

В современной медицине в настоящее время актуален вопрос по проблеме несостоявшегося аборта (missed abortion) или неразвивающейся беременности, которая является не только медицинской, но и социальной проблемой. Во-первых, по причине влияния на уровень рождаемости, перинатальной и ранней детской смертности. Во-вторых, несостоявшаяся беременность становится тяжелой психической травмой, нередко приводящей к отказу от последующей беременности. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь высока и достигает 20 % от общего числа беременностей.

Цели исследования

Выявить причины, приведшие к неразвивающейся беременности, на основании морфологического исследования материала, полученного после кюретажа полости матки.

Материалы и методы

Нами проведен анализ историй болезней и результатов морфологического исследования содержимого полости матки 63 женщин с диагнозом неразвивающаяся беременность.

Результаты

Согласно проведенным морфологическим исследованиям нами обнаружено, что в 41,27 % случаев в соскобе из полости матки наряду с нормальными зонами маточно-плацентарной области, встречались «микроабсцессы», состоящие из некротизированной ткани в центре и воспалительного валика вокруг. В периферических отделах воспалительного валика наряду с лейкоцитами и лимфоцитами располагались некротизированные децидуальные клетки на большом протяжении маточно-плацентарной области. Выявленные нами изменения указывают на преобладание в репродуктивной системе данной категории женщин перенесенного воспалительного процесса. По нашим данным, этот тип гистограммы, преимущественно, встречался у первородящих женщин. В 23,86 % случаев в представленном материале для исследований нами обнаружено наличие маточного эпителия с выраженными дистрофическими изменениями, кровеносными сосудами капиллярного типа, редкими железами с атрофическими или десквамированными эпителиоцитами. Наличие ворсин плаценты только мезенхимального типа, без признаков ангиогенеза, отечных и ослизненных, особенно незрелой плацентарной ткани, указывает на нарушения, преимущественно, гормонального характера. Согласно полученным результатам, выявленные изменения наиболее часто встречались у повторнородящих женщин. В 33,33 % случаев выявлены элементы беременности, отдельная незрелая плацентарная и децидуальная ткани, а также децидуальная оболочка, благодаря которым можно определить после изучения результатов гистологического исследования соскобов, полученных после проведения кюретажа полости матки. Практически в 70 % случаев причинами, приводящими к замиранию беременности в ранних сроках, являются острые или хронические воспалительные заболевания (2/3 случаев) и гормональные нарушения (1/3 случаев). В остальных случаях причину неразвивающейся беременности необходимо устанавливать с привлечением специальных высокоинформативных методов исследования для выявления генетических, иммунологических и других потенциально вероятных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. / Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. — М.: GEOTAR-Медиа, 2009. — 200 с.
2. Несяева, Е. В. // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 2. — С. 3–6.

УДК: 616.33:612.392.64

ОЦЕНКА ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЙОДА НА СЛИЗИСТУЮ ЖЕЛУДКА

Чеченкова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Заболевания щитовидной железы в различных возрастных группах являются актуальной проблемой для врачей различных специальностей: эндокринолога, врача педиатра участкового. В связи с чем, УЗИ щитовидной железы включено в перечень необходимых исследований для детей (согласно диспансеризации, проводимой в Республике Беларусь). Однако, на фоне лечения препаратами йода возможно возникновение стойких диспептических

Цель исследования

Изучить влияние препаратов йода на слизистую желудка у детей с диагнозом «диффузный эндемический зоб».

Материалы и методы

В исследование были включены 28 больных детей, мужского и женского пола, в возрасте 6–15 лет, с диагнозом «диффузный эндемический зоб». Методы исследования: ФГДС, желудочное зондирование, экспресс-тест определения *H. pylori*.

Результаты

До назначения препаратов йода обследуемой группе, жалоб со стороны ЖКТ они не предъявляли. В связи с выставленным диагнозом диффузный эндемический зоб детям были назначены препараты йода:

24 человека принимали йодомарин: из них в возрасте 6–10 лет — 12 чел. (50 %) в дозировке 100 мкг/сут; в возрасте 11–13 лет — 8 чел. (33 %) в дозировке 150 мкг/сут; в возрасте 14–15 лет — 4 чел. (17 %) в дозировке 200 мкг/сут.

4 чел. (17 %) в возрасте 11–13 лет принимали йодбаланс в дозировке 150 мкг/сут.

Длительность приема препаратов йода была различна (таблица 1).

