

вовоспалительной терапии с последующим использованием с целью коррекции биоценоза влагиалища препарата "Жлемик". Он может быть рекомендован к применению при лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Изменение антропометрических параметров у девушек с гормональным дисбалансом, обусловленным аномалией половых хромосом

Фефелова В.В., Соколова Т.А., Фефелова Ю.А., Нагирная Л.А., Шашило Е.В.

Государственное учреждение НИИ медицинских проблем Севера Сибирское отделение РАМН, Красноярск.

Среди аномалий гоносом существенное клиническое значение имеет моносомия X, или синдром Шерешевского-Тернера (СШТ). Нами обследовано 90 девушек с СШТ, имевших жалобы на задержку полового развития и изменения в кариотипе типа 45,X с различным процентным содержанием этого клона. Из них 6 человек (5,62+2,41%) вошли в группу с моносомным вариантом кариотипа 45,X и 84 человека (94,38+2,41%) с мозаичным вариантом разной степени выраженности, в том числе 11 человек (10,11+3,29%) с различными структурными изменениями X-хромосомы типа делеции одного плеча, инверсий, радиарной X-хромосомы.

У девушек с СШТ выявлено изменение концентрации гонадотропных гормонов: значительное статистически достоверное повышение фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и повышение (недостоверное) лютеинизирующего гормона (ЛГ). Нами выявлена прямая корреляционная зависимость между увеличением процентного содержания патологического клона клеток 45X и повышением концентрации гормонов ЛГ и ФСГ. Известно, что скорость созревания скелета обратно пропорциональна уровню гипофизарных гонадотропных гормонов.

Рост и масса тела у девушек с СШТ были достоверно ниже среднего роста и массы тела здоровых девушек соответствующего возраста. Основная доля лиц с СШТ представлена девушками с нанизмом. Среди пациентов с СШТ отсутствовали девушки с повышенной массой тела, напротив, наблюдалось большое количе-

ство лиц с гипотрофией (48,35%). При анализе корреляционных связей прослеживается обратная зависимость между параметрами массы тела больных СШТ и процентным содержанием патологического клона клеток 45X. Уменьшение роста и массы тела у девушек с СШТ, как правило, сочеталось с наличием характерных стигмальных отклонений в фенотипе: шейный птериgium, щитовидная грудная клетка, низкий уровень роста волос, низкопосаженные ушные раковины.

У девушек с СШТ нами выявлено достоверное уменьшение всех поперечных размеров таза при увеличении прямого наружного размера таза. Учитывая существующие классификации (Савельева Г.М., 1997) данная форма таза у больных СШТ может быть охарактеризована как поперечно-суженный таз, который по особенностям строения близок к антропоидному с удлиненным переднезадним размером.

Одним из характерных признаков СШТ считается широкая грудная клетка. В группе обследованных нами девушек с СШТ этот признак был выявлен у лиц с моносомным вариантом СШТ. В целом же по группе выявляется тенденция к сужению грудной клетки и уменьшению окружности груди по сравнению с описанием классического морфотипа у больных с СШТ.

У больных с моносомным вариантом СШТ выявлено отклонение морфограммы в сторону предрасположенности к интерсексуальному типу телосложения, в то время как девушки с малым 45X-клоном имели тип телосложения либо характерный для гиподисплазии яичников, либо изосексуальный.

Таким образом, нарушение гомеостаза, обусловленное аномалией половых хромосом в значительной мере сказывается на антропометрических характеристиках. Причем выявляется зависимость выраженности изменений антропометрических показателей от степени мозаичности моносомии X.

Динамика показателей когнитивных расстройств в процессе психофармакотерапии больных шизофренией

Филиппова Н.В., Омороков Б.М., Раснюк В.А.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Изучение характера когнитивного дефицита у больных шизофренией с различными психопатологическими синдромами, его динамики в процессе психофармакотерапии, а также взаимосвязи между уровнем когнитивных способностей боль-

ных и длительностью заболевания вызывает большой интерес у современных исследователей.

