

следующим образом. После операции кесарево сечение хирургическая раневая инфекция (ХРИ) наблюдалась в 10 случаях (6,5 %); ХРИ после родоразрешения через естественные родовые пути – в 8 случаях (5,3%). Инфекции репродуктивных органов (ИРО) имели место в 2 случаях (1,3 %). Кроме того, в 18 случаях наблюдалось нарушение инволюции матки (12 %). Таким образом, частота возникновения ГСЗ в 1 группе женщин составила 13,3 на 100 родоразрешений (20 случаев).

Во 2 группе пациенток ХРИ после операции кесарево сечение наблюдалась в 1 случае (0,6 %); ХРИ после родоразрешения через естественные родовые пути – в 5 случаях (3,3 %); ИРО – в 1 случае (0,6 %). Нарушения инволюции послеродовой матки наблюдались у 15 женщин (9,9 %). Частота возникновения ГСЗ у пациенток 2 группы составила 8 на 100 родоразрешений (12 случаев).

Для оценки силы воздействия гестоза в последнем триместре беременности на возникновение ГСЗ у родильниц в послеродовом периоде вышеуказанные данные были занесены в четырехпольную таблицу; рассчитан показатель относительного риска. Его значение оказалось равным 1,6, что свидетельствует о наличии силы связи между гестозом в последнем триместре беременности и развитием ГСЗ у родильниц в послеродовом периоде, а также достоверной силе связи между присутствием у женщин различных форм гестоза перед родами и частотой возникновения послеродовых ГСЗ.

Результаты проведенного исследования позволяют считать, что имеется высокая вероятность того, что гестоз в последнем триместре беременности является одним из факторов, приводящих к увеличению частоты возникновения ГСЗ у родильниц в послеродовом периоде.

Морфологические аспекты изучения ВИЧ-инфекции

Бархина Т.Г.

Научно-исследовательский Институт Морфологии человека РАМН, Москва

Морфологическим аспектам проблемы ВИЧ-инфекции уделяется незаслуженно малое внимание. Это, по всей вероятности, обусловлено трудностями технического, гуманитарного и методологического характера.

Нами проведен морфологический и частично эпидемиологический анализ аутопсийного, биопсийного и операционного материала, полученного в проспектах 1-ой (зав. –Е.И. Келли) и 2-ой (зав. – проф. Ю.Г. Пархоменко) клинических инфекционных больниц. Прослежен характер вторичных заболеваний в 1988 г. и показана тенденция его распространения.

Выявлено, что из вторичных заболеваний в конце 80-х годов преобладали саркома Капоши и пневмоцистная пневмония. В 90-х годах на первый план вышли бактериальные инфекции и цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ-инфекция); в начале нашего столетия выходят на первый план туберкулез, сифилис и ЦМВ-инфекция. Нами изучены с помощью различных мор-

фологических методов изменения в органах пищеварительной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем и кожи в различные стадии ВИЧ-инфекции.

Обнаружен ряд характерных ультраструктурных изменений в различных популяциях клеток изучаемых систем. В первую очередь страдают клетки, составляющие так называемые клетки входных ворот инфекции: крови, кожи, бронхиального эпителия, эпителия органов пищеварительной системы. Эти изменения связаны с обнаружением в них вирусных частиц и включений, образованием мембранно-гранулярных структур (МГС), характерных только для ВИЧ-инфекции, деструктивным изменениям органелл клеток различных органов. Эти изменения сопровождаются ослаблением активности основного метаболического фермента – аденилатциклазы в мембранах основных клеточных популяций, участвующих в вирусном поражении.

Значительную морфологическую диагностическую роль играют клетки периферической крови больных в различные стадии заболевания от аденопатии до развернутой стадии СПИД.

О системных метаболических расстройствах при осложнении обструкции верхних мочевых путей вторичным пиелонефритом

Белый Л.Е.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ульяновск

При острой обструкции верхних мочевых путей (ВМП) развивается мочевой стаз, который в совокупности с присоединившейся инфекцией и возникающими рефлюксами может привести к развитию острого гнойного пиелонефрита. В последующем нарастают симптомы интоксикации, вплоть до развития инфекционно-токсического шока.

В связи с этим при изучении необходимо использование целого комплекса методов и разработка ряда критериев, позволяющих прогнозировать дальнейшее течение патологического процесса.

Целью исследования явилось изучение нарушений гомеостаза, возникающих при осложнении обструкции ВМП вторичным воспалением в почечной паренхиме.

Методы исследования: 184 больным с обструкцией ВМП и 43 больным с вторичным обструктивным пиелонефритом выполнялся комплекс клинико-лабораторных исследований: общий анализ мочи, общий анализ крови с определением степени ядерного сдвига в лейкоцитарной формуле и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), микробиологическое исследование мочи и чувствительность высеванной микрофлоры к антибиотикам, изучение системы гемостаза, показателей азотистого обмена.

Результаты: наличие в осадке мочи при ее микроскопии лейкоцитов у больного с острой обструкцией ВМП, несмотря на отсутствие других клинических и лабораторных признаков, является одним из критериев развития обструктивного пиелонефрита.

Превышающий нормальные значения ЛИИ у больного с обструкцией ВМП, продолжающейся бо-

лее суток, по нашему мнению, позволяет говорить о развитии вторичного воспалительного процесса в почечной паренхиме.

