

(96,4%), отеки (94,6%), гирсутизм(38,9%); дисменоррея (65,4%), отсутствие беременностей (79,2%), прерывание беременности на сроке после 15 нед (96,9%). Синдром ПТС был выявлен при гипопролактинемии у 23,53% женщин; при гиперпролактинемии - у 2,5% женщины. При гипопролактинемии выявлялось изменение гипофиза - ПТС, при котором отмечались жалобы на фобии (95,45%), вегетативные кризы и мигрень (100%), отеки (70,45%), гирсутизм (29,5%); аменорея(68,18%), отсутствие беременностей (86,36%), прерывание беременности на сроке до 8 нед.(80%).

**Выводы:** При нарушении секреции пролактина необходимо своевременное проведение компьютерной диагностики гипофиза, что позволяет выявить органические изменения в его структуре у лиц возрастной группы 25-50 лет. При гипопролактинемии синдром ПТС был выявлен более 20% у женщин и мужчин, а при гиперпролактинемии аденома гипофиза - более 80% у женщин и мужчин. С применением высокоразрешающей КТ/МРТ инциденталомы гипофиза диаметром более трех миллиметров выявляются почти у 20% обследуемых в возрасте 25-35 лет.

*Надь Ю.Г.*

#### **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 25-50 ЛЕТ**

*ЗАО «Поликлинический комплекс», Санкт-Петербург, Россия, ynad@mail.ru*

**Актуальность проблемы.** Проблема рака щитовидной железы (РЩЖ) остается актуальной в связи с тем, что узловой зоб встречается более чем у 4% населения и более чем в 90% случаев РЩЖ при обследовании выявляется как аденома. РЩЖ подразделяют на папиллярный (около 76%), фолликулярный (около 14%), медуллярный (около 5-6 %), недифференцированный и анапластический рак (около 3,5-4%). Значительно реже встречается саркома, лимфома, фибросаркома, эпидермоидный рак, метастатический рак, на долю которых приходится 1-2 % от всех РЩЖ.

**Цель исследования:** Оценить структуру и частоту выявляемости злокачественных новообразований щитовидной железы в возрасте 25-50 лет в поликлинических условиях.

**Материалы и методы.** За период 2011 г было обследовано 456 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы, которые были выявлены при УЗИ обследовании. Пациентам проводили тонко-игольную аспирационную биопсию (ТАБ) с последующей цитологической оценкой аспирата, уровни гормонов – тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (FT4), определялись электрохемилюминисцентным иммуноанализом на приборе Elecsys 2010 (Япония), реактивы Ф.Хоффман Ля Рош Лтд (Германия). Данные исследования обрабатывались с помощью STATISTICA for Windows (версия 5.11).

**Результаты исследования.** У обследованных на основании цитологических исследований были выявлены злокачественные образования: фолликулярная опухоль – 8,1%, папиллярная карцинома – 3,9%, медуллярный рак – 0,6%, недифференцированный рак – 1,3%. Уровень ТТГ составил  $1,1 \pm 0,4$  mIU/ml, Т4 своб.  $13,4 \pm 0,8$  pmol/l. Пациенты были направлены на оперативное лечение (тиреоидэктомия), проведение радиойодтерапии (80 mCu). В дальнейшем назначали супрессивную терапию L-тироксином (в дозе  $137,5 \pm 25$  мкг).

**Выводы:** 1. В поликлинических условиях выявляемость злокачественных новообразований в возрастной группе пациентов 25-50 лет составила 10% в структуре узловых образований размером в диаметре более 1,0 см.

2. Среди РЩЖ были выявлены: папиллярный (3,9%), фолликулярный (8,1%), медуллярный (около 0,6%), недифференцированный (1,3%).

Насиров М.Я. Набиева Э.В.

