

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

нарушение функции кишечника, мочевого пузыря (нейрогенный мочевой пузырь), вторичный пиелонефрит, опущение стенок влагалища и шейки матки III степени. Менструации с 12 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в официально зарегистрированном первом браке. Муж 31 года, здоров. Объемные состояние: рост 168 см, вес 58,6 кг (индекс массы тела = 20,8), астенического телосложения с общеравномерно суженным тазом 2 ст. За время наблюдения обследована согласно МЭС, осмотрена неврологом. Вынашивание беременности не противопоказано. При ультразвуковом исследовании во время беременности впервые диагностирован порок развития – седловидная матка.

Течение беременности осложнилось явлениями угрозы прерывания в ранние сроки, в 8 и 14 недель. Наряду с комплексной профилактической терапией проводилась гормональная коррекция (получала дюфастон по нисходящей схеме до 22 недель). На протяжении I триместра беременности опорожнение кишечника и мочевого пузыря было крайне затруднено и осуществлялось при помощи очистительной клизмы и катетеризации мочевого пузыря. Шейка матки пролабировала из половой щели. Однако, во втором триместре беременности отмечается не только отсутствие явлений угрозы прерывания, но и, к большому изумлению самой женщины, самостоятельное регулярное опорожнение кишечника и мочевого пузыря, отсутствие клиники опущения стенок влагалища и шейки матки. В этот период регистрируется обострение пиелонефрита и явления хронической гипоксии плода. При сроке беременности 34 недели функционирование кишечника и мочевого пузыря возвращается к исходному уровню, но пролапса шейки матки нет. Женщина заблаговременно госпитализирована и родоразрешена в 38 недель методом Кесарево сечения. Извлечена живая, доношенная девочка с массой 3000г, рост 52 см, с оценкой по Апгар 6/7 баллов, без видимых пороков развития, диагностирована церебральная ишемия 1 ст, нарушение кровообращения на шейном уровне. Послеоперационный период протекал гладко и на 9-е сутки мать с ребенком выписана домой. Установилась достаточная лактация, что явилось результатом проводимой на протяжении диспансерного наблюдения работы по формированию доминанты беременности и поддержки грудного вскармливания.

Таким образом, правильно выбранная тактика с учетом великих адаптационных способностей организма позволила не только сохранить крайне желанную беременность, но и предотвратить тяжелые материнские и перинатальные осложнения.

ВЛИЯНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК (1 И 3 МЕСЯЦА В ГОД) НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА

Фурсова Я.Е., Клеменков А.С.,
Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Кубушко И.В.
*Красноярская Государственная
медицинская академия,
Красноярск*

Обследовано 65 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) по Канадской классификации с желудочковыми аритмиями 1 – 3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистолией. Средний возраст больных 50,0 ± 2 года. У 14 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью по классификации ВОЗ.

Больные были разделены на 2 равноценные группы по основным клиническим показателям:

1 группа – 31 больной ИБС, получавший курс общих пресных ванн и физических тренировок на велоэргометре в течение 1 месяца.

2 группа – 34 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн и физических тренировок на велоэргометре в течение 3 месяцев. Больные получали 2 ванны в неделю в амбулаторных условиях.

До и после курса лечения больным ИБС 1 и 2 групп проводили спировелоэргометрическое исследование. На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг. массы тела, частное отдыха, двойное произведение (пульс × давление). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β – блокаторами.

Установлено, что до лечения в группах больных ИБС достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось.

После курса лечения показатели физической работоспособности у больных ИБС 1 и 2 групп достоверно возрастали, причём во 2 группе больных в большей степени, чем в 1 группе.

Следовательно, общие пресные ванны в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре оказывают существенный тренирующий эффект у больных с ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 1 – 3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистолией, причём при длительности назначения 3 месяца в год в большей степени.

ПОЛИМОРФИЗМ КАК ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИКСТИНВАЗИЙ

Шепелева А.А.
*Пермская государственная медицинская академия,
Пермь*

В эндемичном по гельминтозам Пермском крае РОССИИ ассоциированные инвазии несколькими