

туловища; коррекция патологического положения ног; коррекция патологического положения ног; коррекция положения рук.

Результаты исследования. В результате проведенных наблюдений за пациентами, получавших лечение в отделении медицинской реабилитации по поводу последствий церебральных инсультов, выявили положительное влияние на уровень трудоспособности и социальной активности. Наблюдалось увеличение объема движений в суставах, нормализация тонуса мышц паретичных конечностей, восстановление биомеханики движений и ходьбы у 70,5% больных.

Исход реабилитации больных оценивался по шкале уровня реабилитации постинсультных больных Р.И. Львовой. I–II уровень социально-бытовой активности пациентов был достигнут у 69,1% пациентов, что выражалось в значительной компенсации нарушенных функций, свободным владением навыками самообслуживания и владением трудовыми навыками, незначительной зависимостью от окружающих. Повышение качества жизни (SF-36) наблюдалось по шкалам физического, социального, эмоционально-ролевого функционирования у большинства больных.

Вышеизложенное показывает высокую эффективность проводимой реабилитации постинсультных больных в условиях врачебно-физкультурного диспансера. Все основные мероприятия медицинской реабилитации с целью достижения максимальной эффективности данной категории больных рекомендуется проводить до наступления резидуального периода инсульта.

Список литературы

1. Гусев Е.И. Карта обследования и лечения больных ишемическим инсультом / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М., 2007. – 31 с.
2. Кинезотерапия и преформированные физические факторы в лечении и профилактике нарушений мозгового кровообращения: методические рекомендации / Л.Т. Гильмутдинова [и др.]. – Уфа: Дизайн Полиграф Сервис, 2007. – 51 с.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М., 2002. – 440 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОНЕЙТРОФИЛОКИНОВ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ РАНЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Третьякова И.Е., Кумахов А.А., Гагулаева М.В.,
Кумаритова Д.В., Яхьяев Н.Р.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Владикавказ,
e-mail: tretjakova.60@mail.ru

Проблема заживления и лечения ран была и остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. Инфекционные осложнения ран являются не менее важной проблемой хирургии. Одной из причин развития микрофлоры в ране является нарушение, как общего, так и местного иммунного статуса. Недооценка

важности диагностики и коррекции нарушений функции иммунной системы может приводить к развитию иммунодефицитных состояний и ухудшению течения патологического процесса.

Целью настоящего исследования было оценить влияние аутологических секреторных продуктов активированных нейтрофилов, выделенных из крови больного, на функциональную активность фагоцитов в ране, уровень бактериальной обсемененности раны, темпы сокращения раневого дефекта. Для реализации поставленной цели местно применяли аутологичные секреторные продукты активированных нейтрофилов (аутонейтрофилокины) в дополнение к комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (карбункулов, абсцессов, флегмон). Для выделения супернатантов гранулоцитов активацию нейтрофилов осуществляли двумя способами: с помощью частиц полистирольного латекса диаметром 1,7 мкм и адгезией клеток на пластике. Выделенные аутологичные супернатанты активированных нейтрофилов наносили на рану этого же больного пятикратно с интервалом 24 часа в дозе 0,5–1,0 мл супернатанта, разведенного в 3,0 мл изотонического раствора NaCl. Перед использованием супернатанты проверяли на стерильность и иммуностимулирующую активность. Стимулирующая активность супернатантов нейтрофилов устанавливалась при использовании в качестве клеток-мишеней моноцитов донора, функциональная активность которых увеличивалась после культивирования с исследуемым супернатантом. Доза супернатанта гранулоцитов больного определялась уровнем содержания в нем иммуностимулирующих факторов при сравнении его активности на моноцитах донора со стандартными суммарными донорскими супернатантами нейтрофилов с установленным уровнем содержания в них иммуностимулирующих продуктов. Выбор кратности использования аутологических медиаторов нейтрофилов основан на том, что в предварительных исследованиях было установлено, что пятикратное применение супернатантов гранулоцитов обладает наиболее выраженным иммуностимулирующим действием. Для оценки эффективности местного применения супернатантов аутологических нейтрофилов всех больных обследовали дважды: на 5–6 и 13–14 сутки после оперативного вмешательства (определяли клеточный состав раневого отделяемого, функциональную активность фагоцитов в ране, уровень бактериальной обсемененности раны, темпы сокращения раневого дефекта). Состояние раны (наличие воспалительных явлений вокруг раны, характер отделяемого из раны, сроки гранулирования раны) отмечали ежедневно во время перевязок. На использование этого способа получено разрешение Этического комитета. Предложенный способ локальной иммунокоррекции при ране-

вой хирургической инфекции был использован у 40 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей после письменного согласия больных на проведение данного способа. Группу сравнения составили 28 пациентов, которые получали лечение по общепринятой схеме. В качестве плацебо использовали изотонический раствор NaCl в аналогичной дозе и кратности применения. Диагноз, возраст, пол больных были идентичны в обеих группах.

