

ние ГИСА составило 8 баллов, среди пациентов с умеренной активностью среднее значение ГИСА составило 28,2 баллов. При оценке выраженности фиброза установлено, что у 3 (15,8%) пациентов фиброзные изменения в печени отсутствовали, у 10 (52,6%) – наблюдался слабый фиброз (1 стадия хронизации), у 3 (15,8%) – умеренный фиброз (2 стадия хронизации), у 2 (10,5%) пациентов был выявлен выраженный фиброз (3 стадия хронизации), у 1 (5,3%) – цирроз печени (4 стадия хронизации). Среди других морфологических изменений в наибольшей степени были выражены гидропическая и жировая дистрофия гепатоцитов (3,5 балла), воспалительная инфильтрация в перипортальной зоне (2,6 балла) и в портальных трактах (2,3 балла).

Таким образом, после неудачной противовирусной терапии ХГС стандартными ИФН, у пациентов со средним стажем ХГС отмечено преобладание средней активности ХГС и 1 стадии хронизации на фоне умеренно выраженной жировой дистрофии. Выявленные морфологические изменения указывают на низкий сдерживающий потенциал стандартных ИФН в отношении, как активности, так и фиброзообразования при ХГС, а также на нецелесообразность их широкого применения в клинической практике.

#### **Литература:**

1. Эффективность противовирусной терапии хронического гепатита со стандартными интерферонами / В.М. Цыркунов [и др.] // Актуальные вопросы инфектологии : материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры инфекционных болезней, Гродно, 19 октября 2012г. / Гродн. гос. мед. ун-т; редкол.: В.М. Цыркунов [и др.]. – Гродно, 2012. – С. 513-514.
2. Brief communication: the relationship of regression of cirrhosis to outcome in chronic hepatitis C / V. Mallet [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 149. – P. 399–403.
3. Серов, В.В. Морфологические критерии оценки этиологии, степени активности и стадии процесса при вирусных хронических гепатитах В и С / В.В. Серов, Л.О. Севергина // Архив патологии. - 1996. - № 4. - С. 61-64.

### **МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 И -9 ПРИ СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ**

Шульга А.В.<sup>1</sup>, Vodnar M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

<sup>2</sup>Department of Pathomorphology, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Басинский В.А.

Матриксные металлопротеиназы (ММП) – семейство цинк-зависимых протеолитических ферментов, расщепляющие основные компоненты внеклеточного матрикса. Они играют важную роль как в физиологических процессах, так и при патологии [J. Brun, 2012]. Сведения о важной роли ММП в осуществлении инвазивного потенциала опухолей многих локализаций, а также противоречивость данных об их прогностической значимости при раке яичников (РЯ) диктует необходимость дальнейшего изучения данных маркеров [Н. Kenny, 2009].

**Целью** исследования явилось изучение экспрессии ММП-2 и ММП-9 при доброкачественных, пограничных и злокачественных новообразованиях яичников серозного строения.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на архивном операционном материале 55 случаев новообразований яичников (35 наблюдений овариального рака, 10 – пограничных опухолей, 10 – серозных цистаденом), выявленных у женщин Гродненской области в 1999 – 2008 гг. Критериями включения в исследование были стандартные объемы операций и схем химиотерапии больным опухолями яичников, согласно имеющимся протоколам лечения. При этом в 8 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 12 – к G2, а в 15 – к G3. Согласно классификации FIGO, пациенты были выделены в группы с ранними стадиями РЯ (I и II; n=12) и поздними стадиями (III и IV, n=23). Проведено иммуногистохимическое (ИГХ) окрашивание с антителами (Ат) ММП-2 (Sigma, HPA001939, 1:100),

ММР-9 (Abcam, Ab58803, 1:100). Анализ реакции с Ат к ММР опухолевыми и стромальными клетками осуществлялся с помощью модифицированного метода, предложенного W. Remelle с соавторами с использованием программ Aperio Image Scope и WCIF ImageJ. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica 6.0.

**Результаты.** Иммуногистохимическая реакция с Ат к ММР выявлялась в цитоплазме опухолевых клеток, отдельных стромальных клеток в виде гомогенного или гранулярного окрашивания разной степени интенсивности. Низкая экспрессия ММР-2 была выявлена в 68% случаев, высокая – 32% новообразований яичников. При анализе связей между экспрессией ММР-2 и клинико-морфологическими признаками достоверные различия были получены для серозных карцином: при наличии регионарных метастазов экспрессия ММР-2 в клетках опухолей была значительно выше, а при наличии регионарных и отдаленных метастазов обнаружена стромальная гиперэкспрессия указанного маркера ( $p < 0.05$ ). Высокая экспрессия ММР-9 в опухолевых клетках была выявлена в 74% случаев, низкая – 26% новообразований яичников. Повышение интенсивности и распространенности реакции с Ат к ММР-9 в стромальных клетках серозного РЯ чаще определялось в группе больных с III, IV клиническими стадиями ( $p < 0.05$ ), наличием отдаленных метастазов ( $p < 0.01$ ) на момент постановки диагноза, низкой степенью дифференцировки первичной опухоли ( $p = 0.04$ ).

**Выводы.** Высокая экспрессия ММР-2, ММР-9 опухолевыми и стромальными клетками характерна для серозных новообразований яичников с агрессивным течением и высоким метастатическим потенциалом.

## ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА СВЕТА И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Ярмолик Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Хворик Д.Ф.

**Актуальность.** Многообразием возможных патогенетических механизмов развития розацеа объясняется большое количество методов и средств терапии данного дерматоза [1].

**Цель:** оценить эффективность разработанного метода лечения пациентов с папулопустулезной формой розацеа по сравнению с традиционной терапией.

**Методы исследования.** Под наблюдением находились 128 женщин в возрасте от 18 до 68 лет с розацеа. В зависимости от степени тяжести все обследуемые пациенты были разделены на три группы: I группа – с легкой ( $n=42$ ), II – со средней ( $n=49$ ), III – с тяжелой ( $n=37$ ). Каждая из основных групп была разделена на две подгруппы: подгруппа А получала стандартное лечение, подгруппа Б – дифференцированное, с назначением фототерапии, азелаиновой кислоты и антибиотика по оригинальной схеме. Статистическую обработку цифровых данных проводили с использованием программ «Statistica 6,0».

**Результаты.** Для интегральной оценки динамики клинических симптомов у пациентов с различной степенью тяжести розацеа до и после лечения рассчитывался индекс тяжести розацеа (ИТР) в баллах. В обеих подгруппах пациентов с легкой степенью тяжести получены статистически значимые различия по ИТР до и после лечения (таблица).

Таблица – Динамика клинических признаков у пациентов с разной степенью тяжести РПП

группа											
1А		1Б		2А		2Б		3А		3Б	
о	осле	о	осле	о	осле	о	осл	о	осл	о	осл
,4±0, 28	,9±0,3 5	,6±0, 22	,1±0,2 9#	1,0±0 ,34	,8±0, 43	1,2±0, 27	,9±0,2 8#	4,3± 0,3	,5±0, 63	4,1±0 ,32	,5±0,1 4#