принимали дезагрегантные препараты. При выполнении ФГДС обнаружены эрозивно-язвенные нарушения у 9 (15,5%) обследованных. Язва желудка выявлена у двоих пациентов. Эрозии также выявлялись чаще в верхних отделах желудка. Достоверно обнаружено, что атрофия слизистой встречается значительно реже в группе сравнения, чем в группе исследования. Выявленные эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки потребовали проведения противоязвенной терапии в предоперационном периоде с применением блокаторов протонной помпы, эрадикации *Hp* с последующим контрольным эндоскопическим исследованием через 10–12 дней.

Выводы. Сравнительное изучение обследованных больных показало более высокую частоту выявления эрозивно-язвенных дефектов слизистой верхних отделов ЖКТ среди пациентов с периферическим атеросклерозом, что обусловлено наличием агрессивных факторов воздействия на слизистую оболочку: приём дезагрегантов, курение. К факторам образования эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки также можно отнести состояние хронического стресса на фоне выраженной ишемии нижних конечностей.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЛАПАРОТОМИИ

Смолькина А.В., Шакирова А.Р., Герасимов Н.А., Баринов Д.В., Рогова Ю.Ю., Шабаев Р.М.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Для оценки показателей качества жизни (КЖ) нами было проведено тестирование пациентов, с использованием русскоязычной версии общего опросника SF-36 (Short Form) и специализированного опросника GPRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale), разработанный отделом изучения КЖ в ASTRA Hassle (I. Wiklund 1998). Основной частью работы явился углубленный ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 354 пациента с релапаротомиями. Все пациенты были распределены на две группы. Основная группа – 120 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, что составило 0,7% от общего количества оперированных, потребовавшими выполнения повторных операций – 159 релапаротомий. Группу сравнения составили 234 человек (1,4%), оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. Анкетирование больных проводилось с помощью скрининг-метода в 3 точках исследования: через 1, 3, 5 лет после оперативного вмешательства.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что качество жизни пациентов по опроснику SF-36 после релапаротомии значительно ниже по всем показателям, чем у пациентов, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. И существенно снижено по шкалам: болевой синдром (P) – ухудшение на 37%, физическое функционирование (PF) – 19%, ролевое физическое функционирование (RP) – 24%, социальное функционирование (SF) – 25%. При исследовании КЖ пациентов по опроснику GRSR были получены неудовлетворительные результаты после релапаротомии по всем шкалам и, прежде всего, по шкалам «Абдоминальная боль» – ниже на 30%, «Синдром гастроэзофагеального рефлюкса» – ниже на 38%, «Диспептический синдром» – 19%.

Таким образом, КЖ у пациентов после релапаротомий достоверно ниже, по сравнению с больными, которые оперированы однократно. Разработка и совершенствование комплекса мероприятий по целенаправленному обследованию и диспансерному наблюдению в лечебных заведениях пациентов, имеющих в анамнезе операции на органах брюшной полости, особенно после релапаротомии, предъявляющие жалобы на боли и дисфункцию кишечника могут значительно повысить уровень качества жизни прооперированных больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРА

[1]Субханкулова Г.Р., [1]Валямова Г.Н., [2]Сахабутдинова А.Р.

[1]ГАУЗ «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер», Уфа;
[2]Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: aliya.sahab@gmail.com

Проблема совершенствования помощи при церебральном инсульте является важнейшей в клинической медицине в связи с широкой распространенностью, высоким уровнем летальности, инвалидизации и социальной дезадаптацией больных перенесших острые нарушения мозгового кровообращения пациентов.

Более 80% больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами, из них 10% тяжелыми инвалидами и нуждаются в постоянной посторонней помощи. 55% пострадавших не удовлетворены качеством своей жизни и менее 15% выживших могут ввернуться к своей работе.

Разработанная экспертами ВОЗ, для стран – членов Европейского регионального бюро, Хельсинборгская декларация (1995 г.) провозглашает, что «более 70% выживших пациентов должны быть независимы в повседневной жизни через 3 месяца после развития инсульта». Подобных результатов можно достичь только при развитии адекватной системы реабилитационной службы, начиная с первого этапа

медицинской реабилитации в стационаре, соблюдая непрерывность преемственность восстановительных мероприятий на следующих этапах (специализированные реабилитационные стационары, центры, санатории, реабилитационные учреждения амбулаторной службы).

