

Наиболее часто для качественно-количественной оценки боли применяется Мак-Гилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire — MPQ), который признан во многих европейских странах. В нашем исследовании использовался русифицированный вариант Мак-Гилловского болевого опросника в модификации В. В. Кузьменко и соавт. (1986) и визуальная аналоговая шкала (ВАШ) [4].

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

Обследованы 53 пациента неврологических отделений стационаров г. Гомеля с болевым синдромом (44 (83%) женщины и 8 (17 %) мужчин). Средний возраст составил  $46,1 \pm 8,7$  лет. Все пациенты были опрошены до начала лечения с использованием ВАШ и Мак-Гилловского болевого опросника, который содержит 78 слов-дескрипторов боли, сгруппированных в 3 класса (сенсорный, аффективный, эвалюативный) и 20 подклассов по принципу смыслового значения. При этом оценивается индекс числа выбранных дескрипторов (ЧВД), который представляет собой сумму выбранных слов, и ранговый индекс боли (РИБ) — сумму порядковых номеров дескрипторов в субклассах. Результаты исследования обработаны при помощи описательной статистики программы «Statistica» 10.0.

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

При анализе ответов опросника ВАШ интенсивность своей боли оценивали в 1 балл — 4 (7,7 %) пациента, в 4 балла — 16 (30,8 %) пациентов, в 5, 6, 7, 8 баллов по 8 пациентов соответственно (по 15,4 % каждый). Средний балл ВАШ составил  $5,3 \pm 1,3$ .

При анализе Мак-Гилловского болевого опросника были получены следующие данные: вычисление рангового индекса боли (РИБ) показало среднее значение общего РИБ  $26,3 \pm 11,6$  баллов, РИБ сенсорной шкалы —  $17,4 \pm 3,6$ , РИБ аффективной шкалы —  $6,5 \pm 1,1$ , РИБ эвалюативной шкалы —  $2,5 \pm 1,5$ . Вычисление индекса числа выбранных дескрипторов (ЧВД) общее показало среднее значение  $11,3 \pm 5,6$  баллов, ЧВД сенсорного класса —  $7,2 \pm 1,8$ , ЧВД аффективного класса —  $5,7 \pm 3,5$ .

#### **Выводы**

Таким образом, у пациентов неврологического стационара степень выраженности болевого синдрома характеризовалась как умеренная. При описании боли преобладали словесные дескрипторы сенсорной и аффективной шкал, что указывает на значительный вклад нейропатического и психологического компонентов в формирование болевого синдрома.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Яхно, Н. Н. Боль: руководство для студентов и врачей / Н. Н. Яхно; под ред. акад. РАМН Н. Н. Яхно. — М.: Мед-пресс-информ, 2010. — 304 с.
2. Practical Management of Pain E-Book / Н. Benzon [et al.]. — New York: Elsevier Health Sciences, 2013. — 1144 p.
3. Psychological and emotional aspects and pain / G. Bertolotti [et al.] // Neurol. Sci. — 2003. — № 24. — P. 71–75.
4. Melzack, R. The short-form McGill Pain Questionnaire / R. Melzack // Pain. — 1987. — Vol. 30. — P. 191–197.

**УДК 618.36-079.7**

### **ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Савченко А. П., Касьянов Э. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В последнее время усилился интерес исследователей к изучению роли факторов роста плаценты в регуляции гестационного процесса [1, 2]. Плацентарный фактор роста (PlGF — placental growth factor) относится к семейству сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF — vascular endothelial growth factor) и является одним из важнейших регуляторов

формирования плаценты и васкуляризации ее ворсин. При физиологически протекающей беременности продукция PIGF начинается с 8–10-й недели гестации. Нарушения ангиогенеза сопровождаются недостаточностью первой и второй волны инвазии цитотрофобласта и приводят к формированию плацентарной недостаточности, преждевременным родам, развитию преэклампсии [1, 3]. Единственный на сегодня известный метод радикального лечения преэклампсии — родоразрешение. В настоящее время прогностическая роль PIGF оценена недостаточно [1, 2, 3]. Данные аспекты остаются дискуссионными и требуют дальнейшего изучения.

### **Цель**

Оценить предсказательную значимость плацентарного фактора роста в первом триместре беременности для развития гестационных осложнений.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 52 историй родов и развития новорожденного женщин с высоким риском развития преэклампсии в возрасте от 25 до 39 лет, состоявших на учете по беременности в ГЦП женской консультации филиала 1 за период с 2016–2017 гг. Пациенткам проводили исследование уровней PIGF в сыворотке крови на базе МГЦ «Брак и семья».

