

Субклинический и манифестный тиреотоксикоз, выявляемый на 3 месяце от начала лечения, как правило, самостоятельно нормализовался к 6 месяцу ПВТ, в связи с чем тиреостатическая терапия не назначалась.

Нарушения функции щитовидной железы в виде субклинического и манифестного гипотиреоза в большинстве своем успешно корригировались заместительной гормональной терапией.

Случаев досрочного прекращения терапии среди пациентов исследуемой группы не наблюдалось.

Выводы

ПВТ у пациентов с ВГС приводит к нарушению функции щитовидной железы. К 3 месяцам ПВТ у 33,3 % пациентов имел место субклинический и манифестный тиреотоксикоз, к 6 месяцам у 19,0 % пациентов — субклинический и манифестный гипотиреоз. Субклинический и манифестный тиреотоксикоз, как правило, самостоятельно нормализовался к 6 месяцу ПВТ, субклинический и манифестный гипотиреоз успешно корригировался заместительной гормональной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Viral hepatitis: new data on hepatitis C infection / E. Szabo [et al.] // Pathol. Oncol. Res. — 2003. — № 9. — P. 215–221.
2. Hepatitis C: molecular virology and antiviral targets / D. Moradpour [et al.] // Trends Mol. Med. — 2002. — Vol. 36. — P. 476–482.
3. Рукина, Н. Ю. Клинико-лабораторная оценка функционального состояния щитовидной железы у мужчин с вирусным гепатитом С: дисс ... к-та мед. наук: 14.00.46 / Н. Ю. Рукина. — СПб., 2004. — 113 л.

УДК 618.2+618.4]:613.25

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Савчатова М. И., Маркушина В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ожирение — одна из самых распространенных форм нарушений жирового обмена, причем частота его не имеет тенденции к снижению, особенно в экономически развитых странах. По данным 2014 г., более 1,9 млрд взрослых людей в возрасте 18 лет и старше имеют избыточный вес. Из этого числа свыше 600 млн человек страдают от ожирения. Республика Беларусь в этом рейтинге находится в середине — почти четверть взрослых страдает ожирением. Ожирение отрицательно влияет на функцию различных органов и систем организма, создавая предпосылки для развития экстрагенитальных заболеваний и снижения сопротивляемости инфекциям, повышающих риск развития патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин и перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных.

Цель

Исследование влияния нарушения жирового обмена на течение беременности и родов.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 60 историй родов пациенток, находившихся на стационарном лечении в «Гомельском областном клиническом родильном доме» в отделении патологии беременности за период январь-июнь 2014 г. 30 пациенток с нарушением жирового обмена (НЖО) вошли в основную группу и 30 с нормальным весом составили контрольную группу. Был проведён анализ особенностей течения беременности и родов у контрольной и основной групп. Статистическую обработку данных проводи-

ли с помощью программы Microsoft Excel и «Statistika» 6,0. Статистические различия вычислялись с помощью критерия χ^2 , результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 30 пациенток с НЖО преобладали женщины с 1986 до 1991 г. рождения (г. р.) — 15 ($50 \pm 5,5$ %), затем с 1975 до 1980 г. р. — 8 ($26,67 \pm 1,2$ %) и с 1981 до 1985 — 7 ($23,33 \pm 1,1$ %). Среди пациенток с нормальной массой тела преобладали женщины 1986–1991 г. р. — 15 ($50 \pm 5,5$ %), затем 1985–1981 г. р. — 11 ($36,67 \pm 1,4$ %), 1980–1975 г. р. — 4 ($13,33 \pm 1,5$ %).

Достоверно чаще у женщин с НЖО встречались такие осложнения беременности: крупный плод ($\chi^2 = 4,32$; $p = 0,037$), гестоз легкой степени ($\chi^2 = 14,07$; $p = 0,0002$), гестоз тяжелой степени ($\chi^2 = 4,29$; $p = 0,04$) (таблица 1).

Таблица 1 — Осложнения во время беременности и родов

| Осложнения беременности | Пациентки с НЖО | Пациентки с нормальной массой тела | Примечание (χ^2 ; p) |
|-------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| Крупный плод | 8 | 2 | 4,32; 0,037* |
| Гестационный пиелонефрит | 3 | 1 | 1,07; 0,30 |
| Гестоз лёгкой степени | 18 | 4 | 14,07; 0,0002* |
| Гестоз тяжёлой степен | 4 | — | 4,29; 0,04* |
| Гестаационный сахарный диабет | 3 | — | 3,16; 0,07 |
| Анемия | 4 | 4 | 0; 1 |

* различия достоверны при сравнении основной и контрольной групп ($p < 0,05$).

Достоверного различия между пациентками основной и контрольной групп по таким осложнениям родов, как преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности не наблюдается (таблица 2).

