

представляли в виде среднего арифметического и его ошибки и сравнивали межгрупповые отличия с использованием *t* критерия Стьюдента. Показали, что объемные плотности рабочих миоцитов, соединительной ткани, сосудов и нервных волокон различались в ПП и ПМ сердца крысы и составляли соответственно: $60,5 \pm 2,6\%$ и $67,9 \pm 1,7\%$, $35,1 \pm 2,6\%$ и $18,4 \pm 1,3\%$, $3,0 \pm 0,7\%$ и $12,8 \pm 0,4\%$, а также $1,4 \pm 0,2\%$ и $0,9 \pm 0,1\%$ от объема рабочего миокарда. В ПП было соответственно в 1,9 раза и в 1,6 раза больше соединительнотканых ($p < 0,001$) и нервных элементов ($p < 0,05$), но в 1,1 раза и в 4,3 раза меньше мышечных волокон ($p < 0,05$) и сосудов ($p < 0,001$), чем в ПМ. Выявленные выше закономерности строения позволяют корректно сравнивать рабочий миокард ПП и ПМ сердца интактной крысы и могут с одной стороны использоваться в качестве базовых при оценке различных воздействий в экспериментальных моделях в кардиологии, а с другой позволяют верифицировать материал ПП и ПМ для последующего исследования их клеточного состава. Интересно было бы провести подобные представленные выше сравнения строения рабочего миокарда одноименных областей сердца интактных животных (правого и левого предсердий, желудочков, ушек предсердий и папиллярных мышц желудочков). Это позволило бы получить целостную картину строения сердца интактных крыс. На подобных же принципах могут строиться сравнительные оценки межвидовых особенностей строения рабочего миокарда для разных камер сердца интактных лабораторных животных различных видов.

ВЛИЯНИЕ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Плоткин Г.Л., Адиебекова Д.У.,
Николаева И.П., Петров А.Н., Вершинин А.С.
*Больница Св. великомученика Георгия № 4,
Санкт-Петербург*

Операционный стресс, связанный с операциями эндопротезирования тазобедренных суставов у больных с дегенеративно-дистрофическими процессами и имеющейся сопутствующей патологией в дооперационном периоде приводит к снижению функциональных резервов гемодинамики, кислород-транспортной функции крови (КТФК), систем перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ). Эти изменения происходят на фоне большой кровопотери и обширных повреждений тканей в зоне операции.

Одним из осложнений оперативного вмешательства является развитие легочной гипертензии, обусловленной циркуляторными и системными гемодинамическими нарушениями. Повышение легочного сосудистого сопротивления на фоне кровопотери приводит к снижению пульсирующего объемного кровотока и переходу его в более линейный, но менее эффективный. При снижении пульсирующего кровотока снижается перфузия тканей, что приводит к раз-

витию системной и легочной гипоксии с нарастанием лактата. У больных в течение 1-7 суток после операции была выявлена гипоксемия (в среднем $70,0$ мм.рт.ст.) и повышение лактата в венозной крови (до $2,1$ ммоль/л). Отношение лактата в артериальной крови к содержанию в венозной крови было меньше $1,0$ ммоль/л, что могло свидетельствовать о сохранении нормальных метаболических процессов в легких.

Примененный для оценки гемодинамики, метод реографии (ИРГТ) отражает не только величину ударного объема сердца, но и свойства артериальной системы – ее тонус. Кривые реограмм зависят от пульсирующего их объема крови. Применение импульсного инфракрасного излучения оказывало влияние на тонус сосудов – снижало констриктивный эффект сосудов терминального отдела системы кровообращения, увеличивая объемный пульсирующий кровоток, приводя в некоторых случаях даже к увеличению лактата за счет улучшения микроциркуляции и вымывания его из тканей. На этом фоне уменьшалось шунтирование крови в легких, увеличивалось парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (в среднем до 78 мм.рт.ст.).

Применение квантовой терапии в послеоперационном периоде оказывало влияние на улучшение КТФК, активизировало функциональные резервы гемодинамики, что приводило к более стабильному клиническому течению восстановительного периода.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АТЕЛОМИЕЛИИ

Равинг Л.С., Карась И.Ю.

*МУЗ «Городская клиническая больница №1
им. М. Н. Горбуновой»*

В основе пороков развития спинного мозга лежит дисгенезия или недоразвитие эктодермы и мезодермы, приводящие к аномалиям развития позвоночника и ЦНС. Недоразвитие участка спинного мозга (ателомиелия или миелодисплазия) чаще всего возникает в крестцовом отделе позвоночника и сочетается со *spina bifida*. Клинически ателомиелия проявляется нарушением функции крестцовых сегментов спинного мозга – недержанием мочи, нарушением функции кишечника, отсутствием глубоких рефлексов, расстройством чувствительности в области промежности и др. Основным методом лечения *spina bifida* является оперативное вмешательство. Но даже при благоприятном исходе после оперативного лечения нарушение функции внутренних органов сохраняется длительно и вынашивание беременности при данной патологии сопряжено с целым рядом трудностей.

Беременная М., 28 лет находилась на диспансерном учете в женской консультации с 5 недель беременности. Данная беременность первая, крайне желанная, наступившая после 7 лет бесплодия. Из пренатального анамнеза: женщина от повторной беременности, протекающей без особенности, срочных родов, родилась с массой тела 3400 г. В возрасте 8 месяцев прооперирована по поводу *spina bifida*, а в возрасте 3-х лет произведен левосторонний неоуретроцистоанастомоз. На протяжении жизни отмечалось