В зависимости от риска развития гестационных осложнений, особенностей течения беременности, женщины были разделены на 3 группы. В основную группу вошли 32 женщины, которым, согласно уровню PIGF, был выставлен высокий риск развития преэклампсии. У 28 из них (группа O1) беременность протекала без преэклампсии, у 4 женщин (группа O2) риск преэклампсии реализовался. В группу контроля вошли 20 женщин с нормальным уровнем PIGF.

В группах исследовали возраст, наличие гинекологических и соматических заболеваний, особенности репродуктивного анамнеза, чувствительность и специфичность маркера для преэклампсии, уровень PIGF, риск развития преэклампсии.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica» 8.0.

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

Показатели течения беременности и развития осложнений в обследованных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели течения беременности и развития осложнений в обследованных группах

Признак	Группа 1А (n = 28)	Группа 1Б (n = 4)	Контрольная группа (n = 20)
1. Средний возраст	29,64 ( $\pm 3,54$ )	36,25 ( $\pm 1,25$ )	33,1 ( $\pm 6,56$ )
2. Паритет беременности и родов первородящие : повторнородящие	7:21	0:4	6:14
3.Отягощенный акушерский анамнез у повторнородящих (неразвивающаяся беременность : самопроизвольный выкидыш)	8:4	3:1	3:3
4. Соматическая патология, %	23	25	20
5. Осложнения настоящей беременности, %			
— пиелонефрит	18,75	0	0
— артериальная гипертензия	31,25	100*	15
— сахарный диабет	6,25	25*	5
— холестаза	6,25	0	0
— заболевание щитовидной железы	18,75	25	0
6. Развитие фетоплацентарной недостаточности, %	56,25	100*	5%
7. Уровень PIGF, пг/мл	29,5( $\pm 6,08$ )	21,5*( $\pm 4,1$ )	126,8

\*— Статистически значимые различия в группах.

Данные, представленные в таблице 1 показали, что женщины, у которых реализовался риск преэклампсии были старше в сравнении с другими группами, имели отягощенный

акушерский анамнез и статистически значимо низкие значения PIGF ( $p = 0,006$ ) и 100 % развитие фетоплацентарной недостаточности.

Была оценена чувствительность и специфичность плацентарного фактора роста (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка чувствительности(SE) и специфичности(SP) маркера PIGF

Показатели	Преэклампсия	Фетоплацентарная недостаточность	Артериальная гипертензия
SE	0,14	0,95	0,81
SP	0,42	0,61	0,47

Данные таблицы 2 показали, что наиболее чувствителен и специфичен маркер PIGF для развития фетоплацентарной недостаточности и артериальной гипертензии.

### **Выводы**

Проведенное исследование показало, что числовое значение уровня PIGF у женщин, у которых реализовался риск преэклампсии статистически значимо ниже ( $p = 0,006$ ). Предсказательная значимость уровня PIGF в крови для преэклампсии достаточно низкая и составила 0,14 и высокая для фетоплацентарной недостаточности и артериальной гипертензии и составила соответственно 0,95 и 0,81. Таким образом, необходим поиск новых диагностически более значимых маркеров и данных для прогнозирования развития гестационных осложнений, в частности для преэклампсии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Патсаев, Т. А. Продукция плацентарного фактора роста и морфологические особенности плацентарного ложа матки у пациенток с преэклампсией Алматы / Т. А. Патсаев, Н. М. Мамедалиева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — Т. LV, № 3.
2. Кузьмин, В. Н. Плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. — 2011. — № 3.
3. Стрижаков, А. Н. Роль ангиогенных факторов роста в прогнозировании плацентарной недостаточности / А. Н. Стрижаков, Н. Е. Кушлинский, Е. В. Тимохина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8, № 4.

УДК 617.749+616.145.15]:616.441

## **СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИДРОДИНАМИКИ ГЛАЗ И ШИРИНЫ ВЕРХНЕГЛАЗНИЧНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ**

*Садовская О. П.*

Научный руководитель: доцент, к.м.н. *Л. В. Дравица*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Длительная компрессия глазного яблока экстраокулярными тканями, увеличение интраорбитального давления является основной причиной затруднения венозного оттока и повышения давления в эписклеральных сосудах при эндокринной офтальмопатии, что приводит к вторичным изменениям в дренажной системе глаза и развитию флебогипертензивной глаукомы [1].

Одним из способов определения динамики обмена камерной влаги в глазу, скорости ее продукции и оттока является тонография [2]. Однако интерпретация компрессионно-тонометрических проб сопряжена с погрешностью [1]. Это необходимо учитывать при определении минутного объема камерной влаги ( $F$ ), характеризующего скорость продукции внутриглазной жидкости, выраженное в  $\text{мм}^3$  в минуту. Вычисление минутного объема камерной влаги производят по формуле  $F = C \times (P_0 - P_v)$ , где  $C$  — коэффициент легкости оттока;  $P_0$  — истинное внутриглазное давление;  $P_v$  — давление в эписклеральных венах (в