

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 завершённом 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, четырёх большим 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). Циклическая изменчивость структуры подчелюстной железы может протекать по ускоренному или замедленному вари-

анту и отличается у мужчин большей продолжительности всех циклов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ БЕЛКОВ У МОЛОДЫХ И ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кудряшева И.А., Полунина О.С., Галимзянов Х.М.

ГОУ ВПО Астраханская Государственная медицинская академия Росздрава

Цель работы – установить клинико-диагностическое значение исследований железосодержащих белков – реактантов острой фазы воспаления у пожилых больных с внебольничной пневмонией (ВП) в сопоставлениях с лицами молодого возраста.

В качестве новых лабораторных маркеров активности воспалительного процесса и выраженности формирующихся склеротических процессов в легких у пожилых больных с ВП нами апробировано и предлагается определять в сыворотке крови уровни железосодержащих белков трансферрин (ТФ), лактоферрин (ЛФ), ферритин (ФР).

У практически здоровых лиц пожилого возраста средний уровень содержания ТФ в сыворотке крови составил $2507,6 \pm 27,5$ нг/мл. Различий в уровнях ТФ в сыворотке крови в зависимости от пола у доноров не выявлено. Анализ показателей содержания сывороточного ТФ у больных с внебольничной пневмонией в зависимости от возраста выявил достоверные различия ($p < 0,01$) между уровнями этого белка в крови у молодых и пожилых пациентов. Они были достоверно (на уровне значимости $p = 0,05$) выше у молодых больных ВП. В возрасте до 60 лет в среднем содержание сывороточного ТФ составило $2786,3 \pm 42,3$ нг/мл, а у больных ВП пожилого и старческого возрастов – $2201,8 \pm 48,1$ нг/мл и $1974,5 \pm 32,4$ нг/мл соответственно. Показатели содержания в крови ТФ у пожилых пациентов отличались инертностью изменений. Гипотрансферритинемия у пожилых больных с ВП была присуща затяжному её течению с формированием пневмосклеротических процессов.

У пожилых больных внебольничной пневмонией выявлен сбалансированный Т-иммунодефицит, что при неосложненном течении ВП отмечается активация иммунной системы, а при затяжном её течении – иммунная недостаточность.

Среднее содержание ЛФ у пожилых доноров составляет $1805,7 \pm 27,9$ нг/мл (контроль). Гиперлактоферринемия у практически здоровых лиц старше 60 лет, видимо, объясняется более выраженными процессами дегрануляции нейтрофилов.

Среднее содержание ЛФ у пожилых больных ВП было ниже контрольных значений ($1583,2 \pm 3,64$ нг/мл против $1805,7 \pm 27,9$ нг/мл). Однако при этом имел место достаточно широкий разброс показателей уровня ЛФ. Эти различия характеризовали особенности клинического течения пневмонии. Гиполактоферритинемия была присуща случаям затяжного течения пневмонии с риском развития гнойных осложнений.

Анализ корреляционных связей между концентрацией содержания ЛФ в крови и иммунограммы позволяет считать, что снижение уровня сывороточного ЛФ прямо отражает иммунную недостаточность, нарастающую эндогенную интоксикацию при ВП у пожилых больных. Среднее содержание ФР в крови у пожилых больных ВП в фазе разгара составил у мужчин $375,1 \pm 27,2$ нг/мл, у женщин –

$356,0 \pm 28,7$ нг/мл, что выше по сравнению с показателями молодых пациентов.

Таким образом, установлена высокая диагностическая ценность исследования уровней сывороточных железосодержащих острофазовых белков в оценке активности воспаления при ВП, прогнозировании исхода у пожилых пациентов, в сравнении с лицами молодого возраста.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ

Кудряшева И.А., Галимзянов Х.М., Полунина О.С.

ГОУ ВПО Астраханская Государственная медицинская академия Росздрава

Цель работы – изучить клиническое течение рецидивирующей формы герпесвирусной инфекции (ГВИ) при бактериальной пневмонии у лиц пожилого возраста.

Рецидивирующая форма ГВИ была установлена у 81 пациентов (49,4%) из 229 пациентов пожилого возраста (60-74 года) с ВП, на основании выявления высокоавидных IgG (более 60%). Из них у 19 пациентов наблюдались клинические проявления простого герпеса в виде герпетических высыпаний на красной кайме губ, крыльях носа, слизистой оболочке рта. Высыпаниям обычно предшествовал продромальный период (1–2 суток), отмечалось чувство жжения, в отдельных случаях общие явления (недомогание, слабость, субфебрилитет). Осложнений не наблюдалось. У 3 пациентов отмечалось появление двух типичных очагов герпетических элементов на отдаленных друг от друга участках кожи (на лице и на спине; на губах и на боковой поверхности бедра; на щеке и пояснице). При локализации герпетических высыпаний на коже бедер и спины на отечном фоне вместо пузырьков формировались мелкие папулезные элементы, отмечались осложнения со стороны кожных покровов при присоединении вторичной инфекции. У 22 пациентов на фоне субфебрильной температуры наблюдалась клиника опоясывающего герпеса с типичными высыпаниями в виде сгруппированных пузырьков на воспаленном отечном основании, с локализацией по ходу крупных нервных стволов, их ветвей на одной половине лица или на боковой поверхности туловища, с образованием новых элементов сливного характера в течение последующих дней. Период высыпаний сопровождался умеренно выраженным болевым синдромом, отмечалось затяжное течение пневмонии и стойкая невралгия. При этом у всех наблюдаемых пациентов иммунологические маркеры, свидетельствующие об остроте процесса, выявить не удалось. У 28 пациентов не наблюдалось клинической симптоматики ГВИ, лишь в анамнезе отмечалась периодичность появления герпетических высыпаний 2-3 раза в год, как правило, провоцируемыми факторами рецидивов являлись переохлаждение, психические или физические стрессы. Этиологическим фактором пневмонии у данных больных был *Streptococcus pneumoniae* и ассоциация грамположительной и грамотрицательной флоры, у всех пациентов данной группы отмечалось затяжное течение основного заболевания.

Таким образом, установлено, что у лиц пожилого возраста рецидивирующая форма герпесвирусной инфекции при бактериальной пневмонии не имеет клинических особенностей. Однако, течение бактериальной пневмонии на фоне герпесвирусной инфекции имеет манифестность клинической симптоматики с тенденцией к затяжному течению и развитию различных осложнений. В связи с чем, необходимо рекомендовать всем пациентам пожилого воз-