Таблица 2 — Осложнения родов у пациенток с НЖО и пациенток с нормальной массой тела

| Осложнения родов | Пациентки с НЖО | Пациентки с нормальной массой тела | Примечание (χ^2 , p) |
|--|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| Преждевременное излитие околоплодных вод | 9 | 9 | 0; 1 |
| Слабость родовой деятельности | 4 | 2 | 0,74; 0,39 |

Достоверно чаще пациенткам с НЖО проводилось оперативнородоразрешение путем кесарева сечения ($\chi^2 = 5,96$; $p = 0,015$) (таблица 3).

Таблица 3 — Способ родоразрешения

| Способ родоразрешения | Пациентки с НЖО | Пациентки с нормальной массой тела | Примечание (χ^2 , p) |
|-----------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| Кесарево сечение | 11 | 3 | 5,96; 0,015 |
| Естественные роды | 19 | 27 | 5,96; 0,015 |

При сравнении состояния новорожденных по шкале Апгар достоверного различия у пациенток основной и контрольной групп не выявлено ($\chi^2 = 1,06$; $p = 0,341$).

Выводы

Таким образом, ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. У пациенток с нарушением жирового обмена достоверно чаще встречаются такие серьезные осложнения: крупный плод ($\chi^2 = 4,32$; $p = 0,037$), гестоз легкой степени ($\chi^2 = 14,07$; $p = 0,0002$), гестоз тяжелой степени ($\chi^2 = 4,29$; $p = 0,04$). Достоверного различия в возникновении такого осложнения как гестационный сахарный диабет у пациенток основной и контрольной групп не выявлено, однако, это осложнение встречалось только среди пациенток с НЖО ($\chi^2 = 3,16$; $p = 0,07$). Родоразрешение путем операции кесарева сечения в 3,7 раза чаще проводилось пациенткам основной группы ($\chi^2 = 5,96$; $p = 0,015$).

Из этого можно сделать вывод, что женщины с НЖО относятся к группе высокого риска развития осложнений беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Синдром поликистозных яичников: руководство для врачей / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 376 с.
2. Макацария, А. Д. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А. Д. Макацария, Е. Б. Пшеничникова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 274 с.
3. Балинова, В. С. Статистика в вопросах и ответах: учеб.-метод. пособие / В. С. Балинова. — Издательство Проспект, 2004. — 344 с.

УДК 618.14-006.6-039-076-037

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРООКРУЖЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ТЕЛА МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Савченко О. Г., Зиновкин Д. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Э. А. Надыров

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хорошо известно, что воспаление играет ключевую роль в инициации и развитии рака, а также способствует развитию как специфического, так и врожденного иммунного ответа. Микроокружение эндометриоидной аденокарциномы тела матки (ЭАТМ) состоит из разрастающихся раковых клеток и ряда компонентов тканей организма, к которым относится воспалительный инфильтрат, связанный с постоянным ростом и разрушением тканей. Одну из ключевых ролей в канцерогенезе играют опухоль-ассоциированные макрофаги, опухоль-ассоциированные лимфоциты и дендритные клетки. На сегодняшний день накоплено достаточно данных о роли данных клеток в развитии опухолей различных локализаций. Однако в отечественной русскоязычной и зарубежной англоязычной литературе отсутствуют сведения о состоянии местного противоопухолевого клеточного иммунитета при ЭАТМ [1].

Цель

Оценить воспалительный компонент клеточного микроокружения ЭАТМ.

Материалы и методы исследования

Исследование проводили на архивном патогистологическом материале полученным при гистерэктомии 24 пациенток с диагнозом ЭАТМ I-III стадии (FIGO). Для проведения исследования были сформированы 2 группы. В одну группу вошли 12 пациенток умерших от рецидива ЭАТМ в течение 5 лет после лечения (неблагоприятный исход), в другую 12 пациенток, не имевших рецидивов в течение 5 лет после лечения (благоприятный исход). Подбор случаев и формирование из них однородных групп производили с учетом возраста, клинической стадии заболевания по FIGO, стадии по pTNM, степени дифференцировки опухоли (Grade).

Материал опухоли с краем инвазии подвергали иммуногистохимическому исследованию, при котором изучали экспрессию маркера Т-лимфоцитов CD3, маркера В-лимфоцитов CD20, маркера NK-лимфоцитов CD57, маркера макрофагов и гистиоцитов CD68, маркера дендритических клеток S100. Подсчет позитивных клеток производили в 5-и неперекрывающихся полях зрения при увеличении $\times 400$.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы «Statistica» 7.0. Для сравнительной характеристики признаков использованы непараметрические методы исследования: сравнение двух независимых выборок — U-критерий Манна-Уитни. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.