

*Медицинские науки***УСТРОЙСТВО ДЛЯ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕВЧЕСКИХ
РЕЗОНАТОРОВ И КОРРЕКЦИИ РЕЧИ**

Козлов Л.Б., Немков А.Г.,
Захарчук Е.В., Тусупбекова И.Н.,
Сенникова Е.С.

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная
медицинская академия» Минздрава России,
Тюмень, e-mail: kozlov@tyumsma.ru*

Создано устройство устранения дефектов речи у детей и взрослых, а также для обучения резонансному пению вокалистов и улучшения работы их артикуляционного аппарата. Устройство обеспечивает подвижность мягкого неба, позволяет разрабатывать артикуляционный аппарат не вызывая травматизма мягких тканей носоглотки и может использоваться в качестве массажера.

Технический результат устройства достигается за счет использования двух полых камер, заполненных воздухом под различным давлением, внутренняя камера выполнена из пищевой резины однородной толщины, а наружная камера выполнена из резины с переменной толщиной. Воздух в камеры подается под различным давлением через 2 клапана диаметром 0,8–1,2 см на рукоятке устройства диаметром 1,0 см и длиной 3,0 см. Во внутренней камере обеспечивается давление 30–35 мм вод. ст., а наружной – 20–25 мм вод. ст. Использование эластичной резины снижает травматизм мышечной ткани. Устройство обеспечивает повышение тонуса мышц, а при необходимости и снижение тонуса мышц артикуляционного аппарата.

С использованием предложенного устройства проведено лечение 10 детей в возрасте 5–6 лет с общим недоразвитием речи I–III уровня с явлениями гипертонуса и гипотонуса мышц артикуляционного аппарата. Положительный эффект действия устройства наблюдался через 1–3 мес. регулярного его применения. Использование вокалистамиданного устройства позволило улучшить работу артикуляционного аппарата и расширить вокальный диапазон.

Предложенное устройство не вызывает травматизма мягких тканей у детей и взрослых, улучшает кровоснабжение мышц ротовой полости, комплексно влияет на мобильность и тонус мышц голосового аппарата. Простота устройства и доступность в его применении позволяет использовать его в амбулаторных условиях и при проведении занятий с вокалистами по постановке голоса. Положительный эффект от использования предложенного устройства заключается в обеспечении оптимального функционирования голосовых резонаторов, развития

мышц артикуляционного аппарата, нормализации гипо- и гипертонуса мышц ротовой полости, глотки и гортани. Изготовление устройства не требует больших материальных затрат.

**ТАКТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОГО
ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У
БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Рыжков С.В., Власюк М.Е., Пармон В.Я.,
Егорова Н.П., Алехина М.А., Агишева А.В.,
Богданова Т.В., Курбатова Э.В., Антоненко Г.В.

*ГБУ Ростовской области «Областная больница
№ 2», Ростов-на-Дону, e-mail: aad@aanet.ru*

В основу работы положены результаты исследования 104 беременных, находившихся на сохранении и дальнейшем родоразрешении в ГБУ РО «Областная больница № 2» г. Ростова-на-Дону в связи с развитием обструктивного пиелонефрита. Возраст пациенток в среднем составил $23,6 \pm 0,9$ лет. Для уточнения степени нарушения уродинамики у беременных была проведена фармакоэзографическая проба с фуроосемидом. 37 беременным с пиелонефритом было проведено только консервативное комплексное лечение (1 группа). 35 пациенткам 2 группы с IIIA и IIIB стадией нарушения уродинамики, обструкцией мочевых путей, но без аномалий развития мочевой системы осуществляли стентирование мочеточника катетером-стентом. 32 больным 3 группы при обструкции мочевых путей, в том числе при аномалиях развития мочевой системы, указании на наличие пиелонефрита в анамнезе, в условиях гнойного процесса в почках в пределах нескольких сегментов, накладывали чрескожную нефростому.

Нами была разработана тактика выбора эндоурологического дренирования между стентированием мочеточников и наложением нефростомы. У беременных при остром пиелонефрите с ретенционно-обструктивными осложнениями катетеризация мочеточников катетером-стентом для длительного восстановления пассажа мочи неэффективна при исходном выявлении окклюзии в условиях фармакоэзографического исследования, наличии добавочной петли почечных сосудов как врожденной аномалии, гнойной стадии пиелонефрита и анамнестических указаниях на обострения пиелонефрита еще до беременности, наличии пиелокаликэктазии, а также при гестозе. Беременным из этого контингента оптимальным является выполнение чрескожной пункционной нефростомии и отказ от использования мочеточниковых катетеров-стентов.

