

нальное их состояние. Кроме того, причиной идиопатического бесплодия является даже не манифестированная в виде изменений характеристик менструального цикла стрессогенная овуляторная и эндометриальная дисфункция. Стрессовое воздействие, реализуясь через гипоталамо-гипофизарную систему, приводит к нарушению образования доминантного фолликула и, как следствие, формированию ановуляторного цикла, а на уровне яичников способствует развитию окислительного стресса с последующей неполноценной лютеинизацией и ухудшением качества ооцитов даже при наличии овуляции [1].

**Цель**

Оценить влияние стрессового фактора при возникновении менструальной дисфункции.

**Материал и методы исследования**

Было проведено анкетирование 100 респондентов женского пола. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

**Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст респондентов составил от 15 до 26 лет. По итогам проведенного исследования установлено, что большинство респондентов 76 % (n = 76) считают, что состояние стресса может повлиять на менструальный цикл. У большинства анкетированных девушек 75 % (n = 75) были проблемы с менструальным циклом (нарушение регулярности, отсутствие или наоборот обильная менструация). При этом 83 % (n = 78) из них связывают нарушения с эмоциональным или физическим стрессом. 65 % (n = 65) опрошенных очень часто находятся в стрессовых ситуациях. И только 16 % (n = 16) всех опрошенных девушек редко находятся в стрессовых ситуациях. У 71 % (n = 71) респондентов стресс чаще на учебе, 13 % (n = 13) дома. Длительность менструальной дисфункции: месяц — 58,6 % (n = 51), 2–4 месяца — 28,7 % (n = 25), полгода — 5,7 % (n = 5), в течение года — 6,9 % (n = 6). Однако 39,4 % (n = 39) опрошенных респондентов используют успокоительные средства во время стрессовых ситуациях. У 80,6 % (n = 75) респондентов менструальный цикл восстанавливался после длительного отдыха или смены обстановки, и только у 19,4 % (n = 18) девушек нет.

**Выводы**

В результате проведенного исследования выяснилось, что большая часть респондентов имели нарушения менструального цикла после стресса. При этом значительная часть опрошенных респондентов часто находятся в стрессовых ситуациях. Таким образом, стрессовая ситуация — это важный фактор, возникновения менструальной дисфункции.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Денисова, Т. Г. Психоземotionalный стресс как фактор риска нарушений состояния репродуктивного здоровья / Т. Г. Денисова, М. С. Денисов // Acta Medica Eurasica. — 2018. — № 1. — С. 15–21.

УДК 616-006.487-07-08

**ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ  
И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭСТЕЗИОНЕЙРОБЛАСТОМЫ**

*Ефимченко А. Л.*

**Научный руководитель: ассистент Е. В. Тимошкова**

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

**Введение**

Новообразования, равно как и прочие патологические процессы способны к развитию в любой части человеческого организма. Факторы, которые приводят к возникновению опухолей, распространены в окружающей среде, в быту. В последние годы забо-

леваемость злокачественными новообразованиями стремительно увеличивается, и на данный момент по причине смертности занимают второе положение за заболеваниями системы кровообращения [1]. Эстеziонейробластома — нечасто встречающееся новообразование, которое составляет 3 % всех злокачественных опухолей носовой полости. Данная опухоль вызывает интерес не только из-за малой встречаемости, но и благодаря особенностям патоморфологического строения и клинического течения [3].

***Цель***

Обзор актуальных данных о патогенезе и клинических особенностях эстеziонейробластомы.

***Материал и методы исследования***

Изучение актуальных данных о патогенезе и клинических особенностях эстеziонейробластомы.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Эстеziонейробластома (эстеziонейроэпителиома обонятельная) — редкое злокачественное новообразование нейроэктодермального происхождения, развивающееся из нейроэпителиоцитов ольфакторной мембраны. Проявляется, прежде всего, в полости носа и носоглотке как болезненное набухание и, в конечном счете, распространяется в придаточные пазухи носа, небо, глазницы и полость черепа.

В первый раз была описана учеными в 1924 г., и с тех пор выявлено почти тысяча случаев развития этого новообразования. Обычно, эстеziонейробластома встречается у взрослых людей, и в значительно меньшей мере изучена у детей. Опухоль развивается у детей начиная с десяти лет с одинаковой частотой независимо от половой принадлежности.