Проведено обследование 147 больных шизофренией, из них 70% с непрерывным течением заболевания, 30% - с приступообразным. Все больные получали адекватную психопатологическим проявлениям психофармакотерапию, включающую нейролептики традиционного ряда, антидепрессанты, корректоры. Контрольная группа состояла из 43 психически здоровых лиц. Оценка когнитивных способностей проводилась с помощью теста Рейвена (сокращенного варианта). Характер психопатологических проявлений квалифицировался на основе синдромальной оценки, а их интенсивность – по шкале PANSS (Key S.P. et al., 1987) в переводе С.Н. Мосолова. Продуктивные болезненные изменения у больных с приступообразным течением заболевания рассматривались в структуре следующих клинических вариантов обострения: острое бредовое состояние и параноидно-депрессивный синдром; у больных с непрерывным течением – обсессивно-фобический, галлюцинаторно-параноидный синдромы и галлюцинаторная парафрения. Обследование больных проводилось дважды – в начале госпитализации, как только это позволяло их психическое состояние, и перед выпиской из стационара. Результаты обследования больными теста Рейвена были достоверно ниже, чем в контрольной группе, но между данными, полученными в начале лечения и перед выпиской из стационара, существенных различий не отмечено ($p > 0,05$). Показатели когнитивных способностей больных с приступообразным течением были значительно выше, чем у больных с непрерывным как на начальном, так и на завершающем этапах лечения. Результативность выполнения теста Рейвена зависела от характера психопатологических расстройств, но также почти не изменялась в процессе лечения, за исключением больных с острым бредовым состоянием в структуре приступообразной параноидной шизофрении, у которых этот показатель на завершающем этапе лечения значительно превышал исходный. В группе больных с приступообразным течением заболевания только выраженность негативных расстройств достоверно влияла на результативность выполнения теста Рейвена, а среди пациентов с непрерывным течением отмеча-

лась сильная корреляция этого показателя с выраженностью продуктивных, негативных расстройств и суммарной оценкой по шкале PANSS.

Согласно результатам проведенного исследования пациенты с приступообразным течением параноидной шизофрении при относительно небольшой продолжительности заболевания демонстрируют сохранность когнитивных возможностей. Улучшение показателей когнитивных возможностей в процессе терапии обострения наблюдалось только в группе пациентов с приступообразным течением, при непрерывной шизофрении больные демонстрировали стабильность в результатах выполнения тестовых заданий, сохраняющихся на относительно невысоком уровне. Снижение показателей когнитивных способностей больных непрерывной шизофренией обнаруживает зависимость от тяжести психопатологических проявлений, степени прогрессивности и длительности заболевания. Полученные данные указывают на возможность применения теста Рейвена для оценки когнитивных способностей больных шизофренией и могут способствовать разработке терапевтических и реабилитационных программ для повышения эффективности помощи больным шизофренией.

Нарушения вегетативной регуляции в пато- и морфогенезе повреждения печени при эндотоксикозе

Фролов В.И., Новочадов В.В.

Волгоградская медицинская академия, Волгоград

Эндотоксикоз является многокомпонентным патологическим процессом, главным звеном патогенеза которого является вторичное повреждение органов-мишеней эндогенными токсическими соединениями, распространяющимися по организму от первичного очага гемато- и лимфогенно [Яковлев М.Ю., 1997, 2000; Новочадов В.В.; Харланова Н.Г., 2001; Eisenhuber E., et al., 1998].

В настоящем сообщении рассмотрены морфофункциональные изменения в ткани печени при эндотоксикозе при изменении активности симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Эксперименты были проведены с использованием 44 белых крыс обоего пола массой 180-240 г. Животные были разделены на следующие группы: контрольная, без каких-либо манипуляций до выведения из эксперимента; три опытные группы с парентеральным введением 2 мг/кг липополисахара-