

казало, что чаще всего в бронхиальном секрете выявляется стафилококковая флора (50%), стрептококк и пневмококк выявлены в 9% и 10% соответственно, таким образом, у данного контингента обследованных эндоскопически больных, обнаружены как неспецифические изменения в бронхах, так и патология, связанная с перенесенным специфическим процессом в бронхах. Даже ограниченные эндобронхиты при туберкулезе легких (локальные, односторонние) снижают защитную функцию бронхов, делая их чувствительными к неблагоприятным факторам внешней среды (вторичной инфекции, загрязнению атмосферного воздуха и т.д.).

В свою очередь ХБОД является заболеванием, ускоряющим развитие туберкулеза или его рецидивов и способствуют его неблагоприятному течению. Поэтому необходимо проводить профилактические осмотры больных не реже 2-х раз в год, как группы повышенного риска заболевания туберкулезом. У больных с посттуберкулезными изменениями при обострении у них ХБОД необходимо также исследование мокроты на микобактерии туберкулезом, чтобы не пропустить рецидив специфического процесса.

Туберкулез легких создает условия для возникновения ХБОД, определенное значение в возникновении посттуберкулезных изменений придается перестройки архитектоники легочной ткани и нарушение дренажной функции бронхов.

Сложность диагностики сочетанных заболеваний вынуждает врачей постоянно повышать квалификацию и использовать все диагностические возможности.

Распространенность ХБОД среди населения, в этом числе среди больных, состоящих на учете в туберкулезных диспансерах, высокий уровень их инвалидизации – позволяет нам считать профилактику неспецифических заболеваний легких одной из важнейших задач здравоохранения.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Актуальные проблемы науки и образования», ВРАДЕРО (Куба), 20-30 марта 2006г. Поступила в редакцию 13.02.2006г.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИОМЫ МАТКИ 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Кипяткова Н.Г.

*Российский Университет Дружбы Народов,
Москва*

Миома матки (лейомиома)- доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия, является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое встречается у 35-40% женщин старше 35 лет, после 40 лет она диагностируется в 60-70% случаев. Миома матки может достигать гигантских размеров-больше 20 недель беременности. Клиническая картина при миоме отличается широким разнообразием и зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли- симптоматически может проявляться обильными дисфункциональными маточными кровотечениями- анемией; хроническим болевым синдром, син-

дром сдавления соседних органов- что часто встречается при значительном увеличении миомы матки в размерах.

Цель данного исследования - продемонстрировать уникальный случай миомы матки 36 недель беременности в условиях городского мегаполиса.

Методы исследования- сбор анамнеза; осмотр; УЗИ органов малого таза; клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма.

Под нашим наблюдением в гинекологическом отделении ГКБ № 64 г.Москвы- на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, находилась больная Ш.,47 лет- поступила в больницу 3.ХП.05 для планового оперативного лечения с диагнозом- «Миома матки быстрорастущая гигантских размеров. Анемия II ст. При поступлении жаловалась на затрудненное мочеиспускание, чувство дискомфорта в области живота, слабость.

История настоящего заболевания- Миома матки 12-14 недель беременности диагностирована в октябре 1999 г.- больной было предложено оперативное лечение, от которого она отказалась по семейным обстоятельствам. С октября 2000 года - отмечает меноррагии, по поводу чего было произведено раздельное диагностическое выскабливание (гистология не известна). В дальнейшем у гинеколога не наблюдалась до октября 2005 г. В августе 2005 г.- появились жалобы на головокружение, затрудненное мочеиспускание. В клиническом анализе крови отмечалась выраженная анемия (Hb до 56 г/л). В октябре 2005 г. с вышеуказанными жалобами обратилась к врачу женской консультации и была направлена в ГКБ№ 64. Из гинекологического анамнеза- менструации с 14 лет, по 5-6 дней, через 25-26 дней, регулярные, безболезненные, обильные. Последняя менструация- 27/X-3/XI.05. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Имела 4 беременности, которые закончились 2 своевременными родами и двумя искусственными абортами; без осложнений. Среди гинекологических заболеваний- миома матки с 1999 г. Венерические заболевания- отрицает. Влагалищное исследование- тело матки в срединном положении, увеличено до 36-37 недель беременности, плотное, неподвижное, безболезненное. Придатки (справа и слева)- без особенностей. Своды- свободные, безболезненные. Выделения из половых путей- слизистые. Общий статус- состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Рост-168 см, вес-102 кг (ИМТ= 36). АД- 140/80 мм.рт.ст., пульс- 76 уд. в минуту, ритмичный. Живот- увеличен за счет объемного образования с бугристой поверхностью, плотное, неподвижное, безболезненное, на 35-40см выше лона. Данные лабораторных методов исследования- клин. анализ крови (от 3.ХП.05):Hb-63 г/л, эритроц.- $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц.- $10,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-20 мм/час; биохимич. анализ крови (от 3.ХП.05): креатинин (сыв.)-66 мкмоль/л, общий билирубин-8,9 мкмоль/л, К-3,59 ммоль/л, С1-102,6 ммоль/л, общ.белок-57,7 г/л, Fe-2,0 мкмоль/л; коагулограмма (3.ХП.05): ПТИ-67 сек, концентрация фибриногена 535 мг/дл, АЧТВ- 30 сек. По данным УЗИ органов малого таза (от 13.Х.05)- миома матки быстрорастущая гигантских размеров, множествен-

ные миоматозные узлы в 8, 15, 30 см с признаками вторичных изменений.

