

акушерский анамнез и статистически значимо низкие значения PIGF ($p = 0,006$) и 100 % развитие фетоплацентарной недостаточности.

Была оценена чувствительность и специфичность плацентарного фактора роста (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка чувствительности(SE) и специфичности(SP) маркера PIGF

Показатели	Преэклампсия	Фетоплацентарная недостаточность	Артериальная гипертензия
SE	0,14	0,95	0,81
SP	0,42	0,61	0,47

Данные таблицы 2 показали, что наиболее чувствителен и специфичен маркер PIGF для развития фетоплацентарной недостаточности и артериальной гипертензии.

Выводы

Проведенное исследование показало, что числовое значение уровня PIGF у женщин, у которых реализовался риск преэклампсии статистически значимо ниже ($p = 0,006$). Предсказательная значимость уровня PIGF в крови для преэклампсии достаточно низкая и составила 0,14 и высокая для фетоплацентарной недостаточности и артериальной гипертензии и составила соответственно 0,95 и 0,81. Таким образом, необходим поиск новых диагностически более значимых маркеров и данных для прогнозирования развития гестационных осложнений, в частности для преэклампсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патсаев, Т. А. Продукция плацентарного фактора роста и морфологические особенности плацентарного ложа матки у пациенток с преэклампсией Алматы / Т. А. Патсаев, Н. М. Мамедалиева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — Т. LV, № 3.
2. Кузьмин, В. Н. Плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. — 2011. — № 3.
3. Стрижаков, А. Н. Роль ангиогенных факторов роста в прогнозировании плацентарной недостаточности / А. Н. Стрижаков, Н. Е. Кушлинский, Е. В. Тимохина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8, № 4.

УДК 617.749+616.145.15]:616.441

СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИДРОДИНАМИКИ ГЛАЗ И ШИРИНЫ ВЕРХНЕГЛАЗНИЧНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Садовская О. П.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. *Л. В. Дравица*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Длительная компрессия глазного яблока экстраокулярными тканями, увеличение интраорбитального давления является основной причиной затруднения венозного оттока и повышения давления в эписклеральных сосудах при эндокринной офтальмопатии, что приводит к вторичным изменениям в дренажной системе глаза и развитию флебогипертензивной глаукомы [1].

Одним из способов определения динамики обмена камерной влаги в глазу, скорости ее продукции и оттока является тонография [2]. Однако интерпретация компрессионно-тонометрических проб сопряжена с погрешностью [1]. Это необходимо учитывать при определении минутного объема камерной влаги (F), характеризующего скорость продукции внутриглазной жидкости, выраженное в мм^3 в минуту. Вычисление минутного объема камерной влаги производят по формуле $F = C \times (P_0 - P_v)$, где C — коэффициент легкости оттока; P_0 — истинное внутриглазное давление; P_v — давление в эписклеральных венах (в

среднем принимаемое равным 10 мм рт. ст.), без учета индивидуальных величин давления. Поэтому данный показатель гидродинамики у пациентов с эндокринной офтальмопатией при повышении эписклерального давления наименее точен (в сравнении с другими показателями) [2]. Литературные данные о наличии гиперсекреции внутриглазной жидкости при отечной форме эндокринной офтальмопатии, обусловленные стазом в глазных и водяных венах [3] являются дискуссионными.

Цель

Изучить взаимосвязь между показателями гидродинамики глаза (уровнем ВГД; коэффициентом легкости оттока; продукцией водянистой влаги; соотношением истинного внутриглазного давления к коэффициенту легкости оттока) и диаметром верхне-глазничной вены у пациентов с различными формами ЭОП.

Материал и методы исследования

Обследовано 47 пациентов (94 глаза и орбиты), находящихся под наблюдением офтальмолога и эндокринолога ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ», с различными формами ЭОП.

Группу контроля составили 15 человек (30 глаз и орбит), сопоставимых по возрасту и полу, патологии щитовидной железы, без клинических признаков ЭОП, нормальным уровнем ВГД, отсутствием в анамнезе глаукомы.

Гидродинамические показатели определялись по методике А. П. Нестерова. Оценка результатов производилась с использованием таблицы аппланационных измерений.

МР-диагностика проведена на МР-томографе Signa Infinity, GE с напряженностью магнитного поля в 1,5 Т. МРТ орбит проведена с использованием катушки для головы с одновременным исследованием обеих орбит.

Статистическая обработка данных производилась с использованием программного обеспечения: «Microsoft Excel» и пакета «Statistica» 12.0 (StatSoft, Inc., USA). Количественные данные в группах проверялись на нормальность распределения с помощью теста Шапиро — Уилка (Shapiro — Wilk's W test), данные приведены в виде медианы (Me), первым и третьим квартилями Q_{25} – Q_{75} . При сравнении групп использовали непараметрические критерии: для анализа количественных признаков в нескольких независимых группах критерий Крускала — Уоллиса (Kruskal — Wallis test), (H) для сравнения двух независимых групп — критерий Манна — Уитни (Mann — Whitney), (U). Анализ взаимосвязи проводили с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена (r_s). Критический уровень значимости при проверке статистических теорий принят равным $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели офтальмотонуса и гидродинамики глаза у пациентов с ЭОП представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели офтальмотонуса и гидродинамики глаза у пациентов с ЭОП

