

цитов (83,3%), белковой дистрофией миокардиоцитов (50%), дистрофией канальцевого эпителия почек (50%). Во 2 группе чаще встречались лимфоклеточная инфильтрация подслизистого слоя верхних дыхательных путей (37,5%), пневмонические инфильтраты (75%), жировая (50%) и белковая (12,5%) дистрофия гепатоцитов, дистрофия (75%) и некроз (25%) канальцевого эпителия почек, периваскулярная инфильтрация головного мозга (37,5%), очаговый серозно-клеточный (25%) и межочечный миокардит (25%).

Таким образом, летальные исходы при дифтерии наблюдались преимущественно у поздно госпитализированных больных старше 50-летнего возраста с наиболее тяжелыми формами дифтерии и фоновыми заболеваниями сердца и сосудов, хроническими алкоголизмом. Инфекционно-токсический миокардит, полинейропатия, нефрозонефрит и пневмония являлись наиболее частыми осложнениями и причинами смерти при дифтерии. Характер патоморфоза в первые две недели дифтерии был опосредован преимущественно влиянием дифтерийного токсина. В более поздние сроки патоморфологические изменения отличались углубленными видами дистрофии, воспалительными и склеротическими изменениями, которые развивались вследствие продолжительных метаболических нарушений, присоединения вторичной бактериальной флоры. Полученные результаты аутопсии в дальнейшем следует учитывать в диагностических и лечебных мероприятиях больных с тяжелым течением дифтерии. В частности, у лиц старших возрастных групп с фоновыми заболеваниями целесообразен мониторинговый лабораторный и инструментальный контроль полиоргановых нарушений с последующей эффективной их коррекцией. Не менее важна профилактика и своевременное лечение неспецифических пневмоний, которые, в зависимости от причин их возникновения, помимо традиционных антибактериальных препаратов, требуют иммунокорректирующей терапии, бронхоскопического лаважа и др.

Опыт нейросонографической диагностики внутричерепных кровоизлияний у недоношенных новорожденных по материалам Ростовского областного перинатального центра.

Землянская Н. В.

Городская больница №20, Ростов-на-Дону

С целью изучения структуры перинатального поражения головного мозга у недоношенных новорожденных обследован 641 новорожденный со сроками гестации 25 – 36 недель, находившийся на лечении и обследовании в отделении для недоношенных детей областного перинатального центра за период с января по ноябрь 2003 года.

Нейросонографическое исследование производилось аппаратом HDI-1500 (ATL-Philips, США) в 2D-режиме в условиях основного обмена.

В результате проведенного исследования установлено, что наиболее частым поражением головного мозга являются перивентрикулярные кровоизлияния (у 91 пациента – 14,2%). Наиболее частой локализацией таких кровоизлияний является левый боковой

желудочек (60 наблюдений – 66,0%) из которых у 16 новорожденных (26,7%) отмечались перивентрикулярные кровоизлияния (ПВК) 1 степени по классификации Л. Пепайла (1978 г.), у 20 (33,3%) – 2 степени, у 22 (36,7%) – 3 степени. Реже такого типа кровоизлияния регистрируются в оба боковых желудочка одновременно (17 наблюдений – 2,7%), из них ПВК 1 степени 1 раз (5,9%), ПВК 2 степени – 3 раза (17,6%), ПВК 3 степени – 13 раз (76,5%). Кровоизлияния в правый боковой желудочек отмечались в 11 случаях (12,1%), из которых ПВК 1 степени составили 4 (36,4%), ПВК 2 степени – 5 (45,5%) и ПВК 3 степени – 2 (18,2%). Наиболее редкой локализацией кровоизлияний является таламус, которые регистрировались в этой области головного мозга в 3 случаях (3,3%).

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод о том, что кровоизлияния имеют неоднородную локализацию в головном мозге недоношенных новорожденных, преимущественно возникают в левом боковом желудочке и реже всего в таламусе, что, по-видимому зависит от неоднородности кровоснабжения различных отделов головного мозга.

Корреляционный анализ морфометрических показателей почек и вегетативных структур при хроническом эндотоксикозе

Калашникова С.А., Фролов В.И., Востриков С.М., Новочадов В. В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский научный центр РАМН, Волгоград

Эндотоксикоз (ЭТ) является типовым патологическим процессом, обуславливающим течение и тяжесть многих заболеваний человека [Мишнев О.Д. с соавт., 2003; Eisenhuber E., et al., 1998]. Важная роль по выведению эндотоксина из организма принадлежит почкам, более того, острая почечная недостаточность является практическим облигатным синдромом шокового процесса любой этиологии, в том числе эндотоксического. Почки находятся в строгой иерархической системе нейрогуморальной регуляции, подчиняясь влияниям различных отделов нервной системы. Однако вопрос о том, какие нервные структуры вовлечены в ЭТ, и какие непосредственно связаны с изменением почек, остается неизученным.

Хронический ЭТ с преимущественным поражением почечной паренхимы воспроизводили по оригинальной методике с многократным применением малых доз ТХМ и микробного ЛПС в течение 90 суток [Новочадов В.В., 2001]. Морфологическое исследование включало изучение ткани почек в окраске гематоксилином и эозином, нервных структур – дополнительно тионином по Нисслию и серебрением. Полученные морфометрические показатели были подвергнуты корреляционному анализу.

При анализе показателей морфометрии клубочков были выявлены их корреляционные связи с объемной долей, средним объемом и объемной плотностью различных вегетативных структур, преимущественно продолговатого мозга и гипоталамуса. Свобод-