

Выводы

Наиболее частыми признаками врожденной ВИЧ-инфекции у детей являлись генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и рецидивирующие респираторные инфекции, которые были самыми ранними признаками ВИЧ-инфекции. Поражение респираторного тракта в виде пневмонии наиболее часто встречалась в В стадии. Задержка психофизического развития и энцефалопатия чаще наблюдались в С стадии.

Лабораторные маркеры оппортунистических инфекций (ДНК EBV, ДНК CMV, IgG, ТОХ, JgG HSV) определялись в основном у детей, находящихся в 3 иммунологической категории. При лабораторном обследовании наиболее часто выявлялась ДНК вируса Эпштейн-Барра (28 %).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белозеров, Е. С. ВИЧ-инфекция / Е. С. Белозеров, Е. И. Змушко. — 2-е изд. — СПб., 2003. — 368 с.
2. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция у детей / А. Г. Рахманова, Е. Е. Воронин, Ю. А. Фомин. — СПб., 2003. — 448 с.
3. Петрович, И. В. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов: пособие для практик. врачей / И. В. Петрович, Н. В. Голобородько. — Минск, 2004. — 24 с.
4. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей. Оппортунистические инфекции и заболевания: пособие для студ. и врачей / Н. В. Матиевская [и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 400 с.
5. Total lymphocyte count a strong predictor of HIV progression in children: reuters // Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 1831–1832, 1868–1874.
6. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2005–2006 / Дж. Бартлетт, Дж. Галант // Медицинская служба университета Дж. Хопкинса. — 2006. — 464 с.
7. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.]. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
8. Каражас, Н. В. Пневмоцистная пневмония: клинические и микробиологические аспекты / Н. В. Каражас, А. В. Дехнич // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 1999. — Т. 1, № 1.

Поступила 09.04.2012

УДК 616.441–092:618.19-007.61

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОЧЕТАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗ

И. А. Васюхина¹, Л. И. Данилова²

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Цель: оценить частоту встречаемости сочетанной доброкачественной патологии щитовидной и молочной желез у женщин с сохраненным менструальным циклом.

Материалы и методы: обследовано 265 женщин с сохраненным менструальным циклом (МЦ) методом сплошной выборки. Обследование включало ультразвуковое исследование щитовидной и молочной желез с частотой излучения датчика 7,5 МГц. Проведена оценка тироидного статуса и клинико-лабораторных показателей состояния репродуктивной системы.

Результаты. С возрастом увеличивается частота встречаемости сочетанной патологии щитовидной и молочной желез, которая значимо выше в группе женщин 45 лет и старше по сравнению с женщинами в возрасте от 18 до 35 лет ($\chi^2 = 10,17$; $p = 0,001$). Медианы уровней прогестерона, пролактина и фолликулостимулирующего гормона значимо различались у обследуемых пациенток.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наличие тироидной патологии может рассматриваться как один из факторов риска развития мастопатии, что требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: щитовидная железа, молочная железа, половые гормоны.

THE ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF ASSOCIATED BENIGN PATHOLOGY OF THYROID AND MAMMARY GLANDS

I. A. Vasiukhina¹, L. I. Danilova²

¹Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

Objective: to assess the prevalence of associated benign pathology of thyroid and mammary glands in women with unsuppressed menstrual cycle.

Materials and methods: 265 women with unsuppressed menstrual cycle (MC) were examined by the sample method. The examination of the women included ultrasonography of thyroid and mammary glands with the detector-frequency of 7.5 MHz. The thyroid status and clinicolaboratory indicators of the reproductive system were estimated.

Results. The prevalence of the associated pathology of thyroid and mammary glands increases with age, which is significantly higher in 45 year or older women group compared to the 18–35 year group ($\chi^2 = 10,17$; $p = 0,001$). The progesterone, prolactin and follicle-stimulating hormone levels were significantly different in the groups.

Conclusion. The received results indicate that the thyroid pathology can be considered as a risk factor for mastopathy development, which requires further studies to be conducted.

Key words: thyroid gland, mammary gland, sex hormones.

