

поражениями, полипами и гиперпластическими процессами. Хромоскопия проводилась по прямой и непрямой методикам. Витальные красители применялись в виде водного 0.25%-1% растворов (метиленовый синий Merk Aldrich, тетраметилтионон хлористый 3 водный) Раствор Люголя применялся в 3-5% концентрации. Подготовка слизистой осуществлялась буферными растворами. Для премедикации использовались препараты мотилиум, церукал, кетрил, но-шпа, атропин, реланиум. Контрольная группа пациентов состояла из 124 человек. При первичной фиброгастроскопии с биопсией 5 фрагментов слизистой желудка у этих пациентов были выявлены гистологические признаки тяжёлой дисплазии и неполной кишечной метаплазии. В течение 10 дней с момента установления гистологического диагноза дисплазии пациентам были проведены повторные эндоскопии с применением витальных красителей и прицельной биопсией не менее 8 фрагментов слизистой.

Результаты: Эффективность применения данного красителя можно оценить по следующим фактам. При проведении прицельной биопсии визуально доброкачественных поражений (полипы, изъязвления) после окрашивания их метиленовым синим в 54-61% случаев гистологически выявлена их малигнизация. У 124 человек с дисплазией высокой степени в сочетании с неполной кишечной метаплазией в результате применения витальных красителей выявлено 69 случаев рака желудка (20 случаев раннего рака). У остальных пациентов прослежена в динамике регрессия регенераторной дисплазии воспалительного характера в процессе заживления доброкачественных эрозивно-язвенных поражений. С помощью CHNOS-анализатора «Vario EL 3» фирмы Elementar проведен элементный анализ ряда витальных красителей. В результате чего установлено, что наибольшей специфичностью обладают красители метиленовый синий в виде 0.5% водного раствора и тетраметилтионинхлористый, 3-водный, имеющий молекулярный вес (MW) 319.85, химическую формулу $C_{16}H_{18}ClN_3S \cdot 3H_2O$ и максимум спектра поглощения в водном растворе при длине волны 668 нм. Метиленовый фиолетовый может быть использован только как контрастный краситель. Он обладает максимумом спектра поглощения при длине волны 580 нм.

Выводы: необходимо расширить показания к хромоскопии и рекомендовать обязательное применение витальных красителей в диффдиагностике предраковых изменений; контроль лечения предраковых изменений осуществлять методами непрямой хромогастроскопии; специфичность и чувствительность метода зависит от качества и концентрации красителя и подготовки слизистой к хромоскопии.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА ИХ ОРГАНИЗМА

Е.Н. Грак

Научный руководитель – д.м.н. *Л.Ф. Можейко*
Белорусский государственный медицинский университет

В настоящее время в структуре общей эндокринологической заболеваемости женщин тиреоидная патология занимает второе место после сахарного диабета. Нарушения гормонального гомеостаза, связанные с функцией щитовидной железы могут приводить к изменениям менструального цикла, бесплодию, невынашиванию беременности. Подтверждением тесной связи тиреоидной и репродуктивной систем является то, что в критические периоды жизни женщины – пубертатный, беременности, лактации, климактерический – отмечается изменение активности щитовидной железы.

Влияние патологии щитовидной железы на состояние репродуктивной системы, особенности секреции гонадотропных и половых гормонов при заболеваниях щитовидной железы до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Актуальность этого исследования определяется в увеличении частоты тиреоидной патологии и нарушений становления репродуктивной функции у девочек.

Институтом Охраны Материнства и Детства совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Минского Государственного Медицинского Университета было обследовано 102 девочек

в возрасте 14-17 лет: с патологией щитовидной железы 46 (основная группа I), с нарушением менструальной функции – 38 (основная группа II) и 18 здоровых девочек (контрольная группа). Учитывался анамнез: особенности течения беременности и родов у матери, характер вскармливания в грудном возрасте, социальные факторы (условия проживания, питание, учеба), наличие соматической патологии. Оценивалось физическое и половое развитие по формуле Tanner Мар-РАхМе, проводилась эхоскопия органов малого таза, гормонометрия (ТТГ, Т3, Т4, ПРЛ, ФСГ, ЛГ, Е2, прогестерон, тестостерон).

В результате проведенных нами исследований даже при I степени эутиреоидного зоба у 42,5% обследованных выявляется дисфункция половых желез. По нашим данным у девочек с эндемическим зобом I - II степени выявлено: преждевременное половое созревание - 82,9%; нарушения менструальной функции: альгоменорея - 54,3%, полименорея – 23,9%, нерегулярный, неустановившийся менструальный цикл – 28,2%; кистозная дегенерация яичников – 13,0%; отсутствие выраженной цикличности секреции ФСГ и ЛГ; наследственный отягощенный анамнез – 10,8% матерей девочек имеют диффузный зоб II степени.

Поэтому при профилактических осмотрах школьников рекомендуется использовать программу ранней диагностики нарушений полового развития у девочек с эндемическим зобом I-II степени, включающую обследование щитовидной железы (УЗИ, гормоны щитовидной железы), анкетирование, морфографию, оценку степени выраженности вторичных половых признаков и эхоскопию матки и яичников.

Сочетанная наследственная отягощенность по тиреоидной и гонадной патологии является основанием для включения девочек с гиперплазией щитовидной железы в группу «высокого риска» нарушений полового развития.

ВИТАМИННЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ЗАВЕРШАЮЩИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И НА ФОНЕ ГЕСТОЗОВ

Л.В. Гутикова

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Т.Ю. Егорова*
Гродненский государственный медицинский университет

В настоящее время многие авторы считают, что развитие позднего токсикоза беременных происходит на фоне нарушения антиокислительного равновесия. Вследствие нарушения компенсаторной способности АОС при гестозах происходит нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран, снижение концентрации полиненасыщенных жирных кислот, снижение активности антиоксидантов, нарастание метаболического ацидоза. Несмотря на детальное изучение витаминно-гормонального и антиоксидантного статуса беременных с гестозами Противоречивость данных литературы и отсутствие определённого взгляда на причины и механизмы возникновения гипоксии при позднем токсикозе беременных, а следовательно, и на патогенетическую их терапию указывает на необходимость комплексного изучения витаминно-гормонального гомеостаза и состояния антиоксидантной системы при данной патологии беременности.

В данной работе анализируется состояние витаминного гомеостаза и антиоксидантной системы с учетом диагностических и прогностических возможностей биохимического тестирования содержания витаминов в крови женщин при поздних гестозах

Содержание α -токоферола в сыворотке крови определяли по S.L. Tailor и соавт. [1]. Содержание ретинола – спектрофлуориметрически. Для статистической обработки данных были использованы пакеты Microstatistika и Mesosaur. Различия считали достоверными при надежности 95% ($p < 0,05$). При $0,05 < p < 0,1$ полагали возможным говорить о тенденции к различию. При $p > 0,01$ различия считались несущественными.

Проведено обследование 100 беременных женщин при сроке беременности 37-40 недель, из них 50 женщин с гестозом различной степени тяжести и 50 с беременностью, не осложненной гестозом. Для оценки степени тяжести гестоза и установления клинического диагноза использовали комплекс клинико-лабораторных исследований: выраженность клинических симптомов гестоза, гематологические, клинические показатели, функция почек, оценка состояния