Изменения, выявленные у женщин с хроническим воспаление эндометрия характеризуются повышенным содержанием пролактина и кортизола. Хочется отметить, что уровень пролактина и значительно уровень кортизола имели статистически значимые различия с аналогичными показателями у здоровых, но их уровни находились в рамках референтных значений. Уровень тиреотропного гормона находился в пределах нормальных значений.

Таким образом, хроническое воспаление в эндометрии у женщин с репродуктивными нарушениями сопровождается изменениями основных регуляторных систем, таких как иммунная и эндокринная. Характерно наличие вторичного иммунодефицитного состояния с супрессорной активностью Т-лимфоцитов, снижением иммунного ответа в фагоцитарно-макрофагальном звене иммунитета и выраженным угнетением гуморального звена иммунной системы. Со стороны эндокринной системы наблюдается активация глюкокортикоидной функции надпочечников и пролактинергической функции гипофиза. Изменения влагалищного биотопа выявлены у большинства пациенток, в основном, за счёт условно-патогенной микрофлоры и вирусной инфекции, с низкой обсеменённостью эндометрия. Данные изменения говорят о том, что нормальные адаптационные реакции уступают место механизмам компенсации, организм переходит на новый уровень регуляции, которая не обеспечивает нормальное функционирование репродуктивной функции организма.

Список литературы

1. Баранов В.Н. Хронические воспалительные заболевания матки и их отдалённые последствия: особенности патогенеза, клинико-морфологическая характеристика, лечение и медицинская реабилитация: автореф. дис. …д-ра мед. наук. – Челябинск, 2002.

2. Бухарин О.В., Константинова О.Д., Кремлева Е.А., Черкасов С.В. Характеристика вагинальной микрофлоры при внутриматочной контрацепции // Журн. Микробиол. – 1999; – № 4. – С. 63-65.

3. Дизрегуляционная патология: рук-во для врачей и биологов / под ред. Г.Н. Крыжановского. – М.: Медицина, 2002. – 632 с.

4. Кузнецова А.В. Хронический эндометрит // Архив патологии. – 2000. – Т. 62, № 3. – С. 48-52.

5. Корнеева И.Е. Состояние концепции диагностики и лечения бесплодия в браке : автореф. дис. …д-ра мед. наук. – М., 2003. – 22 с.

6. Медведева П.А., Джиоев Ю.П., Попкова С.М [и др.] Структура видового разнообразия лактобацилл из вагинального биотопа женщин, проживающих в г. Иркутске // ИЗВЕСТИЯ Иркутского государственного университета, Иркутск, 2012. – № 1, Т.5, С. 11-17.

7. Никулин Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса. – М., 2008. – С. 376.

8. Патологическая физиология / А.Д. Адо, М.А. Адо, В.И. Пыцкой [и др.]. – М. : Триада – Х, 2000. – 574 с.

9. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии: пер. с англ. / под общ. ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.

10. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2005. – 303 с.

11. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: рук. для врачей. – М., 1999. – 126 с.

12. Учакин П.Н., Учакина О.Н., Тобин Б.В.[и др.] Нейроэндокринная регуляция иммунитета // Вестник Российской АМН, №9 – 2007. – С. 26–31.

13. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний: рук. – СПб. : СОТИС, 1994. – 479 с.

14. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: рук-во для врачей. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 352 с..

15. Ширшев С.В. Цитокины плаценты в регуляции иммуноэндокринных процессов при беременности // Успехи современной биологии. – 1994. – Т. 114, № 2. – С. 223-237.

16. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит у женщин с патологией репродуктивной системы : автореф. дис. …д-ра мед. наук. – М., 2007. – 38 с.

17. Profile of cytokine mRNA expression in peri-implantation human endometrium / K.J. Lim, O.A. Odukoya, R.A. Ajjan [et al.] // Mol Hum Reprod. – 1998. – Vol. 4, № 1. – P. 77-81.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЛОКОМОТОРНОГО АППАРАТА НА ЗАНЯТИЯХ ЛОГОРИТМИКИ

Епифанцев А.В., Волченскова О.Ю.

ГБУ РО «Областная детская больница», Ростов-на-Дону, e-mail: kastenka@rambler.ru

В комплексном лечении детей с перинатальным нарушением локомоторной функции логопедическая ритмика занимает определенное место, так как основывается на взаимодействии таких компонентов, как движения, музыка, речь. Следует отметить, что в последние годы категория детей с ДЦП несколько изменилась, возросло количество детей с комплексными нарушениями сенсорного и интеллектуального характера. Современные коррекционно-педагогические, логопедические воздействия позволяют снизить тяжесть двигательных и речевых нарушений.