Введение

Взаимоотношения между щитовидной и молочной железами в разные возрастные периоды, уровень связи, на котором они осуществляются, привлекают внимание многих исследователей. В последние годы отмечен рост как тиреоидной патологии, так и сочетанной с ней патологии органов репродуктивной системы [1, 2]. Молочные железы как составляющая часть репродуктивной системы женского организма являются своего рода мишенью для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, тропных гормонов гипофиза и опосредованно — гормонов других эндокринных желез. Среди различных гормонально-зависимых заболеваний репродуктивной сферы доброкачественное поражение молочных желез встречается наиболее часто. Его частота составляет от 20 до 60 % случаев [3]. Частота регистрируемой мастопатии достигает максимума к 45 годам и снижается в пременопаузальном и постменопаузальном возрасте [4, 5]. Единой терминологии и точной статистики распространенности доброкачественных заболеваний молочных желез до сих пор нет. В отечественной литературе для определения данной патологии обычно применяют термин «мастопатия» [4], в зарубежной — «benign breast diseases» [5].

Одним из патогенетических механизмов развития мастопатии является гормональный дисбаланс. На его фоне происходит стимуляция пролиферации эпителиального и соединительнотканного компонентов молочной железы. Однако до настоящего времени не выявлено ни одного специфического фактора риска развития мастопатии, поскольку данная патология — мультифакториальна, возрастзависима, связана как с генетическими особенностями, так и с влиянием факторов окружающей среды [6–9].

Актуальность проблемы дисгормональных заболеваний молочной железы обусловлена как высокой частотой их в популяции, так и тем, что некоторые пролиферативные формы с гиперплазией эпителия рассматриваются в качестве факторов повышенного риска развития рака молочной железы, который на фоне мастопатии увеличивается в 4–9 раз, а согласно данным Dupont W. (1997), даже в 37 раз. И частота малигнизации возрастает при кистозных изменениях, кальцификации, а также при пролиферативных процессах в эпителии, выстилающем протоки и стенки кист. M. Birkhauser (1997), L. Jardines (1999), S. Asbell (1999) отмечают, что рак молочной железы при пролиферативной форме мастопатии развивается в 7–14, а при локализованной с явлениями пролиферации — в 25–30 раз чаще, чем при других патологических состояниях молочных желез [6, 8–11].

Недостаточное изучение механизма прямой взаимосвязи сочетанной патологии и то, что большинство исследователей, изучающих сочетанную патологию щитовидной и молочной желез, акцентируют внимание только на проблеме рака молочной железы и не касаются доброкачественных заболеваний молочной железы, указывает на высокий научный интерес к данной проблеме [12–15].

Цель исследования

Оценить частоту встречаемости сочетанной патологии щитовидной и молочной желез у женщин с сохраненным менструальным циклом.

Материалы и методы исследования

Методом сплошной выборки обследовано 265 женщин с нормальным менструальным циклом (МЦ) в возрасте от 18 до 56 лет. Обследование включало ультразвуковое исследование щитовидной и молочной желез с частотой излучения датчика 7,5 МГц, сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр.

Для оценки тиреоидного статуса определены уровни тиротропного гормона (ТШГ), диапазон референсных значений 0,17–4,05 ММЕ/л. Определены уровни половых гормонов, их метаболитов и гонадотропинов в первую фазу менструального цикла. Диапазон референсных значений для эстрадиола составил менее 0,5 нмоль/л, прогестерона — менее 5 нмоль/л, тестостерона — менее 5 нмоль/л, фолликулостимулирующего (ФСГ) — 2–10 мМЕ/мл и лютеинизирующего гормона (ЛГ) — 1–10,0 мМЕ/мл, пролактина — 4,42–25,42 нг/мл, 17-гидроксипрогестерона (17 НОР) — 0,15–1,1 нг/мл; дигидроэпиандростерона сульфата (DHEAS) — 30,0–333,0 мкг/100 мл в сыворотке крови методом радиоиммунного анализа, который проводился на аппарате STRATEC FR-300.

В группах изучалась частота встречаемости патологии щитовидной и молочной желез. При статистической обработке данных для сравнения групп использовался критерий χ^2 Пирсона. Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica», 6.0. Применялись методы непараметрической статистики, так как распределение данных внутри групп не носило характер нормального. Результаты представлены в формате Me [Q25%; Q75%]. Для определения статистической значимости использован критерий Манна-Уитни. Частоту встречаемости анализировали с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение

Все обследуемые женщины были распределены по группам: в 1 (ранний репродуктивный период) были включены пациентки в возрасте от 18 до 35 лет (126 человек), во 2 (поздний репродуктивный период) — от 36 до 44 лет (96 человек), в 3 (пременопаузальный период) — 45 лет и старше (43 человека).

