

продолжить обучение детей уже в домашней обстановке по методике, предложенной логопедом. Ограничение обучения больных детей только обязательными занятиями в условиях медицинского учреждения, сводит на нет все полученные и не закрепленные навыки. В таких случаях при повторной госпитализации логопед вынужден начинать обучение сначала.

Многолетний опыт работы с этой категорией детей свидетельствует, что коррекционно-развивающая работа с детьми, в которой сочетаются речевая и двигательная активность дает хороший эффект в комплексном лечебном процессе у пациентов с патологией центральной нервной системы перинатального происхождения.

ХРОНОКОРРЕКЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ ВАГИНОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Попова Л.С., Цаллагова Л.В., Тедеева Д.А.
ИБМИ ВНЦ РАН и Правительства РСО-Алании,
Владикавказ, e-mail: vera111089@mail.ru

Частота и характер септических заболеваний для матери и плода, риск невынашивания и развития плацентарной недостаточности находятся в пропорциональной зависимости от степени инфицированности организма беременной. Частота заболеваний колеблется от 10 до 40% [2]. Своевременная адекватная терапия с учетом характера возбудителя и биоритмологических особенностей женского организма может предупредить внутриутробное инфицирование и реально снизить процент осложнений родоразрешения для матери и плода [1, 3].

Целью настоящего исследования было выявление приоритетных форм вагинальной инфекции у беременных и разработка эффективных методов хронокоррекции с учетом возбудителя.

Всего обследовано 172 беременные во 2-3 триместре с использованием микроскопии вагинальных мазков и методов микробиологического культурального иммунологического и хрономедицинского обследования. У 96 пациенток был диагностирован бактериальный вагиноз, у 76 – вагинальный кандидоз.

В результате использования микроскопии вагинальных мазков, микробиологического культурального и иммунологического методов выявлены особенности, типичные для бактериального вагиноза. В микроскопической картине вагинального мазка беременных в 100% случаев был выявлен морфотип гарднерелл, положительный аминный тест, изменение pH выше 4,5, что подтверждало диагноз. Результаты культурального исследования подтвердили полимикробную этиологию бактериального вагиноза. Выделено 12 видов строгих анаэробов с характерной особенностью – отсутствием у 89% лактобацилл. У 78% обследуемых женщин параллель-

но установлены изменения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника, что учитывалось при проведении лечения. Изменение иммунного статуса у 85% обследованных беременных состояло в снижении абсолютного и относительного содержания Т- и В-клеток (Т-лимфоциты – $48,2 \pm 2,4\%$, Т-хелперы – $25,3 \pm 1,4\%$), а также достоверное снижение показателей альфа ИФН до $134,4 \pm 8,2\%$, гамма ИФН – до $44,2 \pm 10,2\%$. В то же время уровень сывороточного интерферона оставался в пределах нормы. Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал об увеличении уровня IgA и IgM.

Хрономедицинское обследование установило вариабельность суточной активности с началом гестации. Последнее отмечалось у 78,3% обследуемых. У этих же беременных отмечалось нарушение синфазности ритмов с преобладанием патологического десинхроноза в 67% случаев; в 33% случаев имел место физиологический десинхроноз при абсолютном отсутствии устойчивой адаптации. Обращало на себя внимание значительное снижение числа циркадианных ритмов (до 11,1%).

В 70,4% случаев из числа всех беременных диагностировалась угроза прерывания беременности, что свидетельствует о высоком риске внутриутробного инфицирования плода. В 10% случаев в названной группе отмечено многоводие как вероятный результат инфицирования фетоплацентарного комплекса. В 34% случаев имела место задержка внутриутробного развития плода, что подтверждено результатами УЗИ. По схеме двухэтапного лечения беременные с бактериальным вагинозом получали комплексную терапию в виде комбинации 2% далацина и макмирура. Пациентки с вагинальным кандидозом получали вагинальные аппликации Тантум-Розой.

Из числа беременных с высоким инфекционным индексом (80% – основная группа) комплексная терапия была дополнена иммуномоделирующим препаратом «Кипферон». Лечение больных проводилось с учетом хронотипа пациенток. Препараты вводились в часы максимальной активности: утренний хронотип – иммунокорректоры и зубиотик-ацилакт вводились до 9 часов, местное лечение – до 10 часов утра; при вечернем – с 16 до 18 часов. Курс лечения составил 7-10 дней.

Пациентки контрольной группы (20% из числа всех обследованных) получали терапию с учетом возбудителя в общетрадиционном режиме без лечения иммунокорректорами.