Таблица 1 — Длительность приема препаратов йода

Длительность приема, мес	Количество детей	%
6	1	3,6
7	1	3,6
8	2	7,2
9	4	14,3
10	6	21,4
11	8	28,5
12	6	21,4

При приеме препаратов наиболее часто развивались следующие клинические симптомы: отрыжка кислым — у 8 (29 %) детей; тошнота, эпизоды рвоты — у 4 (14 %) детей; боли в животе — у 28 (100 %) детей, что заставило обратиться за медицинской помощью для дообследования и лечения. Амбулаторно и стационарно дети были

При проведении ФГДС выявлено: хронический гастрит — у 15 (54 %) человек; хронический гастродуоденит — у 9 (32 %) человек; эрозивный гастрит *H. pylori*-отрицательный — у 4 (14 %) человек.

При сборе наследственного анамнеза было установлено: наследственность по заболеваниям ЖКТ была отягощена — у 19 (68 %) детей: по язвенной болезни — у 9 детей, по хроническому гастродуодениту — у 10 детей. Неотягощенная наследственность — у 9 (32 %) человек.

Экспресс-методом определялось наличие *H. pylori*-инфекции у данной группы детей.

- *H. pylori*-ассоциированная патология диагностирована у 9 (32 %) детей — все дети из группы с наследственной предрасположенностью по язвенной болезни.

- *H. pylori*-отрицательная патология — у 19 (68 %) детей.

- Определяя кислотность желудочного сока, было выявлено: нормальная кислотность — у 71 %, повышенная — у 29 %.

Выводы

Препараты йода повышают вероятность воспалительных изменений слизистой

желудка. Причем длительность приема прямо пропорциональна патологическим изменениям, в том числе эрозивным процессам слизистой желудка Н.pylori-отрицательным и не требующим его эррадикации. Наследственная предрасположенность и инфицированность Н.pylori при приеме препаратов йода усугубляет риск возникновения хронических заболеваний желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, А. С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / А. С. Белоусов, В. Ф. Водолагин, В. П. Жаков // М.: Медицина. — 2002. — 424 с.
2. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М., 2007. — С. 104–113.
3. Циммерман, Я. С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я. С. Циммерман. — Пермь, 2000. — 256 с.
4. Яковенко, Э. П. Абдоминальные боли: от патогенеза к лечению / Э. П. Яковенко, П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко // Вестник РГМУ. — 2001. — № 6. — С. 7–13.

УДК 940.53(476)

3-Й БЕЛОРУССКИЙ ФРОНТ. ОПЕРАЦИЯ «БАГРАТИОН»

Чубукова О. В.

Научный руководитель: ст. преподаватель
кафедры общественно-гуманитарных наук А. А. Сироткин

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Белорусская операция Советских Вооруженных сил вошла в историю ВОВ и второй мировой войны как одна из решающих и блестящих операций по разгрому немецко-фашистских войск. Большой вклад внес в эту операцию 3-й Белорусский

Целью нашей работы является показать роль 3-го Белорусского фронта в разгроме немецко-фашистской группы армии «Центр» на белорусской земле.

19 апреля 1944 г. на основании постановления ГКО прежний Западный фронт был переименован в 3-й Белорусский [1]. По плану, разработанному ставкой, фронт действовал на Минском и Могилёвском направлениях, которые выводили наступавшие войска к Минску. Ширина полосы действий составляла около 300 км, что не вызывало особых трудностей в управлении войсками. Подготовка к операции прошла в два этапа, в результате чего армии были значительно усилены войсками и боевой техникой, причем наибольшее усиление получили 1-й и 3-й Белорусские фронты. Вооружение 3-го Белорусского фронта составило: танков — 1169, самоходно-артиллерийских установок — 641, противотанковых орудий — 1175, орудий — 2893, минометов — 3552, установок реактивной артиллерии — 689, зенитных орудий — 792, самолетов — 1864, автомашин — 16208. По численному составу фронта, без учета армейских и фронтовых тыловых учреждений и частей, насчитывалось почти 390 тыс. человек. В состав 3-го Белорусского фронта входили 39-я, 5-я и 31-я армии, 11-я общевойсковая, 5-я гвардейская танковая армии, 2-й гвардейский танковый, 3-й гвардейский механизированный, 3-й гвардейский корпуса, артиллерийские дивизии и несколько других соединений и частей артиллерии, отдельные танковые и самоходно-артиллерийские полки. Командующим фронта был генерал-полковник Иван Данилович

Накануне наступления была проведена разведка боем, которая поддерживалась артиллерией и авиацией. Разведка 3-го Белорусского фронта обнаружила перед фронтом 5-й армии недостаточно стойкую оборону, и передовые батальоны захватили небольшие плацдармы на р. Суходровке, что позволило в ночь на 23 июня подготовить переправу через эту реку. На оршанском направлении передовые батальоны всюду встретили хорошо организованную оборону, и поэтому вклиниться в нее не удалось.