Сочетанная патология щитовидной и молочной желез была выявлена у 149 (56,2 %) обследованных. Поскольку процент сочетан-

ной патологии оказался высоким, был проведен анализ возрастной структуры полученных данных (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение обследованных женщин по возрастным группам

Группа	Число наблюдений, n	Патология щитовидной железы		Патология молочной железы		Сочетанная патология щитовидной и молочной желез	
		n	P, %	n	P, %	n	P, %
18–35 лет (1)	126	29	23,0	36	28,6	49	38,9
36–44 года (2)	96	14	14,9	13	13,8	63	67,0
45 лет и старше (3)	43	5	11,1	1	2,2	37	82,2

Примечание. * n — количество случаев встречаемости изучаемого параметра; P — относительная частота встречаемости изучаемого параметра

Изолированная патология щитовидной железы в группе от 18 до 35 лет диагностирована у 29 (23,0 %) человек; изолированная патология молочной железы — у 36 (28,6 %); сочетанная патология щитовидной и молочной желез — у 49 (38,9 %) женщин.

В возрастной группе 36–44 лет изолированная патология щитовидной железы диагностирована у 14 (14,9 %) женщин; изолированная патология молочной железы — у 13 (13,8 %); сочетанная патология щитовидной и молочной желез — у 63 (67 %) женщин.

В возрастной группе 45 лет и старше изолированная патология щитовидной железы диагностирована у 5 (11,1 %) человек; изолированная патология молочной железы — у 1 (2,2 %); сочетанная патология щитовидной и молочной желез — у 37 (82,2 %) женщин.

Сравнивалась частота изолированной патологии и сочетанной патологии щитовидной и молочной желез внутри самих возрастных групп. Частота сочетанной патологии во всех возрастных группах была выше, чем изолированная патология щитовидной железы (1 группа — $\chi^2 = 7,43$; $p < 0,05$; 2 группа — $\chi^2 = 52,06$; $p < 0,001$; 3 группа — $\chi^2 = 44,72$; $p < 0,001$). Частота сочетанной патологии в группах от 36 до 44 лет и 45 лет и старше была выше, чем изолированная патология молочной железы (2 группа — $\chi^2 = 54,45$; $p < 0,001$; 3 группа — $\chi^2 = 57,76$; $p < 0,001$).

Далее проведено сравнение частоты встречаемости сочетанной патологии щитовидной и молочной желез во 2 и 3 группах по отношению к аналогичному показателю 1 группы. Оказалось, что с возрастом она увеличивается. Так, в 3 группе (45 лет и старше) сочетанная патология встречается чаще, чем в 1 группы (от 18 до 35 лет) ($\chi^2 = 10,17$; $p = 0,001$).

Известно, что немаловажную роль в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочной железы играют гормоны щитовидной железы [6, 16–18]. Патогенетические механизмы влияния гормо-

нов щитовидной железы на процесс пролиферации в тканях молочных желез различны. Накоплено достаточно большое количество клинических данных, подтвержденных результатами лабораторных исследований, свидетельствующих о сочетании нарушения тироидного статуса с патологией молочных желез. Действие тироидных гормонов — основных регуляторов метаболических процессов на уровне ядра клеток наиболее активно проявляется в формировании железистого аппарата и стромы молочных желез. Под их влиянием в молочной железе регулируется уровень рецепторов эпидермального ростового фактора, который стимулирует процессы пролиферации эпителиальных клеток и тормозит их функциональную дифференцировку. Однако окончательно непосредственное их влияние на морфофункциональное состояние молочных желез не изучено [18, 19].

Большинство авторов сходятся в определении опосредованного влияния измененного тироидного статуса на различные уровни регуляции функционального и морфологического состояния молочных желез. На первое место в осуществлении этого влияния выходит функциональное взаимодействие систем «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа» и «гипоталамус – гипофиз – гонады». Высшими звеньями многоступенчатой системы эндокринной регуляции являются надгипоталамические структуры (действующие посредством нейростероидов, нейротрансмиттеров и нейропептидов) и гипоталамус (влияющий на нижележащие структуры посредством выработки релизинг-гормонов) [9, 16].

