

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

только слизь, но и белковый секрет. Состояние комплекса Гольджи свидетельствует о перенапряжении функции синтеза и выведения секрета. Большое количество деконденсированного хроматина и наличие крупного ядрышка в ядре говорит о высокой биосинтетической активности этих клеток. Имеются единичные тканевые базофилы и эозинофилы без признаков дегрануляции. Кровеносные капилляры соединительной ткани собственной пластинки слизистой оболочки лобной пазухи больных II группы дилатированы. В эндотелиоцитах обнаруживаются многочисленные крупные вакуоли и мелкие пиноцитозные пузырьки, что свидетельствует об активном трансэндотелиальном транспорте. В ультраструктуре нервных волокон собственной пластинки слизистой оболочки этой группы больных признаки дистрофических изменений не выявлены.

Структура клеток слизистой оболочки лобных пазух у больных I группы характеризовалась ярко выраженными признаками воспаления. Слизистые клетки содержат небольшое количество слизистых глобул, обращает внимание отсутствие гранул окруженных мембраной и содержащих электронно-плотную сердцевину. Структура этих клеток подтверждает отсутствие синтеза белка. Обращает на себя внимание отечность межклеточного вещества. Среди клеточных элементов соединительной ткани собственной пластинки слизистой лобных пазух этой группы больных многочисленны тканевые базофилы и эозинофилы – клетки, участвующие в тканевой воспалительной реакции. Большинство базофилов и эозинофилов имеют ультраструктурные признаки дегрануляции. Это свидетельствует об активной фазе воспалительной реакции. В собственной пластинке СО этой группы больных кровеносные капилляры также дилатированы. В некоторых капиллярах обнаружены достаточно широкие межэндотелиальные щели, которые являются наиболее вероятным местом диапедеза лейкоцитов из кровеносного русла в перикапиллярную соединительную ткань. В ультраструктуре нервных волокон, встречающихся в собственной пластинке, отмечены признаки отека, дистрофических изменений осевых цилиндров и цитоплазмы леммоцитов.

Структура слизистой оболочки лобных пазух у больных I и III группы очень схожа. Слизистая у больных III группы характеризовалась практически неизменными реснитчатыми клетками, отсутствием признаков синтеза белка и, что особенно удивительно – достаточно выраженными признаками воспаления. Слизистые клетки также содержат небольшое количество слизистых глобул. Комплекс Гольджи имеет обычное расположение и структуру. Также выражена и отечность межклеточного вещества. Среди клеточных элементов соединительной ткани слизистой пазух этой группы больных

много тучных клеток, часто встречаются тканевые базофилы и эозинофилы. Эти клетки имеют ультраструктурные признаки дегрануляции, что свидетельствует об активной фазе воспалительной реакции. В собственной пластинке слизистой оболочки видны расширенные кровеносные капилляры. Имеются дистрофические изменения нервных волокон.

Анализируя полученные данные, можно видеть явные отличия в морфологической структуре слизистой оболочки лобных пазух у больных с латентно протекающими формами синусита и типичной формой: клетки слизистой оболочки лобных пазух у больных с отсутствием ярких клинических проявлений имеют морфологические отличия – на фоне высокой секреторной активности происходит синтез белковых гранул. Клетки слизистой оболочки лобных пазух у больных с выраженными клиническими признаками не секретируют белковых гранул. У больных с болевым симптомом в слизистой оболочке лобных пазух всегда присутствуют морфологические признаки воспалительной реакции, даже при отсутствии их клинических проявлений.

Список литературы

1. Волков А.Г. Современные высокоточные технологии в диагностике параназальных синуситов // Российская ринология. – 2007. – №2. – С. 45-46.
2. Close L.G., Avin J. Headaches and disease of the nose and paranasal sinuses. // Seminars in Neurology. – 1997. – Vol. 17, №4. – P. 351-354.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Изд-во «Миклош», 2002. – 390 с.

ВЕЛНЕС-ТЕХНОЛОГИИ КАК НОВЫЙ ВИД ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В РАБОТЕ СО СТУДЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОТКЛОНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Федорова И.Н.

ГОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»,
Екатеринбург, e-mail: irinafiz-ra@mail.ru

Несмотря на положительные изменения в сфере физической культуры из года в год наблюдается ухудшение здоровья [2, 3, 4]. На сегодняшний день в программах по физическому воспитанию в ССУЗах, мало уделяется внимания интересам и потребностям учащихся, что приводит к потере интереса и ухудшению здоровья.

Так мы организовали занятия по физической культуре со студентами, имеющими отклонения в состоянии здоровья в профессионально-педагогическом колледже.

Наша работа была построена на сохранение и укрепление уже имеющегося здоровья. При подборе средств основной проблемой являлось, то, что состав групп был сформирован из разнообразных заболеваний (ВСД, миопия, сколиоз, и др.).