Рецидивів ендометріальних гіперплазій на протязі одного року використання системи не відмічалось у жодної жінки, суттєвих змін в соматичному статусі досліджуваних жінок не виявлено.

ВИСНОВКИ. Таким чином, враховуючи результати наших досліджень, можна зробити висновок, що окрім контрацептивного ефекту ЛНГ-рілізінг система володіє достатньо ефективними терапевтичними властивостями. Левоноргестрел, що входить до системи, є одним з найбільш сильнодіючих прогестинів. Ця синтетична сполука володіє найбільш вираженою спорідненістю до рецепторів прогестерону, міцно зв'язується з ними і проявляє 100% біологічну активність. Концентрація ЛНГ в ендометрії при місцевому його застосуванні у вигляді системи складає до 1500 нг/г тканини, що перевищує у 10 разів концентрацію гестагену в тканині при самих високих дозах перорального прийому. В той же час, надзвичайно низька концентрація ЛНГ в плазмі крові, яку виявляють при застосуванні ЛНГ-ВМС не впливає на гомеостатичні, метаболічні, коагуляційні процеси організму, що дає змогу застосовувати її у жінок з різними видами екстрагенітальної патології.

Враховуюче вищесказане, можна зробити висновок, що застосування левоноргестрел-рілізінг системи з метою лікування надмірних маткових кровотеч, субстратом яких є гіперплазований ендометрій, є достатньо ефективним і перспективним, що значно розширює терапевтичні можливості корекції вказаної патології за рахунок відсутності системної дії діючої речовини.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. В подальшому планується продовжити дослідження по вивченню терапевтичних аспектів левоноргестрел-рілізінг системи у жінок перехідного віку.

Література

1. Григоренко А.М., Жук С.І., Камінський В.В. Досвід застосування левоноргестрел-рілізінг системи в лікуванні гіперпластичних процесів ендометрія // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т.1, № 2. – С. 245-246.

2. Ищенко А.И., Станович И.В. Молеркулярно-биологические аспекты гиперспластических процессов и рака эндометрия // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 47-50.

3. Комплексное динамическое наблюдение за состоянием эндометрия у женщин после раздельного диагностического выскабливания полости матки по поводу маточного кровотечения / И.А. Озерская, Е.А. Щеглова, О.Н. Лысенко, М.И. Агеева // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 3. – С. 29-32.

4. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrha-ta systematic review / A. Stewart, C. Cummins, L. Gold, et al. // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2001. – Vol. 108. – P. 74-86.

5. Romer T. Prospective comparison study of levonorgestrel IUD versus Roller-Ball endometrial ablation in the management of refractory recurrent hypermenorrhea // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000. – Vol. 90. – P. 27-29.

6. Prat J. Histologic diagnosis of endometrial hyperplasia // Virchows Arch. – 2002. – Vol. 441, № 3. – P. 306-307.

УДК: 618.312-072.1

Н.Б. Антонецька, Т.А. Юзько, Т.Г. Калинюк

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ МІКОПЛАЗМОВОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ МІКОПЛАЗМОВОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЇ. В даній статті розглянуто проблему діагностики мікоплазмової інфекції в жінок із безпліддям трубного походження під час лапароскопії з використанням тест-систем "Міко-Скан" та "Уреа-Скан" .

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИИ. В данной статье рассмотрено проблему диагностики микоплазменной инфекции у женщин с бесплодием трубного происхождения во время лапароскопии с использованием тест-систем "Мико-Скан" и "Уреа-Скан" .

DETECTION OF MYCOPLASMAL INFECTION IN CASES OF TUBAL INFERTILITY. This article deals with the problem of mycoplasmal infection diagnostics in women with tubal infertility who are undergoing treatment in assisted reproductive technologies programs (ART). The necessity of having certain treatment tactics at the patients' pre-gravid preparation stage for increasing the efficiency of ART has been proved in the article.

Ключові слова: безпліддя, діагностика мікоплазмової інфекції, лапароскопія
Ключевые слова: бесплодие, лапароскопия, диагностика микоплазменной инфекции
Key words: diagnostics of mycoplasmal infection, infertility.

ВСТУП. Серед причин порушення фертильності запальні захворювання генітального тракту відіграють важливу роль[1,3]. В структурі гінекологічної захворюваності частота патології запального характеру геніталій становить, в середньому, 68-72%[2,4,5]. Запальні захворювання геніталій, спричинені інфікуванням молікутами в структурі даної патології становлять 15-40% (ВООЗ, 2005).

