

ственно переживалось в дежавю, но некоторые другие свои фрагменты, отчего и возможно стало, вспомнить его, и определить, что удвоение состояния произошло именно из-за вторжения сна в реальность. То, что те, с кем случается дежавю, не связывают его со сном, говорит лишь об особенностях памяти, т.к. причина дежавю именно в наслаивании сна на реальность (реальность здесь употребляется в значении бодрствующего сознания). На первый взгляд это кажется лишь допущением. Ранее мы утверждали, что прошлая ситуация приходит именно из сна, но это положение не было еще раскрыто достоверно и с должной степенью закономерности [4].

Выводы

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что люди, которые постоянно сталкиваются с эффектом дежавю, могут быть более склонны к таким заболеваниям, как шизофрения, эпилепсия, а также к нарушению временного восприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Курган, А. А.* Феномен «дежа вю» / А. А. Курган. — СПб.: Дмитрий Буланин, 2010. — 240 с.
2. *Карлов, В. А.* Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 2010. — 9 с.
3. *Карсон, Р.* Аномальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минска. — СПб.: Питер, 2004. — 1167 с.
4. *Власов, П. Н.* Феномен дежа вю в практике невролога: монография / П. Н. Власов, А. В. Червяков. — 2-е изд. стер. — М.: ФЛИНТА, 2017. — 108 с.

УДК 618.11-006.2

УРОВЕНЬ ОНКОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОК С КИСТОЙ ЯИЧНИКА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Лобан Д. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

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

Введение

По некоторым данным за весь репродуктивный период жизни каждой женщины частота встречаемости кисты яичника хотя бы однократно достигает 80 %. В постменопаузальном периоде диагноз киста яичника выставляется у 3–18 % пациенток [4]. На кисты приходится 58,8 % всех опухолей яичника [2]. Частота встречаемости данной патологии до 19–25 %, по отношению к новообразованиям других органов. В молодом возрасте частота встречаемости до 58,8 %. У девочек-подростков в структуре гинекологической патологии на ретенционные кисты яичников приходится до 7,1 % [3]. Важным моментом является определение опухолевых маркеров, белков крови, образующихся в результате жизнедеятельности клеток. Определение HE4 в сочетании с СА125 позволяет заподозрить наличие опухоли на доклинической стадии. Онкомаркеры могут присутствовать в здоровом организме, однако их концентрация резко возрастает при онкологических заболеваниях. В норме показатель СА125 составляет 0–35 Ед/мл; показатель HE4 — в пременопаузальном периоде 0–75 нМоль, в постменопаузе — 0–150 нМоль.

Цель

Изучить количественный уровень опухолевых маркеров рака яичника СА125 и HE4 в зависимости от локализации кист яичников, варианта их кровоснабжения, возраста пациенток и исходы заболевания.

Материал и методы исследования

Изучено 50 медицинских карт группы диспансерного учета женской консультации филиала № 4 ГУЗ «ГЦПП» с диагнозом киста яичника. Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, заключений УЗИ органов малого таза, анализ содержания Ca125, HE4, исходы заболеваемости. Данные обработаны статистически. Так как анализ распределения данных большинства изученных параметров показал не соответствие нормальному закону, данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q_{25} и Q_{75}); среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Для сравнения двух независимых выборок применялся непараметрический U-критерий Манна — Уитни. В случае более двух групп использовался H-критерий Краскела — Уолиса. Результаты статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Выделены группы: I — 24 (48 %) пациентки с кистой правого яичника; II — 21 (42 %) с кистой левого яичника; III — 5 (10 %) пациенток с кистами обоих яичников ($N = 2,944$; $p = 0,229$). Более интенсивное кровоснабжение правого яичника, обусловленное прямым отхождением правой яичниковой артерии от брюшной части аорты и аналогичным венозным возвратом, приводит в 66,7 % к возникновению кист функционального характера. Частота встречаемости серозных (цилиоэпителиальных), эндометриоидных кист яичника значимо не зависела от кровоснабжения яичников. Тератодермоидные образования яичников (фиброма) чаще локализуются слева [1]. Большинство пациенток имели возраст 25–42 года: возраст I группы составил $36,7 \pm 1,9$ лет, II — $41,2 \pm 2,8$ года, III — $30,8 \pm 3,2$ лет. Значимых отличий по возрасту между I и II группами ($p = 0,188$), II и III группами ($p = 0,100$), I и III группами ($p = 0,213$) не установлено. В 66,7 % ($p < 0,05$) кисты правого яичника носили функциональный характер и возникали в возрасте $35,1 \pm 2,6$ лет, в левом — в 38,1 % случаев и в возрасте $39,8 \pm 3,6$ лет. Эффективность консервативной терапии составила 100 %.