Дальнейшее исследование заключалось в анализе функционального состояния щитовидной железы и определения уровня половых гормонов, их метаболитов и гонадотропинов в 1 фазу менструального цикла. Все обследуемые пациенты были распределены на 3 группы по уровню тиротропного гормона: ТТГ до 2,0 ММЕ/л, ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л, ТТГ более 4,05 ММЕ/л. Медианы уровней половых гормонов и их метаболитов в 1 фазе МЦ представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Клинико-лабораторные показатели состояния репродуктивной системы у обследованных женщин

Анализируемый показатель	ТТГ до 2,0 ММЕ/л (1)			ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л (2)			1–2	
	Me	25	75 %	Me	25 %	75 %	U	p
Возраст, лет	35,00	27,00	41,00	36,00	27,00	43,00	5298,00	0,82
Эстрадиол, нмоль/л	0,20	0,12	0,32	0,20	0,14	0,41	4708,00	0,11
Прогестерон, нмоль/л	3,80*	1,40	9,20	2,50	1,40	4,40	4536,50	0,047
Тестостерон, нмоль/л	0,80	0,40	1,40	1,00	0,46	1,40	5002,50	0,36
ФСГ ММЕ/мл	4,30	3,20	6,60	4,90	3,70	7,00	4727,00	0,12
ЛГ, ММЕ/мл	5,10	3,00	8,50	5,50	3,10	9,60	4999,00	0,36
Пролактин, нг/мл	10,30*	8,00	14,70	14,00	9,70	18,60	4059,50	0,002
17НОР, нг/мл	0,50	0,40	0,82	0,50	0,32	0,70	4587,00	0,06
ДНЕАС, мкг/100мл	171,00	113,00	284,00	171,00	109,00	235,00	5070,00	0,45
Длительность МЦ, дней	28,00	27,00	30,00	28,00	28,00	30,00	5283,50	0,78
Менархе, лет	14,00	13,00	14,00	13,00	12,00	14,00	4671,00	0,08
Анализируемый показатель	ТТГ до 2,0 ММЕ/л (1)			ТТГ более 4,05 ММЕ/л (3)			1–3	
	Me	25 %	75 %	Me	25 %	75 %	U	p
Возраст, лет	35,00	27,00	41,00	36,00	30,00	43,00	2552,50	0,32
Эстрадиол, нмоль/л	0,20	0,12	0,32	0,20	0,13	0,37	2726,50	0,72
Прогестерон, нмоль/л	3,80	1,40	9,20	4,30	1,80	6,70	2741,50	0,76
Тестостерон, нмоль/л	0,80	0,40	1,40	0,70	0,30	1,50	2681,50	0,60
ФСГ ММЕ/мл	4,30*	3,20	6,60	6,00	4,20	8,00	2156,50	0,014
ЛГ, ММЕ/мл	5,10	3,00	8,50	5,20	2,80	10,20	2774,50	0,86
Пролактин, нг/мл	10,30*	8,00	14,70	12,30	8,10	22,20	2257,50	0,037
17НОР, нг/мл	0,50	0,40	0,82	0,50	0,33	0,98	2714,00	0,69
ДНЕАС, мкг/100мл	171,00	113,00	284,00	203,00	125,00	279,00	2679,50	0,60
Длительность МЦ, дней	28,00	27,00	30,00	28,00	28,00	30,00	2776,00	0,86
Менархе, лет	14,00	13,00	14,00	14,00	13,00	15,00	2761,00	0,81
Анализируемый показатель	ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л (2)			ТТГ более 4,05 ММЕ/л (3)			2–3	
	Me	25 %	75 %	Me	25 %	75 %	U	p
Возраст, лет	36,00	27,00	43,00	36,00	30,00	43,00	2852,00	0,38
Эстрадиол, нмоль/л	0,20	0,14	0,41	0,20	0,13	0,37	2832,50	0,35
Прогестерон, нмоль/л	2,50*	1,40	4,40	4,30	1,80	6,70	2444,50	0,024
Тестостерон, нмоль/л	1,00	0,46	1,40	0,70	0,30	1,50	2861,00	0,40
ФСГ ММЕ/мл	4,90	3,70	7,00	6,00	4,20	8,00	2735,00	0,20
ЛГ, ММЕ/мл	5,50	3,10	9,60	5,20	2,80	10,20	2926,00	0,53
Пролактин, нг/мл	14,00	9,70	18,60	12,30	8,10	22,20	3074,00	0,91
17НОР, нг/мл	0,50	0,32	0,70	0,50	0,33	0,98	2770,00	0,25
ДНЕАС, мкг/100мл	171,00	109,00	235,00	203,00	125,00	279,00	2668,00	0,13
Длительность МЦ, дней	28,00	28,00	30,00	28,00	28,00	30,00	3012,00	0,73
Менархе, лет	13,00	12,00	14,00	14,00	13,00	15,00	2664,50	0,12