При микробиологическом исследовании мочи патогены высокой приоритетности (кишечная палочка, другие энтеробактерии, энтерококки, сапрофитный стафилококк) были высеяны у 27,5% больных. Патогены среднего уровня приоритетности (псевдомонады и другие неферментирующие бактерии, другие стафилококки) были высеяны у 29 72,5% больных. Патогены низкого уровня приоритетности (*Candida albicans*, *Mycobacterium tuberculosis*) не были обнаружены ни в одном случае.

При развитии пиелонефрита на фоне обструкции ВМП отмечаются выраженные гиперкоагуляционные тенденции, усиливающиеся при переходе серозного воспаления в гнойное. Обструкция, являясь одним из этиологических факторов развития пиелонефрита при окклюзионных процессах ВМП, также является и его патогенетическим фактором, усугубляющим течение воспалительного процесса в виде индукции изменений в системе гемостаза.

Азотемия при окклюзионных процессах в ВМП есть не что иное, как проникновение мочи из чашечно-лоханочной системы в ток крови благодаря форникальным рефлюксам, что наблюдается не только при вторичном пиелонефрите, но и при почечной колике. Увеличение уровня мочевины в крови у этих больных имеет большую диагностическую и прогностическую ценность. Она указывает на продолжающееся нарушение пассажа мочи из почки, существование лоханочно-почечных рефлюксов и возможность развития бактериотоксического шока.

Исследование изменений в уринограмме и лейкоцитарной формуле с подсчетом лейкоцитарного индекса интоксикации, анализ патологических сдвигов в системе гемостаза, показателей эндогенной интоксикации позволяет прогнозировать риск развития вторичного пиелонефрита, как осложнения острой обструкции верхних мочевых путей.

Физическая работоспособность и состояние гемодинамики у лиц с повышенным питанием

Бизенков А.В., Киричук В.Ф., Бизенкова Л.Л.,
Подземельников В.Е.

*Военно-медицинский институт, Государственный
медицинский университет, НИИ кардиологии,
Саратов*

Цель исследования. Изучение реакций центральной гемодинамики на дозированную физическую нагрузку у лиц с повышенным ИМТ и ожирением.

Материал и методы. Обследованы лица мужского пола с повышенным питанием (40 чел.), с I степенью ожирения (40 чел.) в возрасте от 26 до 45 лет. В качестве контроля обследована группа практически здоровых мужчин (30 чел.), сопоставимых по возрасту с основной группой. Всем проводилась функциональная проба с использованием 2-х дозированных физических нагрузок, задаваемых с помощью ВЭМ (тест PWC-170). При оценке реакций сердечно-сосудистой системы (ССС) на нагрузку определялись показатели

частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД) непосредственно перед нагрузкой, на высоте каждой ступени ВЭМ и на 1-й, 5-й и 15-й минуте отдыха. Всем обследуемым проведена трансторакальная эхокардиография на ультразвуковой системе на аппарате "Logic-400" (USA). Рассчитывали следующие показатели ЛЖ: конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический (КДР) размеры ЛЖ, сердечный выброс и общепериферическое сопротивление сосудов (ОПС).

Результаты: Гипертензивный тип реакции кровообращения был отмечен у 5 и 12 пациентов I и II групп. При изучении гемодинамики в покое установлено, что для обследуемых с ожирением и повышением ИМТ характерны увеличение сердечного выброса и нормальные величины ОПС гиперкинетический тип гемодинамики. При анализе частоты пульса было отмечено, что в преднагрузочном периоде и в ходе проведения ВЭМ достоверных различий этого показателя у представителей основных и контрольной групп не определяется ($p > 0,05$). Вместе с тем, нормализация ЧСС после окончания ВЭМ у пациентов с повышенным ИМТ наступала несколько позже. Так, на 5-й минуте отдыха средние значения этого показателя у лиц основных групп составили 107,5 11,7 уд/мин, тогда как у представителей контрольной группы - 89,0 8,4 уд/мин ($p < 0,05$). Через 15 минут после прекращения нагрузки у лиц с повышенным ИМТ еще сохранялась тенденция к тахикардии (93,1 7,1 уд/мин), в то время как у здоровых лиц показатели пульса практически не отличались от исходных значений (76,8 6,5 уд/мин). Анализ показателей систолического АД в течение первых 15 минут после прекращения нагрузки показал, что снижение его уровня у лиц с ожирением происходит значительно медленнее, чем в группе контроля. Так, у пациентов с ожирением значения САД на пятой (141,5 16,7 мм рт.ст.) и пятнадцатой (131,1 11,6 мм рт.ст.) минутах отдыха достоверно превышают таковые у здоровых лиц (120,7 11,1 мм рт.ст. и 119,2 14,1 мм рт.ст. соответственно, $p < 0,05$). В I группе значение PWC-170 достигло 940 57,9; в II группе - 827,2 68,3 кгм*мин. Различия по сравнению с показателями контрольной группы были высоко достоверными ($p < 0,001$ в II группе и $p < 0,05$ в I группе).

Закключение: Ступенчатое повышение мощности нагрузки сопровождалось увеличением средних значений ЧСС и САД. Восстановительный период характеризовался уменьшением показателей ЧСС и САД и повышением уровня ДАД. При ожирении возврат к исходному уровню ЧСС и САД происходил значительно позже, чем в контрольной группе, что свидетельствовало об уменьшении толерантности этих лиц к физическим нагрузкам и возрастанию симпатической активности. Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что лица с повышенным и высоким ИМТ имеют гиперкинетический тип гемодинамики и низкий функциональный резерв сердечно-сосудистой системы.