В приказе МЗ и СР РФ от 22.08.2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы» оговаривается порядок оказания нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы. В частности в нем указывается, что амбулаторно-поликлинических условиях нейрореабилитация осуществляется по показаниям в специализированных кабинетах территориальных поликлиник, поликлиник восстановительного лечения, психоневрологических диспансерах по месту жительства, врачебно-физкультурных диспансерах.

Материалы и методы исследования. За период с 2010 по 2012 годы в отделении медицинской реабилитации ГАУЗ РВФД прошли лечение 118 пациентов с последствиями ишемических инсультов. Это пациенты с умеренно выраженными неврологическими нарушениями в виде гемипарезов легкой (76 человек) и средней степени тяжести (42 человека) в период остаточных проявлений через 6 месяцев – 1 год после перенесенного ОНМК. Направлялись пациенты в ГАУЗ РВФД поликлиниками города Уфы и районов РБ. В условиях нашего диспансера они осматривались врачом неврологом, врачом лечебной физической культуры и физиотерапевтом. На первичном осмотре определялся объем активных движений, мышечная сила, степень выраженности спастических контрактур, общее самочувствие и интенсивность болевого синдрома. Для обследования стато-координаторных функций мы использовали балансировочную платформу «SIGMA». С помощью этого оборудования мы проводили стабилометрическое исследование и тренировку функций управления центром тяжести. Для проведения оценки результатов мы оценивали: степень нарушения движений, степень изменения тонуса мышц, степень нарушения навыков ходьбы. Для оценки качества жизни применялся опросник качества жизни SF-36.

В комплекс реабилитации в входили следующие методы лечения: индивидуальные и групповые занятия лечебной физической культурой, электростимуляция нервно-мышечного аппарата, профилактика контрактур с помощью парафиново-озокеритовых аппликаций, обезболивающие электропроцедуры (СМТ, электро- и фонофорез лекарственных веществ). Важным средством восстановления и совершенствования двигательной активности больных после инсульта также являлась гидрокинезотерапия. Водная среда, в которой проводятся занятия, оказывает общетонизирующее воздействие на организм, повышает эластичность мышц и гибкость суставов, улучшает трофику тканей. Физические упражнения, выполняемые в воде, оказывают расслабляющее действие на спазмированные мышцы, восстанавливают плавность движений, их координированность. Рекомендуемая температура воды в бассейне для больных с последствиями инсульта – 29–35 °С; продолжительность занятий – 30 мин. Курс лечения составлял 20–30 процедур в зависимости от выраженности двигательных нарушений. Основой лечения являлась лечебная физическая культура.

Эффективность реабилитации, проводимой в ГАУЗ РВФД во многом зависила от успешности реабилитации на предыдущих этапах в инсультном блоке и нейрореабилитационном отделении стационара.

В основе нашего лечения лежит активизация рефлекторных спинальных программ передвижения чему способствуют упражнения в передвижении в коленно-локтевом и коленно-кистевом положениях, для чего больного перемещают на пол с ковровым покрытием или на гимнастические маты.

В положении стоя больной осваивает упражнения в переносе массы тела с одной ноги на другую, переступая с ноги на пол. Парализованная рука в положении стоя фиксируется специальной косынкой; предплечье и кисть супинированы, пальцы разогнуты.

Восстановление функции сохранения равновесия в положении стоя осуществляется за счет использования упражнений по перемещению центра массы тела при разном положении стоп (вместе врозь – на ширине 20–25 см; одна впереди другой; при опоре на одну стопу, вторая нога (больная или здоровая) согнута в коленном суставе и т.д.). Упражнения выполняются сначала с опорой на здоровую руку, а затем без опоры.

После освоения устойчивого равновесия переходят непосредственно к ходьбе, используя в качестве опоры параллельные брусья, «ходилки-четырехножки», манежи.

При восстановлении навыка ходьбы необходимо следить за равномерным распределением массы тела на парализованную и здоровую ноги, за одинаковой длиной и ритмичностью шагов. Парализованная нога при выносе вперед должна находиться в положении достаточного «тройного укорочения», без отведения ее в сторону; стопа не должна задевать носком пол.

При обучении ходьбе по ровной поверхности следует менять управление движения: вперед спиной, боком, с поворотами на месте и т.д. После освоения ходьбы по ровной поверхности, с дополнительной опорой на трость, осваиваются подъем и спуск по лестнице.

Мы следовали следующим принципам лечебной физической культуры при последствиях ОНМК: преодоление спазма мышц-разгибателей

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., Гулаева М.В., Кумаритова Д.В., Яхъяев 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 аутологичных 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 иммунотропную 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 аутологичных 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 аутологичных 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-