

6. Течение родов.

Роды велись через естественные родовые пути у 43 женщин (32 %). 93 женщины (68 %) роды разрешались путем операции кесарева сечения. Осложнения течения родов представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Осложнения течения родов

Осложнения течения родов	Количество женщин	Процентное соотношение, %
Несвоевременное излитие околоплодных вод	13	10
Слабость родовой деятельности	12	9
Угрожающая внутриматочная гипоксия плода	4	3

Общая кровопотеря при ведении родов через естественные родовые пути, в среднем, составила 249 мл.

Объем кесарева сечения был расширен в 71 случае (52 %): консервативная миомэктомия была произведена в 70 случаях (99 %), надвлаглищная ампутация — в 1 случае (1 %). Средний объем кровопотери при КС составил 675 мл, гемоплазмотрансфузия — 17 % женщин, родоразрешенных путем КС.

Выводы

1. Факторы, способствующие развитию миомы матки: возраст более 30 лет, избыточная масса тела и ожирение, позднее наступление первой беременности, большой перерыв в родах, хронические воспаления матки и придатков, аборт, бесплодие.

2. Женщин с миомой матки следует включать в группу риска по развитию осложнений.

3. Расширение объема операции кесарева сечения до консервативной миомэктомии обосновано необходимостью сохранения детородной функции у женщин раннего репродуктивного возраста, а также улучшения качества жизни и решения проблемы демографической безопасности государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лапотко, М. Л.* Особенности течения беременности и родов при миоме матки / М. Л. Лапотко, А. С. Булат // Репродуктивное здоровье в Беларуси. — 2010. — № 3(09). — С. 133–138.

2. *Пересада, О. А.* Миома матки и нарушение репродуктивной функции: механизмы развития и возможности коррекции / О. А. Пересада // Медицина. — 2005. — № 4(51). — С. 19–24.

3. *Сидорова, И. С.* Профилактика фетоплацентарной недостаточности у беременных с миомой матки / И. С. Сидорова, Е. Л. Прудникова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2005. — № 4. — С. 25–28.

УДК 616.9-002.2-074:612.42

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ НА Т-ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Вершинина С. И., Пугачева Ж. Н., Гомоляко А. В.

Научный руководитель: зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики,
д. м. н., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

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

г. Гомель, Республика Беларусь

Адекватный иммунный ответ организма на внедрение чужеродного антигена непосредственно связан с активностью различных субпопуляций иммунокомпетентных клеток. Одним из параметров оценки активации лимфоцитов служит экспрессия на их поверхности активационных маркеров, таких как CD25 и HLA-DR [1].

Антиген CD25 представляет собой α -цепь рецептора интерлейкина-2. Данный маркер появляется на иммунокомпетентных клетках после их активации и свидетельствует о готовности клеток к вступлению в пролиферативные и дифференцировочные процессы [2].

Молекула сублокуса HLA-DR относится к HLA системе II класса. Показано что, при снижении экспрессии или отсутствии HLA-DR-антигена на мембране Т-лимфоцитов снижается их чувствительность к антигенам, и для эффективного иммунного ответа Т-клеточного звена требуются большие дозы антигенов [1].

Из литературных данных известно, что при активации клеток активационные антигены экспрессируются в следующем порядке: CD25→ CD71→ HLA-DR [1]. Поэтому CD25 рассматривают обычно как маркер ранней, а HLA-DR – поздней активации лимфоцитов.

Цель работы

Оценка содержания Т-лимфоцитов, экспрессирующих активационные маркеры при хронической рецидивирующей герпетической инфекции и хроническом рецидивирующем фурункулезе.

Материал и методы

Обследовано 155 пациентов: 73 больных хронической рецидивирующей герпетической инфекцией (ХРГИ), 82 больных хроническим рецидивирующим фурункулезом (ХРФ) в возрасте от 18 до 55 лет. На момент обследования все пациенты находились в стадии ремиссии заболевания. Обследование проводили до назначения медикаментозной терапии. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц сопоставимого возраста.

Материалом служила венозная кровь, полученная из кубитальной вены, с ЭДТА в качестве антикоагулянта. Оценка субпопуляций проводилась на проточном цитофлюориметре («PAS», Partec) в программе «Partek FloMax». Оценивали содержание CD3⁺4⁺25⁺-, CD3⁺HLA-DR⁺-клеток.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета программ «Statistica» 6.0. С учетом проверки на нормальность распределения использованы непараметрические критерии Манн-Уитни, а также Спирмена (r_s) для корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение

У больных ХРГИ и ХРФ в сравнении с группой здоровых лиц выявлено статистически значимое увеличение относительного и абсолютного количества CD3⁺4⁺25⁺-лимфоцитов ($p = 0,050$ (%); $p = 0,031$ (абс), $p = 0,004$ (%); $p = 0,006$ (абс.) соответственно).