Исследуемый показатель	Группа контроля N = 30	ТЭ N = 24	ЛВ N = 22	СВ N = 28	МВ N = 20
ТонOMETрическое ВГД мм рт. ст. Me [25;75]	18 [18;19]	19 [18; 20,5]	19 [18; 21]	20* [18,5; 24]	20* [18; 23]
Истинное ВГД P_0 мм рт. ст. Me [25;75]	14,5 [11,8; 17,2]	15,4 [13,6; 19,5]	15,4 [15,4; 17,3]	15,4 [13,6; 18,5]	17,3* [15,4; 22,3]
Коэффициент легкости оттока С ($\text{мм}^3/\text{мм рт. ст.}$) Me [25;75]	0,42 [0,23; 0,42]	0,23* [0,19; 0,27]	0,19* [0,11; 0,24]	0,15* # [0,13; 0,19]	0,24* [0,14; 0,24]
Минутный объем водянистой влаги F (мм^3) Me [25; 75]	1,9 [0,95; 3,8]	1,29* [0,73; 2,19]	1,03* [0,73; 2,1]	0,76* # [0,46; 1,37]	1,02* [0,72; 2,4]
Коэффициент Беккера	72,5 [46; 81]	78 [59; 89]	85* [72; 124]	110*# [74; 145]	80,5 [64; 124]
Диаметр ВГВ, мм Me [25;75]	1,2 [1; 1,3]	1,1 [1; 1,3]	1,2 [1; 1,5]	1,6 * # [1,4; 1,9]	1,3 [1; 1,5]

Примечание: * — $p < 0,05$ — статистическая значимость различий между контрольной и исследуемой группой; # — $p < 0,05$ — статистическая значимость различий между исследуемыми подгруппами пациентов с различными формами ЭОП.

При анализе данных тонографии (таблица 1), выявлено статистически значимое повышение уровня истинного ВГД (P_0) у пациентов с миогенным вариантом отечной формы ($U = 114, p = 0,04$).

Коэффициент легкости оттока статистически значимо снижен во всех исследуемых подгруппах пациентов (критерий Манна — Уитни, $p < 0,05$). Минимальные показатели коэффициента легкости оттока выявлены у пациентов со смешанным вариантом отечной формы Ме 0,15 [0,13; 0,19] ($U = 41,5, p = 0,000019$), что на 64,3 % меньше по сравнению с группой контроля.

Минутный объем водянистой влаги статистически значимо снижен во всех исследуемых группах по сравнению с группой контроля (критерий Манна — Уитни, $p < 0,05$).

При анализе показателей коэффициента Беккера выявлено статистически значимое увеличение в подгруппе пациентов со смешанным вариантом отечной формы Ме 110 [74; 145] ($U = 73,5, p = 0,0006$), липогенным вариантом отечной формы Ме 85 [72; 124] ($p = 0,03$).

Статистическая обработка показателей диаметра ВГВ выявила увеличение размера по сравнению с контрольной группой на 0,4 мм (33,3 %) в подгруппе со смешанным вариантом отечной формы Ме 1,6 [1,4; 1,9] мм (критерий Манна — Уитни $U = 23,5, p = 0,00007$).

При проведении корреляционного анализа выявлено наличие умеренной отрицательной связи между диаметром ВГВ и коэффициентом легкости оттока ($r_s = -0,51$; значение корреляции статистически достоверно $p = 0,0002$).

Выводы

1. В подгруппе пациентов со смешанным вариантом отечной формы выявлено статистически значимое снижение коэффициента легкости оттока Ме 0,15 [0,13; 0,19] мм³/мм рт. ст., ($U = 41,5, p = 0,000019$), что на 64,3 % меньше по сравнению с группой контроля; повышение коэффициента Беккера Ме 110 [74; 145] ($U = 73,5, p = 0,0006$); расширение диаметра ВГВ на 0,4 мм по сравнению с группой контроля Ме 1,6 [1,4; 1,9] мм ($U = 24,5; p = 0,0000$). Так же выявлено статистически значимое различие данной подгруппы по всем исследуемым показателям гидродинамики при проведении сравнительного анализа с исследуемыми подгруппами пациентов с различными формами ЭОП (критерий Манна — Уитни, $p < 0,05$), что позволяет отнести пациентов со смешанным вариантом отечной формы к группе риска развития глаукомы.

2. Корреляционный анализ выявил наличие умеренной отрицательной связи между диаметром ВГВ и коэффициентом легкости оттока, что свидетельствует о затруднении оттока камерной влаги при расширении диаметра ВГВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нестеров, А. П.* Глаукома / А. П. Нестеров. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 360 с.
2. *Волков, В. В.* Глаукома, преглаукома, офтальмогипертензия / В. В. Волков, Л. Б. Сухина, Е. И. Устинова. — М.: Медицина, 1985. — 215 с.
3. *Алескерова, П. М.* Внутриглазная гидродинамика у пациентов с эндокринной офтальмопатией: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 / П. М. Алескерова. — М., 2007. — 143 с.

УДК 811.161.1'06:[61:001.4]

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ТЕРМИНОВ В РУССКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ

Салицкая М. Д.

Научный руководитель: старший преподаватель Н. А. Швец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Чтобы точно выражать специфические понятия в медицине, нам нужны научные термины. Появление этих терминов шло параллельно с развитием самой медицины как науки.