

4. Карташевская М.И. Экспериментальное обоснование выбора антиоксидантных препаратов для лечения язвенной болезни желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Старая Купавна, 2005. – 26 с.

5. Циммерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* – инфекцией: состояние проблемы и перспективы // Клин. мед. – 2006. – № 3. – С. 9–14.

6. Подопригорова В.Г. Оксидативный стресс и язвенная болезнь. – М.: Медицина, 2004. – 176 с.

7. Шакаева Т.А. Клинико-биохимические критерии прогноза течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 25 с.

8. Свиницкий А.С. Эрозии желудка: вопросы патогенеза, клиника, диагностика и лечение / А.С. Свиницкий, Г.А. Соловьева // Клин. мед. – 2008. – № 8. – С. 19–24.

9. Власов А.П. Изменения активности фосфолипазы А₂ и перекисного окисления липидов при эндотоксикозе в условиях экспериментального перитонита / А.П. Власов, Т.В. Тарасова, В.А. Трофимов // Бюлл. эксперим. биол. и мед. – 2000. – Т. 129, № 1. – С. 31–33.

10. Взаимосвязь эндогенной интоксикации и избыточной массы тела / Ж. Абылайұлы, К.П. Ошакбаев, Б.Н. Кожобекова [и др.] // Клин. мед. – 2005. – № 11. – С. 53–58.

11. Аберяев Н.В. Экспериментально-клиническое обоснование энтеропротекторной терапии при различных формах острого панкреатита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.

12. Власов А.П. Системный липидный дистресс – синдром при панкреатите / А.П. Власов, В.А. Трофимов, Т.В. Тарасова. – Саранск: Тип. «Крас. Окт.», 2004. – 316 с.

13. Мосина Л.М. Изменения компонентов липидного метаболизма при ульцерогенезе и возможности их коррекции препаратами антиоксидантного типа действия (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 39 с.

МИКРОБОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПРИ АДНЕКСИТЕ

Мясникова А.В., Потатуркина-Нестерова Н.И.,
Немова И.С.

Ульяновский государственный университет,
Ульяновск, e-mail: snovidenie73@rambler.ru

Микроорганизмы, заселяющие слизистые оболочки влагалища, цервикального канала, могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии воспалительных заболеваний внутренних половых органов (Долгушина В.Ф. и др., 2008).

Целью работы явилось изучение видового состава микробоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста, больных аднекситом. Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили согласно приказу № 535 от 22.04.85. Определение чувствительности данных штаммов к антибиотикам проводили диско-диффузным методом.

В результате исследования выявлено наличие нарушений нормальной микрофлоры влагалища у обследованных. Были идентифицированы такие микроорганизмы как *Staphylococcus* spp. (31,8%), *Enterococcus* spp. (17,5%), *Streptococcus* spp. (14,2%), *Corynebacterium* spp. (1,1%), *Enterobacteriaceae* (14,3%), встречаемость *Candida* spp. составила 20,9%. Выявленные изменения микрофлоры сопровождались снижением содержания представителей нормальной микробиоты – *Lactobacillus*

spp., *Bifidobacterium* spp. и др. Среди патогенных бактерий выделены – *S. aureus* (3,8%) и *S. pyogenes* (4,4%).

Изучение антибиотикорезистентности патогенной флоры показала, резистентностью к эритромицину обладали 60% штаммов *S. aureus*, к ампициллину – 56,7%, к пенициллину – 53,3%. В отношении *S. aureus* были активны такие антибиотики как гентамицин (80%), ципрофлоксацин (76,7%), амикацин (73,3%) и доксициклин (66,7%).

Среди культур *S. pyogenes* чувствительны к пенициллину 60%, ципрофлоксацину 73,3%, амикацину 66,7%, ампициллин (73,3%). Резистентность к эритромицину составила 66,7%, к оксациллину – 73,3%, к линкомицину – 60% и к гентамицину – 60%.

Таким образом, при аднексите происходит изменение микрофлоры влагалища, характеризующееся появлением представителей патогенной биоты (*S. aureus*, *S. pyogenes*). Указанные изменения развивались на фоне снижения содержания нормальной микробиоты.

Микрофлора влагалища при аднексите чувствительна к фторхинолонам и аминогликозидам. Представители патогенной флоры резистентны к макролидам и антибиотикам пенициллинового ряда.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Нестеров А.С., Машина М.В.

Ульяновский государственный университет,
Ульяновск, e-mail: mashina_mv@mail.ru

В структуре хронических заболеваний кожи экономически развитых стран больные псориазом составляют 3-5%. В последние десятилетия изучению этиологии и патогенеза псориаза уделяется большое внимание во всем мире, так как от решения этих вопросов зависит правильная тактика лечения. Исследованиями установлено, что у больных псориазом имеются изменения во всех системах организма, сохраняющиеся даже в периоды стойкой ремиссии, а также ассоциации псориаза с обменными и сосудистыми нарушениями (Владимиров В.В., Владимирова Е.В., 2006). Имеются данные об изменении состояния сердечно-сосудистой системы: нарушения ритма по типу брадикардии, синусовой аритмии, снижения высоты зубцов R и T при электрокардиографических исследованиях (Катунина О.Р., 2005).