Результаты исследований показали, что в группе сравнения у пациентов к концу второй недели наблюдения, несмотря на проводимое лечение, сохранялись угнетение иммунореактивности организма, явления эндогенной интоксикации, дисбаланс в эффекторных функциях фагоцитов в ране, отмечалось развитие неполноценной регенерации тканей, оставался прежним уровень инфицирования ран патогенной кокковой флорой, а также присоединялась вторичная внутригоспитальная инфекция.

Местное применение аутологических супернатантов нейтрофилов способствовало нормализации иммунного статуса, устранению эндогенной интоксикации, ликвидации дисбаланса в эффекторных функциях фагоцитов в ране, способствовало развитию полноценной регенерации тканей, снижало уровень бактериальной обсемененности ран, предотвращало развитие вторичной внутрибольничной инфекции, способствовало сокращению размеров раневого дефекта.

Таким образом, при местном использовании аутонейтрофилокинов у больных с раневой хирургической инфекцией повышалась эффективность проводимой терапии; в результате стимуляции местного иммунитета удавалось уменьшить воспалительную реакцию, ускорить регенеративные процессы в поврежденной ткани, снизить уровень бактериальной обсемененности раны, повысить темпы сокращения раневого дефекта, что сокращало сроки стационарного лечения, а, следовательно, снижало количество дней нетрудоспособности больного.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КОМОРБИДНОЙ С ПИОДЕРМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Юсупова Л.А., Мавлютова Г.И., Гараева З.Ш., Юнусова Е.И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, e-mail: yuluizadoc@hotmail.com

Пиодермии являются одним из наиболее распространенных дерматозов и составляют от 17 до 43 % в общей структуре кожной патологии [2]. По данным исследователей распространен-

ность пиодермии у больных с психическими расстройствами составляет 17,3% [4]. Современные эпидемиологические исследования [3] показали, что в Российской Федерации распространенность шизофрении у больных, имеющих соматические заболевания, достоверно выше, чем у населения и составляет 6,2% против 1% в общей популяции. В результате многочисленных исследований было установлено, что преобладающими являются не только биологическая теория возникновения шизофрении, концепции наследственной и конституциональной зависимости, аутоинтоксикации [5], но и существенные нарушения со стороны иммунной системы [1]. Нарушения в иммунной системе являются и одними из предрасполагающих факторов для развития пиодермии – обширной и распространенной группы инфекционных заболеваний кожи, составляющей около трети всей кожной патологии. В то же время проблема шизофрении у больных общемедицинской сети, в целом, и пиодермии у них, в частности, остается недостаточно разработанной. Высокая частота заболеваемости пиодермией у больных шизофренией, нередко с хроническим, рецидивирующим злокачественным течением, резистентность отдельных клинических форм к терапии, развитие инвалидизирующих осложнений определяют актуальность проблемы и диктуют необходимость более углубленного изучения этих заболеваний с целью совершенствования методов их лечения.

Цель исследования: изучение состояния иммунной системы у больных шизофренией коморбидных с пиодермией в зависимости от наличия резистентности к психофармакотерапии.

Проведено клинико-лабораторное обследование 61 больного шизофренией коморбидных с пиодермией в возрасте от 18 до 70 лет. Для изучения взаимосвязи нарушений параметров иммунной системы и наличия резистентности к психофармакотерапии у больных шизофренией коморбидных с пиодермией обследуемые были разделены на две группы. Первую группу составили больные в количестве 28 человек, имеющие резистентность к психофармакотерапии. Вторую группу составили больные в количестве 33 человека, не имеющие резистентности к психофармакотерапии. Группу здоровых составили 30 доноров, не имеющих кожной и психической патологий. Иммунную систему изучали с помощью унифицированных методов. У больных оценивали состояние системы Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, концентрацию sL-селектина. Иммунофенотипирование лимфоцитов (определение популяций и субпопуляций лимфоцитов) проводили в цельной крови методом прямой иммунофлуоресценции с моноклональными антителами производства ООО «Сорбент» (Россия, Москва) по методике разработчиков. Для