Изучение факторов иммунного статуса после проведенного лечения у женщин основной и контрольной групп выявило значительный положительный эффект двухэтапной хронотерапии с включением в комплекс препарата «Кипферон».

Выздоровление отмечались практически у 85% пациенток с купированием клинической симптоматики, отсутствием субъективных жалоб в виде нормализации выделений по количеству, консистенции, запаху, подтвержденных лабораторно:

1) отсутствие ключевых клеток в мазках, окрашенных по Грамму;

2) pH содержимого влагалища < 4,5;

3) отрицательный аминотест, произведенных накануне родоразрешения.

Сопровождалось возрастанием устойчивой адаптации временной организации физиологических функций. Более чем в 2 раза снизилось количество недостоверных ритмов. Восстановилась симфазность параметров основных функций жизнеобеспечения, увеличилось количество циркадианных ритмов, что свидетельствовало о достижении высокого терапевтического эффекта.

У беременных контрольной группы, получавших монотерапию, сохранялись сниженными показатели абсолютного и относительного иммунитета, признаки физиологического десинхронизма. У 15% пациенток при дальнейшем наблюдении отмечались клинические проявления вагиноза.

Более чем у 20% пациенток из числа пролеченных методом двухэтапной хронотерапии удалось проследить состояние здоровья новорожденных. Ранний неонатальный период у них протекал без клинико-морфологических признаков внутриутробного инфицирования. Новорожденные данной группы находились в условиях совместного пребывания матери и ребенка, выписаны на 4-5 сутки с положительной динамикой веса.

Выводы

1. При наличии клинических проявлениях инфекции половых путей у беременных необходимо проведение комплексного лабораторно-функционального обследования для определения формы патологии.

2. У беременных с бактериальным вагинозом имеет место срыв физиологической адаптации с преобладанием патологического десинхронизма.

3. Следует считать оправданным применение лечебного комплекса с включением адекватной комплексной иммунокорректирующей и противовоспалительной терапии с учетом возбудителя при условии учета хронотипа пациентки.

Список литературы

1. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., Хронобиология и хрономедицина. – М.: Триада – X, 2000. – 488 с.
2. Радзинский В.Е. Ранние сроки беременности / В.Е. Радзинский, А.А. Орджоникидзе. – М.: Status Praesens, 2009. – 479 с.
3. Хильдебрандт Г., Мозер М., Лехофер М., Хронобиология и хрономедицина. – Арнебия, 2006. – 144 с.

ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ СИНУСИТОВ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стагниева И.В., Ромашевская И.И.

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: irinastagnieva@yandex.ru*

В настоящее время клиническая картина многих заболеваний претерпевает изменения. Появляются атипичные и стертые формы синуситов [1]. Целью исследования явилось изучение изменений морфологической картины слизистой оболочки пазух у больных с синуситами, клинические признаки которого не соответствуют классическим представлениям. Для определения зависимости выраженности клинических признаков синусита от морфологических изменений слизистой оболочки околоносовых пазух, мы провели ее электронномикроскопическое исследование у 60 больных, которые были разделены на три группы.

В I группу вошли больные с синуситами, у которых течение заболевания проявлялось всеми клиническими признаками [2, 3], включая выраженный локальный болевой симптом. Во II группу вошли больные с латентными формами синуситов, у которых клиника заболевания была стертой, атипичной, особенностью течения воспалительного процесса было отсутствие локального болевого симптома, при этом наличие заболевания было подтверждено дополнительными методами исследования. III группу составили больные, оперированные по поводу остеома пазух (чаще лобных пазух). Течение заболевания у больных этой группы сопровождалось болевым симптомом. Они были выбраны в качестве контрольной группы с неизменной слизистой оболочкой пазух. Фрагменты слизистой оболочки для электронно-микроскопического исследования размером 1 кв. мм были получены при эндоскопических вмешательствах на пазухах.

При анализе морфологической структуры слизистой оболочки у больных разных групп наибольшие отличия были выявлены в группе больных с латентной формой заболевания (группа II). Структура клеток слизистой оболочки околоносовых пазух у больных II группы отличалась выраженными признаками секреторной активности. Большое количество слизистых клеток расположено между реснитчатыми эпителиоцитами и характеризуется наличием в апикальной части цитоплазмы множества крупных слизистых и белковых глобул, окруженных мембраной и заполненных хлопьевидным электронносветлым материалом. В некоторых мукоцитах слизистые секреторные гранулы находятся в состоянии опустошения, что свидетельствует об их активной секреторной деятельности. Структура этих клеток напоминает ультраструктуру слизистых клеток, синтезирующих и выделяющих не