При дренировании мочевых путей у больных 2 и 3 группы по сравнению с консервативным ведением пациенток болевой синдром и лейкоцитоз купировались быстрее: во 2 группе на 44,3%, в 3 группе – на 72%; лейкоцитоз – во 2 группе на 53,2%, в 3 группе – на 51,9%. Болевой синдром быстрее всего купировался при наружном дренировании. Так, через трое суток после наложения нефростомы болевой синдром у всех отсутствовал. Во 2 и 3 группах беременных по сравнению с 1 группой были выше темпы снижения СОЭ (на 16,4 и 21,4%), числа палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов. Причина такой разницы в показателях кроется в скорой и успешной нормализации уродинамики во 2 и 3 группах. Напротив, при эндоурологических вмешательствах во 2 и 3 группах мочевой синдром и дизурические расстройства были более продолжительными (до 10 суток), чем при консервативной тактике (до 3 суток), особенно среди пациенток 2 группы. При внутреннем дренировании продолжительность лейкоцитурии ($12,41 \pm 0,23$ сут) и эритроцитурии ($7,85 \pm 0,43$ сут) была намного выше аналогичных величин в 1 ($3,72 \pm 0,15$ и $3,53 \pm 0,32$ сут, соответственно) и 3 ($5,32 \pm 0,37$ и $4,64 \pm 0,39$ сут, соответственно) группах. Сравнение показателей пациенток при наружном и внутреннем дренировании показало более низкие значения лейкоцитов ($10,3 \pm 1,4$ на $10^9/л$) при накладывании нефростомы по сравнению с использованием катетеризации ($11,4 \pm 1,5$ на $10^9/л$). Сравнительный анализ показал, что у беременных с обструктивным пиелонефритом при накладывании чрескожной пункционной нефростомы по сравнению с внутренним дренированием мочеточников катетером-стентами консервативным ведением наблюдалось более эффективное снижение мочевины крови, восстановление кислотно-щелочного состояния крови с нормализацией парциального напряжения кислорода.

Таким образом, наружное дренирование мочевых путей является наиболее эффективным способом лечения обструктивного пиелонефрита у беременных.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН
С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ С ОСЛОЖНЕННЫМИ
КАРДИАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ**

Рыжков С.В., Порываева М.Ю., Бережная О.Г., Михайлов О.Г., Зинченко Е.В., Ковпий Ю.В., Курбатова Э.В., Антоненко Г.В.

ГБУ Ростовской области «Областная больница № 2», Ростов-на-Дону, e-mail: aad@aanet.ru

Целью работы явилось проанализировать особенности течения беременности у женщин при недифференцированной дисплазии соеди-

нительной ткани (НДСТ) с осложненными кардиальными формами.

В исследование были включены 247 беременных с НДСТ, разделенных на 6 групп. 1 группу составили 35 беременных с пролапсом митрального клапана (ПМК), осложненным объемной перегрузкой левого предсердия сердца и сердечной недостаточностью. 40 пациенток с множественными аномально расположенными хордами (МАРХ) левого желудочка (ЛЖ), осложненными диастолической дисфункцией и аритмиями, были объединены во 2 группу, 35 беременных с сочетанием ПМК и МАРХ ЛЖ, осложненным систолической и диастолической дисфункцией сердца, аритмиями – в 3 группу. 4 группу составили 76 беременных с осложненной ДСТС, получавшие кроме стандартной терапии лечение препаратами магния. В качестве группы сравнения выступали 30 беременных с недостаточностью митрального клапана. Контрольную группу составили 31 пациентка с физиологически протекающей беременностью и отсутствием соматической патологии.

При изучении особенностей протекания беременности у пациенток с осложненной ДСТС было выявлено, что угроза прерывания беременности была частым осложнением и наблюдалась в 1 группе в 31,4%, во 2 – в 42,5% и в 3 группе – в 42,9%. Лечение препаратами магния в 4 группе привело к снижению частоты угрозы прерывания беременности до 19,7%. В группе сравнения угроза прерывания беременности наблюдалась реже – в 20% случаев. Ранний токсикоз наблюдался практически в половине случаев у пациенток с ПМК: в 45,7% в 1-й и в 48,6% в 3-й группах. У беременных с МАРХ во 2-й группе и в группе сравнения ранний токсикоз встречался реже: в 22,5 и 20%. Истмико-цервикальная недостаточность в единичном случае встречалась во 2, 3 и 4 группах. В 1 и 2 группах гестоз встречался в 40%, в 3 группе – в половине случаев (51,4%), а в группе сравнения – в 43,3%. При лечении препаратами магния частота гестоза в группе снижалась и была 25%. Плацентарная недостаточность была частым осложнением в клинических группах: в 1 и 2 группах в 40 и 37,5%, а в 3 и 4 группах, соответственно, в 57,1 и 63,3%. При лечении препаратами магния встречаемость плацентарной недостаточности несколько снижалась до 28,9%. Частота задержки роста плода (ЗРП) была различной: в 1-й – в 20%, во 2-й – в 5%, в 3-й – в 42,9% и в 4-й – в 6,6%, в группе сравнения – в 56,7% и в контрольной группе – в 3,2%.

Нами было установлено, что тип ДСТС и характер осложнений влиял на частоту появления осложнений гестации. При объемной перегрузке сердца у беременных с ПМК структура патологии беременности во многом повторяла таковую при митральной недостаточности.