Роль иммунных факторов в патогенезе хронических заболеваний желудка

Кафедра хирургических болезней, Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан, povruz.gadjiyev@rambler.ru

Несмотря на достигнутые успехи в лечении язвенной болезни, к сожалению отмечается рост числа осложненных форм данного заболевания т. По литературным данным, распространенность язвенной болезни среди взрослого населения остается достаточно высокой и даже в индустриально развитых странах достигает 6-10%, а частота развития рака желудка из хронической язвы составляет 6,4-13%. Хроническое, рецидивирующее течение язвенной болезни желудка, тяжесть осложнений, а также высокий процент утраты трудоспособности у большей части населения вынуждают ученых уточнять этиологические и патогенетические аспекты их возникновения, разработать новые и совершенствовать известные методы ранней диагностики больных с данной патологией. В развитии и течении хронических и онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта, в настоящее время большинством исследователей признается роль иммунной системы, цитокинов, регулирующих интенсивность воспалительных и иммунных реакций.

Целью нашего исследования является сравнительное изучение цитокинового статуса, CD-клеток в крови и секреторного иммуноглобулина А в желудочном соке у больных с хроническими и онкологическими заболеваниями желудка. Обследовано 30 больных в возрасте от 38 по 74 лет с язвенной болезнью желудка с различными осложнениями, в том числе и малигнизацией и опухолями желудка. В основном преобладали мужчины. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Уровень цитокинов и уровень секреторного иммуноглобулина определяли иммуноферментным методом (ИФА). Субпопуляционный состав клеток периферической крови оценивали на проточном цитофлюориметре с использованием моноклональных антител. При исследовании было выявлено значительное повышение уровня ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , понижение общего числа CD3, CD4 клеток и высокое содержание CD8 в крови больных и низкое

содержание секреторного иммуноглобулина А в желудочном соке по сравнению с нормой. При малигнизации язвенной болезни желудка основные иммунологические реакции разворачиваются в ткани и характеризуются преобладанием клеточных иммунных реакций при недостаточной выраженности гуморальных.

Цитокиноterapia, как дополнительное средство, применяемое на фоне современной терапии у больных, страдающих хроническими заболеваниями ЖКТ, способствует быстрой регрессии воспалительного и деструктивного процессов. В связи с этим исследование параметров иммунитета у больных с язвенной болезнью желудка имеет как диагностическое, так и прогностическое значение, а своевременная коррекция выявленных иммунных нарушений в значительной степени определяет эффективность проводимой терапии.

*Нестеров Ю.В.*

### **НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОГО ШОКА**

*Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия*

Ожоговый шок является отражением общей реакции организма пострадавшего на травму. С практической точки зрения его можно определить как прогрессирующие расстройства гемодинамики на тканевом, органном и системном уровнях, угрожающие жизни и требующие проведения неотложных мероприятий. Согласно современным представлениям о патофизиологии ожогового шока, основной целью противошоковой терапии является восстановление адекватного тканевого метаболизма и предотвращение или максимальное снижение тяжести гипоксических и реперфузионных повреждений тканей.

Мероприятия противошоковой терапии направлены также на борьбу с болью, нормализацию микроциркуляции и центральной гемодинамики, предупреждение и лечение острой почечной недостаточности, коррекцию электролитного баланса, устранение гипоксемии и ацидоза, уменьшение сосудистой проницаемости, ликвидацию белкового дефицита. Основными критериями эффективности проведения интенсивной терапии являются оценка состояния больного и лабораторные данные: объем циркулирующей крови, центральное венозное давление, почасовой диурез (Климов А.Г. с соавт., 1998; Баткин А.А. с соавт., 2002). Резервы повышения эффективности противошоковой терапии еще далеко не исчерпаны. В частности, предметом постоянных дискуссий остается определение должных объемов и состава инфузируемых сред. По сути своей, инфузионно-трансфузионная терапия с использованием кристаллоидных растворов и коллоидных плазмозаменителей является симптоматической. Для придания патогенетической направленности в её состав необходимо включать средства, активно воздействующие на ключевое звено патогенеза плазмопотери