* p < 0,05

Из данных таблицы 2 следует, что уровни половых гормонов и гонадотропинов имели статистически значимые различия. Уровень прогестерона был значимо выше у женщин с уровнем ТТГ до 2,0 ММЕ/л по сравнению с женщинами с уровнем ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л (U = 4536,50; p = 0,047). Уровень прогестерона был значимо выше у женщин с уровнем ТТГ 4,05 ММЕ/л и более по сравнению с женщинами с уровнем ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л (U = 2444,50; p = 0,024). Медиана уровня ФСГ у женщин с уровнем ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л была значимо ниже, чем медиана у женщин с уровнем ТТГ 4,05 ММЕ/л и более (U = 2156,50;

p = 0,014). Медиана уровня пролактина у женщин с уровнем ТТГ до 2,0 ММЕ/л была значимо ниже, чем медиана у женщин с уровнем ТТГ от 2,0 до 4,05 ММЕ/л и с ТТГ 4,05 ММЕ/л и более (U = 4059,50; p = 0,002, U = 2257,50; p = 0,037 соответственно).

Согласно мнению большинства ученых (R. Sitruk-Ware, 1986; Л. М. Бурдина, 1996; I. H. Russo, 1996; M. Birkhauser, 1997; W. Dupont, 1998), решающая роль в развитии мастопатии отводится нарушениям со стороны репродуктивной системы, которые проявляются прогестерон-дефицитными состояниями на фоне относительной или абсолютной гиперэстрогении. Од-

нако очевидно, что как и для многих тканей — мишеней половых гормонов решающую роль играет не только и не столько абсолютная величина содержания гормонов в крови даже в свободной форме, сколько состояние рецепторов половых стероидов в ткани железы, а также особенности локального гормоногенеза [6, 9, 18–22].

Выводы

1. С увеличением возраста у женщин растет частота сочетанной патологии щитовидной и молочной желез. При этом частота встречаемости сочетанной патологии в группе женщин 45 лет и старше значимо выше по сравнению с женщинами в возрасте от 18 до 35 лет ($\chi^2 = 10,17$; $p = 0,001$).

2. Частота сочетанной патологии щитовидной и молочной желез в группе от 18 до 36 лет ($\chi^2 = 7,43$; $p < 0,05$), от 36 до 44 лет ($\chi^2 = 52,06$; $p < 0,001$) и 45 лет и старше ($\chi^2 = 44,72$; $p < 0,001$) выше, чем изолированная патология щитовидной железы.

3. Частота сочетанной патологии щитовидной и молочной желез в возрастных группах от 36 до 44 лет ($\chi^2 = 54,45$; $p < 0,001$) и 45 лет и старше ($\chi^2 = 57,76$; $p < 0,001$) выше, чем изолированная патология молочной железы.

4. Медианы уровней прогестерона, пролактина, ФСГ значимо различались у обследованных женщин.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Болезни щитовидной железы: пер. с англ. / Под ред. Л. И. Браверманна. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.
2. Татарчук, Т. Ф. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, А. О. Исламова // Эндокрин. гинекология. — Киев: Заповіт, 2003. — С. 200–216.
3. Стариков, В. И. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения дисгормональной гиперплазии молочных желез / В. И. Стариков // Врачебная практика. — 2006. — № 6. — С. 53–59.
4. Ильин, А. Б. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин: метод. рек. / А. Б. Ильин, Ю. В. Цвелев, В. Г. Абашин. — СПб., 2005. — 46 с.
5. Guray, M. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management / M. Guray, A. A. Sahin // Oncologist. — 2006. — Vol. 11. — P. 435–449.

6. Гилязутдинов, И. А. Дисгормональные заболевания молочных желез / И. А. Гилязутдинов, Г. В. Хамитова // Маммология. — 1998. — № 4. — С. 15–19.