Изначально ольфакторная нейробластома появляется в верхних отделах носовой полости. Она обладает местнодеструктивным ростом и склонна к быстрому заполнению полости носа, распространению в носоглотку, переднюю черепную ямку и глазные впадины. Метастазирует в основном в верхне-шейные, заглоточные, поднижнечелюстные и околоушные лимфатические узлы. Так же метастазы можно обнаружить в легких, плевре, костях, печени, селезенке, яичниках, молочных железах. Однако при возникновении в детском возрасте регионарное и метастазирование во внутренние органы встречается довольно редко. Гистологическая дифференцировка опухоли может вызывать затруднение, часто она может приниматься за другие злокачественные новообразования, такие как недифференцированная карцинома, меланома, саркома [1].

Имеет типичное микроскопическое строение нейрогенной злокачественной опухоли, склонна к быстрому росту, бессимптомному распространению в подслизистой основе, лимфогенному метастазированию и рецидивированию.

Благодаря особенностям локализации у людей, имеющих эстеziонейробластому, редко развивается общий симптомокомплекс. Из-за строения носовой полости, развитие опухоли проявляется расстройством дыхания, способным доходить до аносмии, ринореей, проптозом. Выделения из носа могут быть различного характера: как слизистогнойные, так и слизистые, в дальнейшем клинические проявления будут зависеть от направления развития опухоли и локализации ее метастазов [2].

В процессе роста опухоль может приводить к появлению офтальмологических симптомов, таких как ограничение движений глазного яблока, смещение его кнаружи. В дальнейшем развитие новообразования в задних отделах носовой полости вызывает экзофтальм, диплопию. Также может проникать в полость черепа с развитием соответствующих симптомов. Первоначально рост опухоли не сопровождается болевым синдромом, он появляется обычно на поздних стадиях заболевания [1].

Макроскопически новообразование имеет красновато-синюшный цвет, плотноэластическую консистенцию и бугристую форму.

Диагностика может вызывать сложности, особенно на ранних стадиях, так как новообразование может приниматься за неопухолевую патологию, такую как аденоиды, гипертрофия носовых раковин, инородное тело или воспаление в носовой полости. Для точной постановки диагноза нужно присутствие офтальмолога и невропатолога. Главными в установлении диагноза являются морфологические методы диагностики, цитологические же методы являются информативными только в 50–70 % случаев. Окончательное подтверждение диагноза получают после взятия биопсии опухоли [2].

На сегодняшний день единый метод лечения эстезионейробластомы еще не создан. Исходя из локализации и размеров опухоли, наличия и расположения метастазов, а также возраста пациента, лечение может заключаться в хирургическом удалении новообразования или системной химиотерапии. Обычно используют комбинирование данных методик [3].

#### **Выводы**

Таким образом, обонятельная эстезионейроэпителиома является довольно редким злокачественным новообразованием, обладающим агрессивным ростом, которое способное прорасти в полость черепа и глазницу. Регионарное и отдаленное метастазирование, склонность опухоли к рецидивированию после ее удаления, приводят к быстрому прогрессированию онкологического процесса и гибели пациента. В последнее время выживаемость людей, страдающих от данного патологического процесса, повысилась до 50–60 % благодаря применению новых методик лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эстезионейробластома (клиническое течение, отдаленные результаты лечения) / Т. Д. Таболинская [и др.] // Опухоли головы и шеи. — 2016. — № 1. — С. 13–27.
2. Therapy and prognosis of intracranial invasive olfactory neuroblastoma / G. Y. Jiang [et al.] // Otolaryngology. — Head and Neck Surgery. — 2011. — № 6. — P. 900–955.
3. Atypical esthesioneuroblastoma invading oral cavity: a case report and review of the literature / S. V. Zeidler [et al.] // Diagnostic pathology. — 2014. — Vol. 9, № 10. — P. 1–5.

**УДК 616-092**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Жданок А. А., Пальчик Е. Н.*

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Н. Чепелев**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сон является неотъемлемой частью нашей жизни. Он необходим как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Однако зачастую сон обременен различными патологическими отклонениями [2]. Одним из них является сонный паралич (СП) — состояние, представляющее собой паралич мышц, наступающий до засыпания, или же когда процесс пробуждения происходит до его спада. Данная особенность организма в основном проявляет себя в молодом возрасте — от 10 до 25 лет [1].

Как известно, СП происходит в фазе быстрого сна (REM-сон (rapid eye movement)). В этот период электрическая активность мозга сходна с состоянием бодрствования. Однако существуют специальные структуры в мозге, которые парализуют наше тело [3]. Они угнетают возбудимость скелетных мышц посредством торможения двигатель-