной флексии - 24+-2 градуса.

Из 10-ти пациентов, которым проводили консервативное лечение, полная функция восстановлена у 7-ми (по системе Маттиса- 85-95 баллов) – отличные результаты, у 3-х имелся функциональный дефицит (70-75 баллов) – удовлетворительные результаты. Средняя величина тыльной флексии в группе пациентов, пролеченных консервативно, составила 8+-1,5 градуса, подошвенной флексии – 22+-2 градуса.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПОКОЯ В  
ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВЕДЕНИЯ У  
ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И  
АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ**

**Шишко В.И., Кропа О.М., Хакало Ж.К.**

Гродненский областной кардиологический диспансер, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А.Снежицкий

Введение: Пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенные хорды (АРХ) относятся к наиболее распространённым дисплазиям соединительной ткани сердца (ДСТС) и составляют 90% от их общего количества. В последнее время появились убедительные данные указывающие на связь ПМК и АРХ с нарушениями ритма сердца и проводимости.

Цель работы: выявить возможности стандартной ЭКГ покоя в диагностике нарушений ритма сердца и проводимости у мужчин призывного возраста с ПМК и АРХ.

Материалы и методы: было обследовано 180 мужчин призывного возраста (средний возраст - ). По результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) выделены 3 группы обследуемых: 1-я (контроль) – 20 чел., 2-я (АРХ) – 114 чел., 3-я (ПМК) – 46 чел. Всем пациентам выполнялась регистрация ЭКГ в течении 1 минуты в 12 стандартных отведениях на аппаратно-программном комплексе "Интекард-3" (РБ), в условиях