

Таблица 2 — Осложнения беременности и исходы родов по уровням тревожности

Осложнения	Шкала Спилберга — Ханина (1983 г.)			Дж. Тейлор «Шкала тревожности»			Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A., 1983 г.)		
	н/у	ср/у	в/у	н/у	ср/у	в/у	н/у	ср/у	в/у
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	6 (17,6 %)	—	—	2 (5,9 %)	3 (8,9 %)	1 (2,9 %)	4 (11,8 %)	2 (5,9 %)	—
Угроза преждевременных родов	—	1 (2,9 %)	—	—	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—
Анемия беременных	—	2 (5,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)
Угроза прерывания беременности	2 (5,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—
Маловодие	—	1 (2,9 %)	—	—	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—
Многоводие	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)
Первичная слабость родовой деятельности	3 (8,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	2 (5,9 %)	—	3 (8,9 %)	—	—
Роды естественные	17 (50 %)	8 (23,5 %)	—	8 (23,5 %)	9 (26,4 %)	8 (23,5 %)	14 (41,2 %)	8 (23,5 %)	3 (8,8 %)
Кесаревосечение	5 (14,7 %)	3 (8,8 %)	1 (3 %)	3 (8,8 %)	2 (6,1 %)	4 (11,7 %)	5 (14,7 %)	3 (8,8 %)	1 (3 %)
Без осложнений	10 (29,4 %)	6 (17,6 %)	1 (2,9 %)	5 (14,7 %)	5 (14,7 %)	7 (20,5 %)	10 (29,4 %)	5 (14,7 %)	2 (5,9 %)
Итого	22 (64,7 %)	11 (32,4 %)	1 (2,9 %)	10 (29,4 %)	12 (35,3 %)	12 (35,3 %)	19 (55,8 %)	11 (32,4 %)	4 (11,8 %)

Примечание: н/у — низкий уровень; ср/у — средний уровень; в/н — высокий уровень тревожности.

### Выводы

1. Тревожность в конце беременности СТ была значительно ниже ЛТ во всех группах, особенно значительно в группе высокой тревожности, что возможно связано с реализацией потребности инстинкта размножения и формированием беременности.

2. Более осложненное течение беременности и родов при высокой тревожности не подтвердилось. Как видно из таблицы осложнения в группе высокой тревожности минимальны. И вопреки ожиданиям беременность чаще осложнялась в группе низкого уровня тревоги.

3. Используемые методы оценки ПЭ статуса стандартны, но результаты анкетирования иногда существенно отличались.

4. Несомненно, что комфортная беременность и успешные роды — залог повторных беременностей, поэтому тревожность, несомненно, надо корректировать.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб., 2010. — 260 с.
2. Ломакина, А. В. Перинатальная психология / А. В. Ломакина // Перинатальная психология и психология родительства. — 2006. — № 3. — 42 с.
3. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. — СПб., 2001. — 320 с.

УДК 616.832-004.2-02-036.22

## РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ И ЭПИДЕМИОЛОГИЮ

Ляховец В. А., Белая В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

В настоящее время в структуре неврологической заболеваемости рассеянный склероз (РС) занимает одно из ведущих мест и представляет собой важную медико-социальную

проблему в связи с большим распространением среди молодого трудоспособного населения, быстрым прогрессированием и высокой инвалидизацией.

### **Цель**

Рассмотреть проблему распространения и заболеваемости РС, а также сравнить клинико-эпидемиологические изменения ситуации в мире в прошлом и настоящем веках.

### **Материал и методы исследования**

Обзор литературы по проблеме этиологии и эпидемиологии РС.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

*Рассеянный склероз* (син. множественный склероз, *sclerosis disseminata*) — хроническое, прогрессирующее, мультифакториальное, генетически детерминированное, аутоиммунное заболевание, характеризующееся многоочаговым поражением белого вещества центральной нервной системы и развивающееся у лиц молодого и среднего возраста. РС страдают люди любого возраста, в том числе дети и подростки, доля которых составляет 7–10 %. Средний возраст начала РС составляет 29 лет. У мужчин РС начинается на 2–3 года позже, чем у женщин.

Анализ показателей во всем мире указывает на то, что среди новых случаев РС (по заболеваемости) соотношение женщин и мужчин среди всех пациентов в среднем изменилось с 1:8 в 1985 г. до 2:5 в 2013 г., а в последние годы стало еще выше. При изучении частоты РС у детей также отмечалось увеличение доли пациентов, у которых первые симптомы РС появляются в возрасте до 16 лет (с 5–7 % до 10–15 %) [1].

РС имеет неравномерную распространенность в разных географических широтах. В зависимости от данных показателей выделяют три зоны:

➤ зона *высокого риска* с частотой заболевания более 50 на 100 тыс. населения включает Северную и Центральную Европу, юг Канады и север США, юг Австралии и Новую Зеландию;

➤ зона *среднего риска* имеет частоту заболевания 10–50 на 100 тыс. населения и объединяет центр и юг США, Гавайские острова, северную Скандинавию, Южную Европу, Израиль, белое население Южной Африки, север и запад Украины, европейскую часть России, Дальний Восток;

➤ зона *низкого риска* с частотой 10 и менее на 100 тыс. населения включает Азию, север Южной Америки, Аляску, Гренландию, острова Карибского моря, Мексику, большую часть Африки, Ближний и Средний Восток.