7. Летагин, В. П. Мастопатия / В. П. Летагин // Рус. мед. журн. — 2000. — Т. 8, № 11. — С. 32–38.

8. Репродуктивная эндокринология: в 2 т.; пер. с англ. / Под ред. С. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. — М.: Медицина, 1998. — 704 с.

9. Татарчук, Т. Ф. Дисгормональные заболевания молочных желез в практике гинеколога-эндокринолога / Т. Ф. Татарчук, О. А. Ефименко, Н. В. Рось // Эндокрин. гинекология. — Киев: Заповіт, 2003. — С. 147–180.

10. Макаренко, Н. П. Мастопатия: лекция / Н. П. Макаренко // Рус. мед. журн. — 1999. — Т. 7, № 10. — С. 37–43.

11. Омьянская, А. И. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при дисгормональной гиперплазии молочной железы / А. И. Омьянская // Маммология. — 1993. — № 2. — С. 22–23.

12. Ахмедова, Ш. А. Мастопатия у женщин с тиреотоксикозом: Материалы III Всерос. тиреологического конгресса «Диагностика и лечение узлового зоба» / Ш. А. Ахмедова, Т. Х.-М. Хашаева, С. А. Абусуев. — М., 2004. — С. 83.

13. Патология щитовидной железы как один из факторов развития мастопатии / Е. Б. Кравец [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. — 2004. — № 1. — С. 110–115.

14. Garcia-Solis, P. 5'Deiodinase in two breast cancer cell lines: effect of triiodothyronine, isoproterenol and retinoids / P. Garcia-Solis, C. Aceves // Mol. Cell. Endocrinol. — 2003. — Mar. 28, 201 (1–2). — P. 25–31.

15. Hormonal therapy in oncologic treatment: pathogenic hypotheses and interactions between thyroid and breast pathologies / D. Parmeggiani [et al.] // Tumori. — 2003. — Jul-Aug. 89 (Suppl. 4). — P. 215–219.

16. Smyth, P. P. Role of iodine in antioxidant defence in thyroid and breast disease / P. P. Smyth // Biofactors. — 2003. — № 19 (3–4). — P. 121–130.

17. Серов, В. Н. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, В. Н. Пшеничникова. — М.: Русфармамед, 1995. — 457 с.

18. Гилязутдинов, И. А. Доброкачественные опухоли молочных желез / И. А. Гилязутдинов // Маммология. — 1999. — № 2. — С. 4–7.

19. Гилязутдинов, И. А. Опухоли гормонально-зависимых и гормонопродуцирующих органов / И. А. Гилязутдинов, Р. Ш. Хасанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 464 с.

20. Дильман, В. М. Эндокринологическая онкология: руководство для врачей / В. М. Дильман. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1983. — 408 с.

21. Серов, В. Н. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, В. Н. Пшеничникова. — М.: Русфармамед, 1995. — 457 с.

22. Данилова, Л. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания / Л. И. Данилова. — Минск — Нагасаки, 2005. — 470 с.

Поступила 28.05.2012

УДК 617.7-007.681+617.753.2]-073.55:615.849.19

СРАВНЕНИЕ ВЕЛИЧИН СТАНДАРТНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ ОТ СРЕДНЕЙ ТОЛЩИНЫ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ФОНЕ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ И ПАЦИЕНТОВ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ПОЛЯРИМЕТРИИ

Л. В. Дравица, Е. В. Конопляник

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: проанализировать изменения толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) и их стандартные отклонения в расчетной окружности у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) на фоне миопической рефракции и у пациентов с миопией.

Материалы и методы. Обследованы две группы пациентов (контрольная и исследуемая), сопоставимых по возрасту и полу. Контрольная группа включала пациентов с миопией разных степеней — 21 человек (39 глаз). Исследуемую группу составили пациенты с первичной открытоугольной глаукомой на фоне миопической рефракции — 79 человек (112 глаз). Пациентам проведена сканирующая лазерная поляриметрия на аппарате «GDx VCC» (Carl Zeiss, Германия). Были изучены значения средней толщины СНВС в пределах расчетной окружности (TSNIT Average), а также стандартное отклонение значений в расчетной окружности (TSNIT Standard Deviation). Для статистической обработки применены непараметрические критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.