ние 2 мин. В ряде случаев (12 больных) при недостаточном эффекте курс НИЛВ повторялся через две недели для достижения полной реабилитации. Контроль состояния больных показал, что признаки улучшения обычно наступают с третьего-четвертого дня лазерного воздействия. Показательным было постепенное нарастание проходимости бронхов по данным ФЖЕЛ, ОФВ1, ИТ, ПОС выд, МОС25, МОС50, МОС75 и МВЛ (96% больных), повышение мукоцилиарного клиренса (86%), улучшение эндоскопической картины бронхов (в факультативной группе в 92% случаев). В результате применения надкорпорального НИЛВ в комплексной терапии заболеваний органов дыхания значительное улучшение было достигнуто в 89% случаев. Недостаточным оно оказалось только у тяжелых больных БА (гормонозависимые, некомпенсированное хроническое легочное сердце и др.).

Оценка гормонального статуса беременных женщин (результаты скрининговых исследований)

Бейкин Я.Б., Булатова С.В., Замараева Г.Н.
Диагностический центр (лабораторной диагностики ВИЧ, инфекционной патологии и болезней матери и ребенка), Екатеринбург

Во время беременности чрезвычайно значимым является функциональный статус эндокринной системы организма женщины, подвергающийся глубоким и разносторонним изменениям. Современные методы лабораторной диагностики позволяют не только точно установить эти изменения, но и определить переход пограничной нормы в патологию.

Материал и методы. Проведено гормональное обследование 1200 беременных женщин г.Екатеринбурга в 2002 г. в рамках программы ТФОМС. У 507 женщин в сыворотке крови определена концентрация тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (CT_4). У 310 женщин определена концентрация тестостерона и дегидроэпиандростеронсульфата (ДГЭАс). 907 женщин прошли обследование уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) и свободного эстриола.

Результаты и обсуждение. Концентрация ТТГ и CT_4 в пределах нормативных значений для беременных была определена лишь у 64,3% обследованных. У 7,2% обследованных был повышен уровень тиреотропного гормона, что свидетельствовало о снижении функции щитовидной железы. Состояние гипотиреоза наиболее неблагоприятно как для организма беременной, так и для развивающегося плода. Концентрация ТТГ в группе составила 4,6±1,9 мМЕ/л, CT_4 - 7,7±0,8 пмоль/л. В 18,7% случаев наблюдали состояние относительной гипотироксинемии – при концентрации ТТГ в пределах нормы содержание CT_4 было снижено и составило в этой группе женщин 8,2±0,6 пмоль/л, что свидетельствовало о нарушении гомеостаза свободных форм тиреоидных гормонов. У 4,3% обследованных женщин уровень ТТГ в сыворотке крови был ниже нормы (<0,2 мМЕ/л). Большинство женщин из этой группы имели срок беременности: конец I - начало II триместра, когда максимально повышен уровень ХГЧ, имеющего молекулярное сходство с тиреотропным гормоном.

В целом, повышенный уровень андрогенов был выявлен у 39,7% обследованных женщин. У 20 беременных (6,5%) было выявлено повышенное содержание как тестостерона, так и ДГЭАс. У 77 беременных (24,8%) было определено повышенное содержание только тестостерона, что свидетельствовало о преимущественно овариальном генезе гиперандрогении, чаще связанном с поликистозными изменениями яичников. У 26 женщин (8,4%) был установлен повышенный уровень только ДГЭАс, что характерно для надпочечниковых гиперандрогений и является следствием стертых форм адреногенитального. В настоящее время, гиперандрогения рассматривается как один из эндокринных факторов невынашивания беременности. Поэтому, имеет большое значение своевременное выявление гиперандрогении, ее дифференциальный диагноз с уточнением причины повышенной секреции андрогенов, а также оценка степени гиперандрогении для последующей ее коррекции.

Высокий уровень ХГЧ для соответствующего срока беременности был обнаружен у 29 женщин (3,2%), причем у 13 из них концентрация ХГЧ в сыворотке крови была выше 150000 МЕ/л (> 5 МоМ). Уровнь ХГЧ может быть повышен при синдроме Дауна, открытых пороках медуллярной трубы, хорионкарциноме. Также отклонения его значения от нормальных могут встречаться у женщин с широким кругом акушерских осложнений. Низкий уровень ХГЧ был обнаружен у 6,6% обследованных беременных женщин, что свидетельствовало о фетоплацентарной недостаточности, угрозе спонтанного прерывания беременности, другой акушерской патологии.

Выводы. Проведенное исследование показало, что адекватное поддержание тиреоидного гомеостаза нарушено у 35,7% беременных женщин, уровень андрогенов повышен у 39,7% обследованных, к “группе риска” по хромосомным нарушениям отнесены 3,2% беременных. Получены убедительные данные о необходимости определения гормонального статуса женщины во время беременности.

Гормональные изменения у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

Васильева Е.А., Булатова С.В., Бейкин Я.Б
Диагностический центр (лабораторной диагностики ВИЧ, инфекционной патологии и болезней матери и ребёнка), Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Нами исследован гормональный статус у 50 больных мужчин с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (12пк), которым было выполнено ушивание язвенной перфорации. Результаты исследования сравнивали с показателями здоровых лиц (15 человек) контрольной группы.

В сыворотке крови обследованных определяли концентрацию гормонов гипофиза (пролактина и тиреотропного гормона), щитовидной железы (свободного трийодтиронина), надпочечников (кортизола) и