вания и элементарных бытовых навыков, предупреждение повторного инсульта.

Неподвижность больного в остром периоде инсульта служит причиной развития многих осложнений – пролежней, тромбоза глубоких вен, пневмонии, депрессии. Правильный уход и ранняя активизация больного во многом способствовала предотвращению этих явлений.

В остром периоде инсульта часто возникают такие проблемы, связанные с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и др.). Наличие интеркуррентных заболеваний существенно ограничивало возможности активной реабилитации, поэтому необходимы своевременные мероприятия по их предупреждению и лечению.

К концу острого периода, по мере регресса отека головного мозга, можно уже окончательно было составить представление о степени нарушения тех или иных функций. Мероприятия по их восстановлению начинались как можно раньше, но лишь после того, как миновала угроза для жизни пациента, при стабилизации жизненно важных функций (в первую очередь – гемодинамических показателей) и неврологического статуса (т.е. при завершенном инсульте). Таким образом, лечение положением, массаж, пассивная и дыхательная гимнастика начиналась уже с первых дней инсульта, срок же начала активных реабилитационных мероприятий (активные упражнения, переход в вертикальное положение, вставание, статические нагрузки) был индивидуален и зависел от характера и выраженности нарушения мозгового кровообращения, сопутствующих заболеваний. Активизация больных проводилась при условии ясного сознания и относительно удовлетворительного соматического состояния, при малых и средних инфарктах – в среднем с 5 – 7-го дня, при обширных инфарктах – на 7 – 14 сутки.

Наконец важной задачей, начиная уже с острого периода инсульта, являлось предупреждение развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения. Риск повторного инсульта максимален именно в ранние сроки после первой цереброваскулярной катастрофы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИСТИ

Крайнюков П.Е., Щербатых А.В., Кузнецов С.М., Калашников В.И.

Военный госпиталь РВ СН, Знаменск, Россия
Иркутский Государственный медицинский Университет, Иркутск, Россия

Несмотря на современные достижения в комплексном лечении гнойных заболеваний кисти, образовавшиеся после оперативных вмешательств дефекты тканей, имеют своим исходом рубцы и контрактуры, в высокой степени ограничивающие функции кисти (Чадаев А.П., А.С. Любский, А.А. Любский, 2005).

Целью данной работы явилось улучшение эстетических и функциональных результатов лечения пациентов с гнойными заболеваниями кисти.

Результаты и методы: в военном госпитале выполнено 38 кожно-пластических операций у 36 пациентов с гнойными заболеваниями кисти. Всем пациентам было выполнено вскрытие гнойника из адекватного доступа, радикальная некрэктомия и дренирование послеоперационной раны, проводилась антибиотикотерапия и симптоматическое лечение. В послеоперационном периоде свободная кожная пластика перфорированным лоскутом произведена 34 пациентам, четырём больным выполнена V – Y-пластика местными тканями по Я. Золтану. Сроки пластического закрытия ран варьировали от 9 до 15 суток после первичного оперативного вмешательства. Готовность раны к её закрытию определяли по наличию и характеру отделяемого из раны, виду грануляций, состоянию окружающих тканей.

Обсуждение: В результате проведенного лечения все трансплантаты прижились. В 1 наблюдении отмечено частичное нагноение раны под кожным лоскутом и в 2 – краевой некроз мобилизованных лоскутов. При контрольном осмотре через три месяца после окончания лечения получены отличные результаты в 29 (80,5 %) наблюдениях, хорошие у 6 (16,6 %) пациентов, удовлетворительные – в одном наблюдении.

Таким образом, применение способов пластического закрытия ран в ранние сроки после оперативного лечения гнойных заболеваний кисти позволяет значительно улучшить функциональные, эстетические результаты лечения и сократить продолжительность заживления ран и ускорить сроки реабилитации кисти.

ЦИКЛИЧНОСТЬ И АСИНХРОННОСТЬ СТРУКТУРНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Куваева О.В., Васильева Л,С,.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

При изучении структурной изменчивости ПЧЖ в онтогенезе человека была обнаружена закономерность циклично повторяющихся асинхронных изменений компонентов стромы и паренхимы, которая выявлялась и у мужчин, и у женщин, но отличалась по возрастным периодам онтогенеза, продолжительности циклов и выраженности структурных изменений.

В каждом цикле структурной изменчивости ПЧЖ происходит обновление элементов СТ–стромы и паренхимы железы в процессе роста органа или его физиологической регенерации. Цикл начинается наращиванием объемной доли стромальных СТ–элементов и уменьшением массы паренхимы, а заканчивается, наоборот, уменьшением массы стромы и наращиванием массы паренхимы. Таким образом, в каждом цикле можно проследить стромально–паренхиматозные взаимоотношения, в которых чередуется преобладание индуктивных влияний либо стромы, либо паренхимы. С этих позиций, в каждом цикле отчетливо выделяются 4 фазы структурной изменчивости ПЧЖ: 1 фаза - активное новообразование элементов соединительной ткани и уменьшение объемной доли паренхимы; 2 фаза - созревание новообразованных элементов стромы, формирование плотных оболочек и тяжей, что повышает механическую прочность стромы и ее лимитирующее влияние на рост паренхимы; 3 фаза – механически прочная строма препятствует росту зрелой паренхимы, железа активно функционирует; 4 фаза - развитие деструктивных процессов в строме и активация роста паренхимы.

На протяжении постнатального онтогенеза изменчивость подчелюстной железы проходит 5 циклов, отражающих возрастные изменения в организме: дифференцировку структур железы (0 цикл), рост и «созревание» органа (1 цикл), адаптивную перестройку структуры железы к изменению гормонального статуса (2 цикл), «расцвет» функций железы (3 цикл), возрастную инволюцию органа (4 цикл). Цикличная изменчивость структуры подчелюстной железы может протекать по ускоренному или замедленному вари-