Логоритмические занятия отличаются своеобразием. Целью такой ритмики является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями. Она позволяет решать следующие задачи:

– способствовать в овладении видами деятельности, укрепляющими костно-мышечную систему;

– коррегировать речевые нарушения (развитие речевого дыхания, фонематического слуха, работа над звукопроизношением);

– расширять и обобщать словарный запас, формировать грамматический строй, связанную речь;

– развивать психические функции (зрительное и слуховое восприятие, память, внимательность);

– способствовать развитию навыков ориентирования в пространстве;

– активировать потенциальные творческие способности.

Содержание и дидактические приемы логоритмической работы подбираются и внедряются дифференцировано, сообразуясь с возрас-

том детей, структурой и составом нарушенных функций. Дети из наблюдаемой группы с помощью этого метода научились быстрее и легче осваивать ходьбу, ориентироваться в пространстве. Развивалась речевая активность, повышалась разборчивость речи, увеличивалось качество выполнения артикуляционных движений, сила голоса, формировалось речевое дыхание, уменьшалась гиперсаливация. При проведении логоритмики постоянно используются элементы психотерапии. Само ритмическое движение под музыку выводит ребенка из патологического процесса и порождаемых ими отрицательных эмоций, содействует мобилизации сил больного и формирует стимул к выздоровлению, что является необходимым и обязательным компонентом лечебного процесса.

НАЛИЧИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

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

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия, e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель: определить патогенетическое влияние вирусо-бактериальной инфекции на развитие постгастрорезекционных осложнений при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал исследования. Наблюдались 237 больных, которым выполнялась резекция желудка в различных модификациях. Всех обследовали на H. pilory-инфекцию, на антитела к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ) и вируса простого герписа (ВПГ) 1 и 2.

Результаты исследования. Проведённое нами исследование позволили с помощью ПЦР-диагностики биопсийного материала в 80% случаев выявить присутствие H.pilori, несмотря на данные эрадикационной терапии. В постгастрорезекционном периоде при изучении иммунного статуса пациентов, у 48 человек выявлена клеточная вторичная иммунная терапия (ВИН) и у 189 пациентов смешанная (клеточная и гуморальная) ВИН. Изолированная активация ЦМВ-инфекции выявлялась в 5 (62,5%) случаях в группе с клеточным ВИН, в 22 (52,4%) и в 1 (50,0%) случаев – в группах со смешанным ВИН. Выявлено, что у пациентов со смешанной ВИН, совместная реактивация ЦМВ и ВПГ 1 и 2-типа инфекции является фактором развития постгастрорезекционного анастомозита с высокой частотой развития флегмонозных форм. Совместная реактивация ЦМВ и ВПГ 1 и 2-типа инфекции является статистически значимым фактором риска развития постгастрорезекционного деструктивного панкреатита.

Выводы. Наибольшая частота постгастрорезекционных осложнений зарегистрирована среди пациентов с реактивацией герпесвирусной инфекции, у них обнаружен фактор риска развития деструктивных форм постгастрорезекционных анастомозитов и панкреатитов: совместная реактивация ЦМВ и ВПГ 1 и 2-типа инфекции.

В периоперационном периоде для профилактики развития постгастрорезекционных осложнений необходимо применять имуннокорригирующую терапия ВИН, что способствует эффективной эррадикации H. pylori, уменьшению воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки желудка в отдалённом периоде.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЦИТИНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ STAPHYLOCOCCUS SPP

Фалова О.Е.

Ульяновский государственный технический университет, Ульяновск, e-mail: falova@rambler.ru

Адаптация микроорганизмов к условиям жизни в организме хозяина предполагает различные способы приспособления к факторам естественной резистентности последнего, что необходимо патогенам для инициации инфекционного процесса [1]. Факторы патогенности самих микроорганизмов разнообразны по своей природе и оказывают различное действие на клетки и ткани хозяина. Так лецитиназа нарушает гомеостаз клеток и тканей, приводя к их повреждению, определяя инвазивность микробов. Сведения об изменении лецитиназной активности стафилококков при некоторых хронических дерматозах отсутствуют.

Исследованы смывы с кожи 270 лиц с хроническими дерматозами: псориаз, экзема, атопический дерматит, в возрасте от 18 до 80 лет. Родовую и видовую идентификацию микроорганизмов осуществляли стандартными методами. Модификацию лецитиназной активности изучали по методу сокультивирования симбионтов (Хуснутдинова, 2006).

Изменение лецитиназной активности (ЛецА) в виде усиления выраженности данного свойства у S.aureus стафилококка в ассоциации с непатогенными видами Staphylococcus spp. отмечено в 33,3% случаев, подавление ЛецА S. aureus – в 21,4% случаев. В 45,2% случаев изменений данного признака не наблюдалось. На пораженных и интактных участках кожи чаще выявляли S. epidermidis – 24,7% и 37,1% случаев соответственно, и S. haemolyticus – 13,3% и 8,98% соответственно от всех выделенных культур. Анализ изменения ЛецА выявленных патогенов в зависимости от сокультивирования с непатогенными сочленами показал, что S. haemolyticus усиливал ЛецА S.aureus в 81,25%