Значимых отличий между группами по возрасту манифестации заболевания, диаметру кисты, уровню HE4 не установлено. Уровень Ca125 по критерию H — Краскела — Уоллиса имел тенденцию к повышению у пациенток III группы 56,9 (56; 57,7), ($N = 5,935$; $p = 0,051$), в сравнении с I — 8,55 (4,2; 11,8) и II — 9,92 (6,7; 16,95).

Зависимости между вариантом типа кисты яичника (функциональная, серозная, эндометриоидная, тератодермоидные образования) и одним из следующих параметров: возраст начала заболевания, размеры матки, толщина эндометрия, размеры и объем правого и левого яичника, диаметр кисты, уровень показателей Ca125 и HE4 установлено, что по критерию H — Краскела — Уоллиса значимые отличия установлены только по показателю диаметр кисты яичника ($N = 14,525$; $p = 0,0058$).

Установлены значимые различия в размерах и объеме левых яичников и в объеме правых яичников у пациенток I ($p = 0,517$) и II ($p = 0,136$) групп по U-критерию Манна — Уитни, однако уровень Ca125 и HE4 значимо не отличался. Однако в сравнении пациенток I и III групп выявлены значимые различия в размерах и объеме левых яичников и уровню Ca125 ($Z(U) = -2,204$; $p = 0,027$) по U-критерию Манна — Уитни. При сравнении пациенток II и III групп установлены значимые различия в объеме яичников и уровню Ca125 ($Z(U) = -2,204$; $p = 0,027$) по U-критерию Манна — Уитни.

Установлены значимые отличия в размерах и в объеме левого яичника ($p = 0,001$) у пациенток с функциональной кистой яичника I и II групп по U-критерию Манна — Уитни, при этом уровень Ca125 и HE4 оставались в пределах нормы. При сравнении пациенток из I и II групп, имеющих серозную кисту яичника, были установлены значимые отличия по возрасту пациенток на начало заболевания: в I группе 40,5 (37,5; 44,5) лет, во II группе — 54 (43; 66) лет ($p = 0,033$). У пациенток в I группе объем правого яичника 37,4 (19,3; 70,7) значимо превышал объем правого яичника из II группы 7,3 (6,8; 7,8) ($p =$

0,048). При этом уровень Ca125 и HE4 остается в пределах нормы. Размеры матки и толщина эндометрия находились в пределах нормы во всех исследуемых группах.

Выводы

В 90 % случаев встречалось одностороннее расположение кист яичника, при этом уровень онкомаркеров Ca125 и HE4 оставались в пределах допустимой нормы и значительно не отличались между группами.

Выявлена тенденция к повышению уровня содержания онкомаркера Ca125 у пациенток с кистами обоих яичников в сравнении с пациентками с кистой правого или левого яичника ($H = 5,935$; $p = 0,051$).

Установлено значимое превышение нормативного значения уровня Ca125 у пациенток III группы в сравнении с I группой ($Z(U) = -2,204$; $p = 0,027$) и в сравнении со II ($Z(U) = -2,204$; $p = 0,027$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобан, Д. С. Кровоснабжение яичников: влияние на формирование кист / Д. С. Лобан // Микро- и макроанатомия: сб. науч. ст. III межкафедральной науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием, посвященной памяти доцента П. П. Хоменка, Гомель, 16 февр. 2018 г. // Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: В. Н. Жданович [и др.]. — Гомель, 2018. — С. 122–127.

2. Лечение кист яичника / К. К. Меджидова [и др.] // Проблемы репродукции. — 2014. — № 5. — С. 35–38.

3. Тер-Овакимян, А. Э. Состояние репродуктивного здоровья женщин после оперативного лечения доброкачественных кист яичника / А. Э. Тер-Овакимян, Л. Д. Оразмурадова // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89, № 2. — С. 166–168.

4. Хачкурузов, С. Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки / С. Г. Хачкурузов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2001. — 661 с.

УДК 616.37-006.6+616.45-006-053.2-08-091

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИПОМЫ

Мельникова К. А.

Научный руководитель: ассистент Е. В. Тимошкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нейроэндокринные опухоли ЖКТ (НЭОЖКТ) — новообразования, происходящие из клеток APUD-системы. Способны секретировать специфические пептиды и биогенные амины, которые могут выполнять нормальную функцию, но вызывают симптомы при высоком уровне секреции [1]. Среди этих опухолей, к редко встречающимся относится ВИПома.

Цель

Обзор актуальных данных о патогенезе и клинических особенностях ВИПома.

Материал и методы исследования

Изучение актуальных данных о патогенезе и клинических особенностях ВИПома.

Результаты исследования и их обсуждение

ВИПома — опухоль, секретирующая вазоактивный интестинальный пептид (VIP). Встречается с частотой 1 случай в год на 10 миллионов человек. Источник образования данной опухоли — мультипотентная стволовая клетка, дающая начало экзокринным и эндокринным клеткам. Способность к образованию злокачественных опухолей из этих клеток составляет 60–70 %. ВИПома представляет собой редкий тип нейроэндокринной