Республика Беларусь относится к зоне высокого риска развития данной патологии (около 100 пациентов на 100 тыс. населения) [2].

Интересен факт изменения клинико-эпидемиологической картины РС в нынешнем и прошлом веках:

- ранее РС болели преимущественно лица европейской расы, есть этнические группы (эскимосы, народности Крайнего Севера, индейцы и коренные жители центральной Африки), у которых РС не встречался. В настоящий момент РС встречается практически во всех этнических группах, но в некоторых крайне редко; при низкой распространенности выше процент тяжелых вариантов течения РС;

- возрастает количество случаев семейного РС;

- отмечается увеличение заболеваемости РС среди женщин (соотношение женщин к мужчинам достигает до 2:5);

- на данный момент РС можно смело назвать болезнью молодых лиц, так как дебют заболевания все чаще начинается уже с 16 лет;

- на фоне использования современных препаратов частота обострений при ремитирующем РС снижается от 1–2 до 0,2–0,5 в год;

- снижается встречаемость первично-прогрессирующего течения РС с 15–20 % до 7–10 % от всех случаев.

В настоящее время РС определяют как *мультифакториальное* заболевание. Под этим понимается участие как внешних, так и эпигенетических факторов.

РС — патология полигенной природы, характеризующаяся генетической гетерогенностью. Генетические факторы влияют не только на риск развития заболевания, но и на осо-

бенности его течения, формируя разнообразие клинических форм патологии, что наиболее отчетливо проявляется при семейных случаях заболевания. У монозиготных близнецов рассеянный склероз встречается в 4 раза чаще, чем у дизиготных. По данным генетических и хромосомных исследований, одной из генетических детерминант являются гены тканевой совместимости человека — человеческие лейкоцитарные антигены (HLA), расположенные на 6-й хромосоме. HLA необходимы для распознавания чужеродных веществ Т-лимфоцитами. Предрасположенность к РС связана с аллелем HLA-DR2HLA класса II и соответствующим гаплотипом HLA-DRB14501, HLA-DQA1\*0102, HLA-DQB1\*0602. Дальнейшие попытки локализовать генетический дефект на участке DR-DQ были безуспешными из-за сильного сцепления генов в этой области. В развитии РС участвуют также гены b-цепи антигенраспознающих рецепторов Т-лимфоцитов на 7-й хромосоме, гены тяжелых цепей иммуноглобулинов на 19-й хромосоме и ген основного белка миелина на 18-й хромосоме [3].

Внешние факторы (инфекции, инсоляция, недостаток витамина Д, интоксикации, диета и др.) воздействуя на генетически предрасположенных людей, могут стимулировать развитие *воспалительно-аутоиммунного процесса* в ЦНС, разрушение миелина и повреждение нервных волокон. Сложность этих взаимодействий не позволяет на сегодняшний день однозначно предсказать возникновение РС исходя из отдельно взятого признака.

Таким образом, можно отметить практически повсеместное повышение показателей распространенности и заболеваемости РС в этом веке, что связано не только с существенным повышением возможностей его эффективного лечения, но и, вероятно, с изменением взаимодействия экзогенных и эндогенных факторов, особенно у женщин. В исследованиях внешних факторов в этиологии РС (аналитическая эпидемиология) неоднократно отмечалось, что воздействие различных факторов в возрасте до 15 лет более существенно влияет на вероятность развития этого заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дзяк, Л. А. Рассеянный склероз: Актуальные вопросы эпидемиологии и этиопатогенеза / Л. А. Дзяк // *Нейро New*. — 2013. — № 4 (49). — С. 45–49.
2. Пономарёв, В. В. Аутоиммунные заболевания в неврологии / В. В. Пономарёв. — Минск, 2010. — 262 с.
3. Завалишин, И. А. Рассеянный склероз / И. А. Завалишин, Е. И. Гусев, А.Н. Бойко. — М., 2011. — 528 с.

УДК 618.145-006.6-07

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ СА-125 В ОПУХОЛЯХ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ФАКТОРА

*Ляшко М. Б., Манжура А. П.*

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *А. П. Манжура*

«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»  
г. Киев, Украина

#### **Введение**

Данные международной статистики в мире за последние 10 лет свидетельствуют о том, что заболеваемость раком эндометрия (РЭ) выросла почти на 55 %. Сегодня РЭ является самой распространенной онкопатологией среди всех онкозаболеваний женской половой системы. Такой стремительный рост заболеваемости сопровождается ростом показателей смертности. Возникает потребность в более детальном изучении маркеров данного опухолевого процесса.

#### **Цель**

Оценить прогностическое значение содержания опухолевого маркера СА-125 в периферической крови больных на РЭ, а именно серозно-папиллярный рак эндометрия (СПРЭ) и аденокарциному эндометрия (АКЭ).

#### **Материал и методы исследования**

На базе Киевской городской онкологической больницы было проведено исследование зависимости уровня опухолевого маркера СА-125 от морфологических подтипов рака эндо-