Нарушения микроциркуляторного русла кожи является доминирующим звеном в гистологической эволюции псориазических элементов. Патологические изменения в сосудах пораженной и видимо здоровой кожи у больных псориазом имеют характерные признаки, которые выявляются не только у больных с высыпаниями на коже, но и у здоровых родственников.

Наиболее типичными изменениями являются: расширение сосудов микроциркуляторного русла, повышение их проницаемости, извилистость капилляров, более выраженная в венозном отделе капиллярной петли, кровоснабжающей сосочки дермы.

Цель: изучить суточный профиль артериального давления у больных псориазом.

Нами было обследовано 30 больных псориазом, из них 14 мужчин и 16 женщин в возрасте от 22 до 82 лет. Вульгарная форма псориаза была диагностирована у 13 больных, и артропатическая форма псориаза – у 17 больных. Всем больным проводился дерматовенерологический и ревматологический осмотры, суточное мониторирование артериального давления (АД). Для объективной оценки тяжести течения кожного процесса была использована классификация Национального фонда псориаза США. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы. Статистическую обработку проводили с использованием прикладных программ Statistica 6.0 и Excel.

Среди 30 обследованных псориазом у 24 больных (80%) выявлен тяжелый уровень и у 6 (20%) – средний уровнем тяжести заболевания. У 17 больных (56%) выявлена артропатическая форма псориаза и у 13 больных (44%) – вульгарная форма псориаза. При среднем и тяжелом уровнях тяжести заболевания сохранялся суточный профиль АД, сопоставимый с контрольной группой. У больных артропатической формой псориаза группа *dipper* – 4 человека (24%), *non-dipper* – 6 человек (35%), *night-peaker* – 3 (17%) человека и *over-dipper* – 4 (24%) человека. У больных вульгарной формой псориаза группа *dipper* – 11 человек (85%), *non-dipper* – 2 (15%) человек.

Таким образом, в нашем исследовании преобладали больные с артропатической формой псориаза и тяжелой степенью тяжести заболевания. Среди больных с артропатической формой псориаза в 35% случаев выявлялся патологический суточный профиль АД – *non-dipper*. Полученные результаты необходимо учитывать при назначении комплексной терапии.

**ЛИМФОМА И ГЕРМАФРОДИТИЗМ,
КАК ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРНОЙ
ПЕРЕСТРОЙКЕ X-ХРОМОСОМЫ**

Соколова Т.А.

Красноярский государственный медицинский университет, им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, e-mail: tatiana_sokolova@mail.ru

Фолликулярная лимфома – это моноклональная опухоль из зрелых В лимфоидных клеток, происходящих из фолликулярного центра лимфатических узлов. Фолликулярная лимфо-

ма – наиболее часто встречающийся вариант среди индолентных неходжкинских лимфом (НХЛ); занимает второе место среди всех НХЛ после диффузной В крупноклеточной лимфомы.

По данным литературы, потеря части X-хромосомы и расположенных на ней генов гормоно- и иммунопозза может приводить к возникновению заболеваний группы гемобластозов.

Истинный гермафродитизм (синдром двуполых гонад) среди других форм аномалий полового развития встречается достаточно редко. Характерной основной чертой этой патологии является наличие у индивидуума одновременно как мужских, так и женских элементов гонады. Патология может быть заподозрена у ребенка уже при рождении вследствие неопределенного строения наружных половых органов.

Однако гистологическое заключение является основным критерием для окончательного диагноза.

Для иллюстрации сказанного приводим следующее наблюдение.

Больная К., 21 год (генетическая карта № 28 569).

Родилась от П срочных родов у молодых родителей, состоящих в не родственном браке. Масса при рождении 3000,0 гр., длина тела – 52 см. Со слов мамы, пол пробанда при рождении вызывал сомнение, но был определен как женский, и ребенок воспитывался как девочка. Развитие пробанда не отличалось от возрастных критериев. Половое развитие протекало по женскому типу. Менархе с 15 лет, регулярные, очень обильные.

С 20 лет пробанд наблюдается гематологом с диагнозом Фолликулярная лимфома. Отмечает незначительное увеличение периферических паховых лимфоузлов, которые имеют тенденцию уменьшаться и вновь возникать. Специфического лечения пациентка не получала, для курирования была выбрана тактика активного наблюдения.

В возрасте 21 года больной по поводу гнойного перитонита была проведена лапаротомия, во время которой обнаружена тубовариальная гнойная опухоль справа. Гнойный очаг был удален. Проведено гистологическое исследование половой железы, вовлеченной в гнойный процесс.

Результат гистологического исследования № 40849-53 от 19.10.2000 г. Определяется мелкий фрагмент коркового вещества яичника с единичной щелевидной полостью, выстланной одним слоем уплощенных фолликулярных клеток, а также имеется скопление лютеоцитов – фрагмент менструального желтого тела. Клеточных элементов атипического характера в удаленном материале не выявлено.

На консультации у врача генетика. При осмотре в возрасте 21 года: рост 153 см, масса 54 кг. Фенотип пробанда, психологическая ори-