Мета роботи. Дослідити частоту мікоплазмової інфекції в цервікальному каналі та інтраопераційно під час лапароскопії в маткових трубах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами обстежено 150 жінок, які були розділені на дві групи: контрольну – 50 соматично здорових жінок із збереженою репродуктивною функцією та основну – 100 жінок з безпліддям трубного походження в яких виявлено в піхві мікоплазмову інфекцію. В подальшому жінки основної групи були розділені на дві підгрупи: I підгрупа – 32 (32,0%) жінок з гострим перебігом запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ); II підгрупа – 68 (68,0%) жінок з хронічним перебігом ЗЗОМТ.

Для ідентифікації мікоплазмової інфекції використали наступні методи: культуральний, що є "золотим стандартом" діагностики, імуноферментний аналіз (ІФА) та полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР). Імунофлуоресцентне дослідження інфекційних агентів вмісту маткових труб, що набирався інтраопераційно під час лапароскопії, проводилось шляхом використання діагностичних тест-систем: "Міко-Скан" та "Уреа-Скан" для виявлення Mycoplasma hominis таUreaplasma urealyticum. Дане дослідження проводилось наступним чином: під час операції при підтвердженні діагнозу трубного безпліддя ми розширяли фімбріальний кінець маткової труби та одноразовою петлею забирали вміст труби. Два мазки висушували, фіксували 96% етанолом протягом 5 хвилин. Мічені мікоплазменні та уреаплазменні антитіла наносили на мазок мікропіпеткою в об'ємі 30 мкл, інкубували в термостаті при 37 °С протягом 15 хвилин. Вмонтовували препарат в забуференному до рН 7,5-8,5 гліцерином, мікроскопували в люмінісцентному мікроскопі. Уреаплазми і мікоплазми виявлялися у вигляді поліморфних структур, що мають яскраво-зелене свічення, розташованих на поверхні епітеліальних клітин, а також вільно. Для остаточного підтвердження отриманих результатів ми паралельно зробили мазки для культурального та ПЛР методів діагностики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Первинне безпліддя мало місце у 43 (43,0%), вторинне – у 57 (57,0%) жінок. Тривалість безпліддя в шлюбі в обстежених жінок коливалась від 1,5 до 14,7 років і, в середньому, становила 8,1±1,4 років. Відомо, що в генезі спайкового процесу у малому тазі важливу роль відіграють перенесені оперативні втручання.Оперативні втручання на органах черевної порожнини в 43 (43,0%) хворих основної і 8 (8,0%) – контрольної групи. У жінок основної групи частіше зустрічались гіперменорея та поліменорея, що може бути пояснено негативним впливом перенесених запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ). Слід зазначити, що в піхві у 77 (77,0%) пацієнток основної групи був виявлений один збудник (мікоплазми – у 17, уреаплазми – у 60), в інших 23% випадках інфікованість носила змішаний характер із сполучення цих збудників.

Нами відмічено (табл.1), що в цервікальному каналі мікоплазменна інфекція виявляється в меншій кількості (60% випадків): при гострому перебігу U.urealyticum – 12(37,5%), M.hominis – 2(6,25%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 5(15,6%); відповідно при хронічному перебігу U.urealyticum – 21(30,9%), M.hominis – 5(7,4%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 9(13,2%). Ці показники свідчать про висхідний шлях передачі мікоплазмової інфекції на цьому етапі.

Наступним етапом було визначення мікоплазмової інфекції в маткових трубах інтраопераційно під час лапароскопії.

В маткових трубах інтраопераційно мікоплазмова інфекція виявлена нами (табл. 2): при гострому перебігу U.urealyticum – 20(62,5%), M.hominis – 2(6,25%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 6(18,75%); відповідно при хронічному пере-

Таблиця 1. **Розподіл жінок з безпліддям трубного походження в залежності від виду та перебігу мікоплазменної інфекції в цервікальному каналі (культуральний метод дослідження)**

Види мікоплазм	Кількість хворих n=100		Гострий перебіг n=32		Хронічний перебіг n=68	
	абс.	відн.%	абс.	відн.%	абс.	відн.%
U.u.	42	42,0	12	37,5	21	30,9
M.h.	12	12,0	2	6,25	5	7,4
U.u+M.h.	18	18,0	5	15,6	9	13,2
Всього	72		19	59,4	35	51,4

бігу U.urealyticum – 33(48,5%), M.hominis – 14(20,6%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 9(13,2,0%).

Мікоплазмова інфекція в маткових трубах інтраопераційно за допомогою культурального методу виявляється в меншій мірі (біля 40%) (табл. 3): при гострому перебігу U.urealyticum – 8(25,0%), M.hominis – 1(3,1%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 3(9,4%); відповідно при хронічному перебігу U.urealyticum – 18(26,5%), M.hominis – 3(4,4%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 6(8,8%).