Степень изменения относительного содержания CD3⁺4⁺25⁺-лимфоцитов у больных ХРФ и ХРГИ оказалась одинаковой (45 и 32 % соответственно), тогда как по абсолютным значениям максимальные изменения отмечались у больных ХРФ (степень увеличения 150 против 25 % при ХРГИ, $p < 0,001$).

Относительное и абсолютное количество CD3⁺HLA-DR⁺-клеток увеличивалось у больных ХРГИ ($p = 0,032$; $p = 0,015$ соответственно), но не отличалось от контрольных значений у пациентов с ХРФ.

Методом корреляционного анализа по Спирмену мы установили наличие прямой взаимосвязи между относительным и абсолютным количеством CD3⁺4⁺25⁺ и аналогичными показателями CD3⁺HLA-DR⁺-лимфоцитов у пациентов с ХРФ ($r_s = 0,42$; $p = 0,011$; $r_s = 0,46$; $p = 0,004$ соответственно). Интересно отметить, что подобные взаимосвязи присутствовали и у здоровых лиц ($r_s = 0,50$; $p = 0,001$; $r_s = 0,60$; $p < 0,001$), однако не наблюдались у больных ХРГИ.

Проведенные нами исследования продемонстрировали, что у больных хронической рецидивирующей герпетической инфекцией и хроническим рецидивирующим фурункулезом на фоне клинической ремиссии сохраняются признаки активации Т-лимфоцитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Порядин, Г. В.* Активационные маркеры лимфоцитов как показатели дисрегуляции иммунной системы при воспалении / Г. В. Порядин, Ж. М. Салмаси // Патологич. физиология и эксперимент. терапия. — 2006. — № 1. — С. 2–7.
2. *Воробьев, А. А.* Роль клеток-регуляторов CD4+25+ в развитии хронических инфекционных заболеваний / А. А. Воробьев, С. Н. Быковская // Вестник РАМН. — 2006. — № 9–10. — С. 24–29.

УДК: 616-055.2(476.2):612.6

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЖЕНЩИН Г. ГОМЕЛЯ

Ветошкина А. А.

Научный руководитель: к. с.-х. н., доцент Л. А. Евтухова

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современный мир ничем не отличается от всех остальных времен в плане погони за эликсиром, который дарит вечную жизнь и вечную молодость. Возраст — это понятие, волнующее любого человека. Возраст 25 лет означает, что вся жизнь впереди. А возраст 70 лет для любого человека означает, что жизнь близится к печальному концу. Если вы когда-нибудь бывали на встрече выпускников (школы, вуза), т. е. на встрече людей одного возраста, то наверняка замечали, как по-разному выглядят бывшие одноклассники и однокашники. Кто-то кажется намного моложе своих лет (как правило, это люди, сохраняющие оптимистический настрой, с активной жизненной позицией, следящие за собой и своим здоровьем), а кто-то значительно старше. То есть у людей могут наблюдаться значительные расхождения по темпам возрастных изменений. Определение этих темпов и позволяет вычислить истинный, биологический возраст (БВ).

Цель исследований

Провести индексную оценку биологического возраста женщин г. Гомеля.

Материалы и методы

В работе применяли: тест Рея Уолфорда (состояние кожи); тест на быстроту реакции; тест на статическую балансировку и в качестве новой методики для определения биологического возраста использовалась компьютерная программа TNR BioAge 1.0.18.

БВ определили по формуле:

$$БВ = -1,463 + 0,415 \times АДП - 0,140 \times СБ + 0,248 \times МТ + 0,694 \times СОЗ,$$

где АДП — артериальное давление(пульсовое);

СБ — статистическая балансировка;

МТ — масса тела (в легкой одежде, натошак);

СОЗ — субъективная оценка здоровья).

Учитывая календарный возраст (КВ), для каждого пациента вычисляли должный биологический возраст (ДБВ), являющийся популяционным стандартом: ДБВ для женщин = $0,581 \times КВ + 17,24$.

Результаты исследования и обсуждение

Полученные в абсолютных цифрах отклонения БВ от ДБВ оценивали по функциональным классам (таблица 1).

Таблица 1 — Функциональные классы, их числовые значения и принимаемые действия

	БВ - ДБВ = (значительное отставания или опережение от популяционного стандарта биологического возраста, соответствующее функциональным категориям)				
Категории	I	II	III	IV	V
Числовые значения	-15,0 ÷ -9,0	-9,0 ÷ -3,0	-3,0 ÷ 3,0	3,0 ÷ 9,0	9,0 ÷ 15,0
Качество	наилучший				наихудший