

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

гельминтами в организме одного ребенка встречаются в последнее время достаточно часто. По нашим данным микстинвазии двумя и более паразитами составляют 11,2 до 17,4% от общего числа паразитарных инвазий.

Нами проведено изучение особенностей клинической картины смешанной инвазии описторхоза+токсокароза у 32 больных детей в возрасте от 1 года до 15 лет, находившихся на лечении в стационаре Пермской областной детской клинической больницы. В распределении инвазированных больных по полу значительно преобладают мальчики - 71,9%, преимущественный возраст заболевших - 7 - 12 лет (56,3%).

При ассоциированном гельминтозе описторхоза и токсокароза преобладали диспептический (100%), астено-вегетативный (100%) и болевой абдоминальный (71,9%), бронхо-обструктивный (59,4%) синдромы.

Оценка физического развития позволила констатировать у отстаивание в физическом развитии от возрастных норм, дефицит массы тела - у 100,0% пациентов. При исследовании органов сердечно - сосудистой системы обнаружены функциональные шумы на верхушке сердца у 59,4% больных. Язык обложен налетом у 100 % пациентов. Увеличение печени на 3-4 см ниже реберной дуги диагностировано у 75,7% больных. Симптомы холецистита (Моккензи и Алиева) определялись у 56,2%, симптомы Ортнера - у 68,8%, Керра - у 53,1%.

В периферической крови характерна эозинофилия, выявленная у 100,0% больных, в том числе гиперэозинофилию - у 75,0%, у 100% детей СОЭ было увеличено до 16,0 +- 1,8 мм/час. Исследование функции билиарной системы свидетельствует о повышении показателей билирубина крови до 18,8 +- 1,08 ммоль/л у 68,8%, отмечено увеличение щелочной фосфатазы до 4,0 +- 1,8 ммоль/л у 38,4% детей. Показатели ИФА к описторхам в 81,3% были положительны, титры антител к описторхам 1:800, титры антител 1:400 расценивались как носительство описторхов. Исследование иммунной системы позволило обнаружить у 40,5% больных повышение содержания IgE(> 1000 Ед) ($p < 0,01$).

Результаты электрокардиографии в 87,5% показали функциональные изменения со стороны сердца.

Дисбактериоз выявлен у 68,8% детей, снижение количества бифидумбактерий у 68,8%, увеличение аэробной флоры кишечной палочки у 37,5%, энтеробактерии у 16,8%, протей - у 24,3%, грибы рода Candid - у 10,8% больных.

Рентгенологические исследования органов дыхания позволили обнаружить усиление легочного рисунка - у 75,0%, симптом неоднородности легочной ткани и симптом «метелицы» - у 37,5%, единичные и множественные инфильтраты в легких - у 59,4%. Данные УЗИ органов живота: диффузное изменение паренхимы печени - у 90,6%, неоднородность структуры печени - у 37,5%, реактивный панкреатит - у 53,1%, дискинезии желчного пузыря по гиперкинетическому типу - у 56,3% больных. Изменения в легких и печени подтверждены компьютерной томографией у 90,6%, новообразований не выявлено.

Таким образом, проведенные исследования и анализ полученных результатов позволил обнаружить, что при микстинвазии описторхоза+токсокароза закономерно развиваются функциональные поражения желче-выделительной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания. Эти изменения дают полиморфную клиническую картину заболевания, нарастают с возрастом и приобретают органический характер, что определяет необходимость целевых обследований на паразитарные заболевания, усовершенствование антигельминтной терапии и патогенетической синдромной терапии.

ГЕТЕРОМОРФИЗМ ПОПУЛЯЦИИ ГЛАДКИХ МИОЦИТОВ МЫШЕЧНОЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА КРЫС

Шурыгина О.В., Кучерова Л.Н.

*Самарский государственный
медицинский университет, Самара
Центр планирования семьи и репродукции,
Тольятти*

Гладкая мышечная ткань является важнейшим компонентом внутренних органов. Общепризнана ее определяющая роль в нормальном функционировании органов и при развитии реактивных состояний. Поэтому разностороннее изучение гладкой мышечной ткани актуально и для фундаментальных исследований, и для медицины.

Проведен цитологический анализ гладких миоцитов стенки влагалища крыс, начиная с 1-х суток постнатального развития и до половозрелого состояния. Метод щелочной диссоциации тканей с получением изолированных клеток позволяет выявить гетероморфизм гладких мышечных клеток мышечной оболочки стенки влагалища. В пределах одной возрастной группы они отличаются по размерам и форме. В ходе лейомиогенеза гладкие миоциты становятся длиннее, приобретают веретеновидную форму. Наряду с гладкими миоцитами веретеновидной формы у половозрелых самок встречаются клетки неправильной отросчатой формы.

Применение морфометрии и статистического анализа при изучении гистогенеза гладкой мышечной ткани мышечной оболочки стенки влагалища позволяет оценить формирование популяции миоцитов в ходе постнатального развития, дает возможность выявить хронологию ее формирования. Известно, что одним из главных показателей, характеризующих гетероморфию, является размер клеток. Проведенное исследование динамики объемов клеток в постнатальном периоде показало неуклонный рост средних данных от $420,25 \pm 60,65 \text{ мкм}^3$ (у новорожденных) до $6803 \pm 1358,87 \text{ мкм}^3$ (у половозрелых). Увеличение объемов гладких миоцитов происходит неравномерно. В процессе миогенеза имеют место периоды более и менее интенсивного роста их объемов.

Исходя из морфометрических данных лейомиоциты дефинитивной мышечной ткани стенки влагалища подразделены на субпопуляции малых, средних и больших миоцитов. Описанные субпопуляции гладких миоцитов имеют показатели коэффициента ва-