Клинический диагноз- миома матки гигантских размеров (36-37 недель беременности). Анемия II степени. Нарушение жирового обмена II-III ст.

Больной Ш. в плановом порядке было произведено оперативное вмешательство в объеме- Срединная лапаротомии. Надвлагалищная ампутация матки (учитывая отсутствие каких-либо изменений со стороны шейки матки) с придатками. Интраоперационная кровопотеря составила- 700 мл. Полученный макропрепарат представлен в виде тела матки, увеличенное за счет множественных интерстициально - субсерозных миоматозных узлов до 36-37 недель беременности, диаметр узлов от 8-20 см. Гистологическое заключение- железистая гиперплазия эндометрия, Аденомиоз I ст., строение миоматозных узлов соответствуют лейомиомам. Очаговый эндометриоз стенки маточной трубы.

В послеоперационный период - проводилось переливание эритроцитарной массы, общеукрепляющее лечение, антибиотикотерапия. Послеоперационный период (ранний и поздний)- протекал без осложнений.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Актуальные проблемы науки и образования», ВВАДЕРО (Куба), 20-30 марта 2006г. Поступила в редакцию 09.02.2006г.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ СОЛЯНЫХ ПАЛАТ НА ОРГАНИЗМ ПАЦИЕНТОВ

Кириченко Л.В., Баранников В.Г.,
Дементьев С.В., Киреев Л.Д.

*Пермская государственная медицинская академия,
Пермь*

Важнейшей задачей современной профилактической медицины является поиск и применение немедикаментозных способов коррекции функциональных изменений физиологических систем организма.

Одним из таких способов является спелеоклиматотерапия, использующая относительно стабильный микроклимат сильвинитовых спелеоклиматических палат. Факторы этого микроклимата, воздействующие в пределах гермезиса, осуществляют своеобразное комплексное воздействие на организм человека.

В настоящее время многие лечебно - профилактические учреждения России располагают соляными микроклиматическими палатами «Сильвин[®]», воспроизводящими биоположительную среду природных калийных спелеолечебниц, обладающими широкими возможностями воздействия на различные патогенетические звенья заболеваний.

Физиологические исследования проводились в соляных палатах функционирующих в городе Перми и Пермской области. Опытную группу составляли 35 больных в возрасте 14-55 лет, которым наряду с базисной медикаментозной терапией проводили курс солелечения, контрольную – 30 больных, получающих стандартную базисную терапию. В ходе исследований изучалось функциональное состояние дыха-

тельной, сердечно-сосудистой и иммунной систем. Курс лечения состоял из десяти ежедневных процедур продолжительностью 60 минут.

Под влиянием основных лечебных факторов соляных микроклиматических палат «Сильвин[®]» выявлена положительная динамика показателей функции внешнего дыхания уже после первого физиотерапевтического сеанса. Основные показатели функции внешнего дыхания увеличились на 10-20%. Уменьшилось бронхиальное сопротивление, как на вдохе, так и на выдохе. Положительные изменения показателей функции внешнего дыхания отражают уменьшение обструктивных нарушений воздухопроводящих путей.

Курс солелечения оказывал положительное воздействие не только на функциональное состояние бронхолегочного аппарата, но и на сердечно-сосудистую систему. Было выявлено уменьшение частоты сердечных сокращений на 6-20 уд./мин и исходно повышенного систолического и диастолического давления у пациентов на 10-20 мм.рт.ст. У больных, имевших пониженное артериальное давление происходило его увеличение на 5-10 мм.рт.ст.

Лечебная среда соляных палат положительно воздействовала на условно-патогенную микрофлору слизистых оболочек бронхиального дерева, существенно снижая нагрузку на иммунную систему пациента (элиминация аллергенов и поллютантов) и активизируя адаптацию и саморегуляцию организма. Иммунологические исследования, проведенные по методике, основанной на измерении изменения светопропускания взвеси культуры клеток *Micrococcus lisodeicticus* под влиянием лизоцима слюны по сравнению с исходной взвесью показали, что увеличение исходного процентного содержания лизоцима в слюне у 80% пациентов опытной группы происходило уже к середине курса лечения. По окончании физиотерапевтического курса у 90% больных наблюдалось достоверное повышение неспецифического иммунитета.

В контрольной группе, в отличие от опытной, позитивная динамика показателей функции кардиореспираторной системы отмечалась лишь у 50% пациентов по окончании проведенной медикаментозной терапии. У данных больных к середине срока нахождения в стационаре происходило некоторое повышение неспецифического иммунитета, которое к концу лечения сменялось его понижением.

На эффективность лечения пациентов в соляных микроклиматических палатах оказывали влияние ряд гигиенических факторов, способствующих динамическим изменениям их основных лечебных свойств. К ним относятся: месторасположение соляной палаты на территории города и лечебно-профилактического учреждения, качество подаваемого воздуха, оборудование систем вентиляции и кондиционирования, продолжительность сеансов солелечения, количества пациентов, соблюдение санитарно-гигиенических норм при эксплуатации и т.д.

Положительным сдвигам функционального состояния органов дыхания и кровообращения также способствовала музыкотерапия, осуществляемая с помощью оригинальных специально разработанных