

Нарушения овариально-менструального цикла у 2,2% пациенток.

В 24% случаев гиперпластические процессы эндометрия сочетались с кистой или дисфункцией яичников.

Сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у 25% женщин (артериальная гипертензия – 17,7%, заболевания печени и желчекаменная болезнь – 6,7%).

Каждая вторая пациентка имела сочетание нескольких факторов. В возрасте до 43 лет 45% женщин имело сочетание доброкачественных опухолей матки с воспалительными процессами. В пременопаузе 21% – сочетание доброкачественных опухолей матки с кистой яичника и 23% – артериальной гипертензии с новообразованиями матки. В постклимактерическом периоде 55% – сочетание артериальной гипертензии с дисфункцией яичников.

Заключение. По нашим данным, гиперпластические процессы эндометрия наиболее часто встречаются у женщин с нарушением жирового обмена и доброкачественными новообразованиями матки. На втором месте – воспалительные заболевания женской половой сферы, третье место занимает экстрагенитальная патология. При сочетании нескольких факторов риск возникновения заболевания и его рецидивов возрастает. В связи с этим необходимо улучшить просветительную работу на уровне амбулаторно-поликлинического звена по выявлению и профилактике факторов, способствующих развитию гиперплазий эндометрия.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ХОЛОДО-ГИПОКСИ-ГИПЕРКАПНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Митрофанова А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Кафедра общей физиологии

Научный руководитель – д.б.н., доцент Баранова Т.И.

На основе фундаментальных исследований толерантности к дефициту кислорода ныряющих млекопитающих (В.П. Галанцев и др., 1977–2001 гг.) и изучения нырительной реакции (НР, diving reflex) у человека, с позиций эволюционно-физиологического подхода научной школы И.М. Сеченова – И.Е. Введенского – А.А. Ухтомского, в лаборатории системных адаптаций СПбГУ разработана неинвазивная, физиологически адекватная, оздоровительная технология холодо-гипоксии-гиперкапнического воздействия (ХГВ; патент РФ № 2161476 от 10.01.2001; патент РФ № 2281745 от 24.10.2006).

Суть технологии ХГВ заключается в вызове НР при погружении лица на выдохе в воду определенной температуры. При этом у человека, подобно ныряющим животным, развивается комплекс сердечно-сосудистых реакций, таких как брадикардия, констрикция периферических сосудов и централизация кровотока. При ХГВ, на основе анализа изменения сердечного ритма, обусловленного вегетативным звеном регуляции, выявлено четыре типа НР, представители которых отличаются реактивностью парасимпатического звена регуляции хронотропной функции сердца (Т.И. Баранова, 2004). Тип НР, а также оценка состояния кровообращения (по данным реографии аорты и легочной артерии, интегральной реографии тела по М.И. Тищенко, реовазографии и реоэнцефалографии), вегетативного и психофизиологического статуса испытуемого использовались для назначения индивидуального режима тренировки к ХГВ.

Результаты наблюдений убедительно демонстрируют, что тренировка в индивидуально разработанном режиме по технологии ХГВ приводит к нормализации сердечного ритма (купирует приступы тахикардии и экстрасистол), симпато-вагального баланса вегетативного звена регуляции, психофизиологического статуса. Показано улучшение микроциркуляции кровотока в головном мозге, увеличение функциональных возможностей сердечной мышцы (повышение ударного объема крови и минутного объема кровотока), снижение общего периферического сопротивления сосудов.

Таким образом, разработанная неинвазивная технология ХГВ позволяет оценить реактивность парасимпатического звена регуляции сердечного ритма и может успешно использоваться в качестве способа регуляции вегетативного баланса, снятия приступов тахикардии, нормализует мозговой кровоток, имеет перспективы применения в восстановительной медицине в качестве способа повышения адаптационного потенциала человека.

Работа поддержана грантом РГНФ № 08–06–00105а и грантом Правительства Санкт-Петербурга № 2.6\30-04\065

Литература:

1. Баранова Т.И. Об особенностях сердечно-сосудистой системы при нырятельной реакции у человека // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. СПб. 2004. Т. 90, № 1. С. 20–31.
2. Галанцев В. П. Эволюция адаптаций ныряющих животных. Л: Наука, 1977. 191 с.
3. Галанцев В. П. Адаптации сердечно-сосудистой системы вторичноводных амниот. Л: ЛГУ, 1988.195с.
4. Галанцев В. П. Проблемы изучения стратегии эволюционного формирования адаптаций вторичноводных амниот: основные понятия, методологические подходы, задачи // Структурно-функциональные основы приспособительных реакций на разных уровнях организации живых систем (Нервная система, вып. 34). СПб, 2001. С. 91–104.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Михалевич В.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель – к.м.н., доцент Прокопчик Н.И.*

Первичный рак печени является одним из распространенных злокачественных новообразований. Опухоль чаще всего возникает из печеночных клеток (гепатоцеллюлярный рак) или клеток внутрипеченочных желчных протоков (холангиоцеллюлярный рак). Необходимо отметить, что в изучении этиопатогенеза, патоморфологии, клинической диагностики гепатоцеллюлярного рака печени достигнуты неплохие результаты. Успехи в изучении холангиоцеллюлярного рака (ХЦРП) более скромны.

Цель исследования – изучить некоторые клинико-морфологические особенности ХЦРП и, в частности, частоту, особенности морфологического строения, характера роста и метастазирования, а также причины смерти и качество прижизненной диагностики.

Исследование основано на изучении результатов аутопсий, осуществленных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2002–2009 гг.

Установлено, что первичный рак печени имел место в 86 секционных наблюдениях, при этом ХЦРП имел место в 19 (23,2%) случаях. Среди умерших вследствие ХЦРП было 15 (78,9%) мужчин в возрасте от 49 до 79 лет (М = 61,6 года) и 4 (21,1%) женщины в возрасте от 71 до 80 лет (М = 76,8 года).

С учетом классификации ХЦРП по Bismuth, 1 тип рака (т.е., поражен главный печеночный проток ниже соединения) был отмечен в 1 (5,3%) секционном случае, 2 тип (поражена зона соединения правого и левого печеночных протоков) – в 2 (10,5%), 3 тип (поражен долево́й печеночный проток выше места слияния) – в 8 (42,1%), 4 тип (поражены сегментарные протоки печени) – в 8 (42,1%) наблюдениях. Масса печени при первом типе составила 1600г., втором – 2520г., третьем – 2368,8г., четвертом – 3511,4 г.

При 1 и 2 типах ХЦРП метастазы не выявлялись; опухоль представлялась одиночным узлом, диаметром до 6 см. При 3 типе: в 5 случаях опухоль была представлена одиночным узлом, диаметром до 14 см, в 3 – рак был множественно-узловатым с размером узлов до 18 см. Метастазы рака были выявлены в 3 случаях, при этом они локализовались в лимфоузлах ворот печени (3), а также в парааортальных лимфоузлах (1). При 4 типе во всех случаях опу-