Мікоплазменна інфекція в маткових трубах інтраопераційно за допомогою ПЛР виявлено нами (табл. 4): при гострому перебігу U.urealyticum – 16(50,0%), M.hominis – 5(15,6%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 3(9,4%); відповідно при хронічному перебігу U.urealyticum – 38(55,9%), M.hominis – 9(13,2%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – 12(17,6%).

Порівнюючи результати бактеріологічного дослідження та ПЛР слід відмітити, що позитивний результат ПЛР-діагностики був підтверджений культуральним методом тільки в 43,0% для U.urealyticum та 22,0% для M.hominis

Безперечно, необхідно також проаналізувати результати бактеріологічного дослідження та ІФА. Позитивний результат ПІФ-діагностики був підтверджений культуральним методом тільки в 43,0% для U.urealyticum та 22,0% для M.hominis (мал.3). Враховуючи вище наведені дані можна зробити висновок, що при виявленні цих збудників відсоток гіпердіагностики ПІФ та ПЛР склав для U.urealyticum – 48,5% та для M.hominis – 68,0%.

В результаті проведеного дослідження підтверджено, що мікоплазмова інфекція є досить поширеною інфекцією, при цьому частота виявлення U.urealyticum була в 2,5 раза вищою ніж M.hominis. Для виявлення мікоплазмової інфекції потрібно застосовувати кількісний метод діагностики для підтвердження патогенності цієї інекції, так як якісні діагностичні методи дають 40-50% хибнопозитивних результатів. Але враховуючи високу вартість культурального методу варто рекомендувати для попереднього діагнозу та відбору пацієнтів використання "Міко-Скан" та "Уреа-Скан" під час операції.

ВИСНОВОК. Діагностика мікоплазмової інфекції повинна бути комплексною з використанням тест-систем "Міко-Скан" та "Уреа-Скан" інтраопераційно під час лапароскопії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Пошук нових шляхів вирішення даної проблеми підвищить ефективність лікування безпліддя у жінок. Експрес-діагностика інтраопераційно під час лапароскопії дозволить своєчасно розпочати патогенетичне лікування.

Таблиця 2. **Розподіл жінок з безпліддям трубного походження в залежності від виду та перебігу мікоплазмової інфекції в маткових трубах інтраопераційно (Міко-Скан, Уреа-Скан)**

Види мікоплазм	Кількість хворих n=100		Гострий перебіг n=32		Хронічний перебіг n=68	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
U.u.	56	56,0	22	62,5	34	50,0
M.h.	16	16,0	2	6,25	14	20,6
U.u+M.h.	16	16,0	7	21,9	9	13,2
Всьго	88		31	96,8	57	83,8

Таблиця 3. **Розподіл жінок з безпліддям трубного походження в залежності від виду та перебігу мікоплазмової інфекції в маткових трубах інтраопераційно (культуральний метод)**

Види мікоплазм	Кількість хворих n=100		Гострий перебіг n=32		Хронічний перебіг n=68	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
U.u.	26	26,0	8	25,0	18	26,5
M.h.	4	4,0	1	3,1	3	4,4
U.u+ M.h.	9	9,0	3	9,4	6	8,8
Всьго	39	39,0	12	37,5	27	39,7

Таблиця 4. **Розподіл жінок з безпліддям трубного походження в залежності від виду та перебігу мікоплазмової інфекції в маткових трубах інтраопераційно (ПЛР)**

Види мікоплазм	Кількість хворих n=100		Гострий перебіг n=32		Хронічний перебіг n=68	
	абс.	відн.%	абс.	відн.%	абс.	відн.%
U.u.	54	54,0	16	50,0	38	55,9
M.h.	16	16,0	5	15,6	9	13,2
U.u+M.h.	15	15,0	3	9,4	12	17,6
Всьго	85	85,0	24	75,0	59	86,8

Література

1. Бесплодный брак Под редакцией В.И. Кулакова // Руководство для врачей. – 2006. – "ГЭОТАР-МЕДИА". – С. 613.

2. Запорожан В.Н., Низова Н.Н., Рожковская Н.Н. Диагностика и лечение инфекций женских половых органов: Методические рекомендации. – Одесса, 2002. – 36 с.

3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – Триада-Х, 2003. – 438 с.

4. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивнозначимых инфекций / Н.Г. Кошелева, Л.Б. Зубжицкая, О.Н. Аржанова, О.В. Тышкевич, Ю.Л. Громыко, Т.Н. Шляхтенко, Т.А. Плужникова, Е.А. Шаповалова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Том LIII, №1. – С. 16-22.

5. Bebear C., Barbeyrac B., Bebear C.M. New developments in diagnostic and treatment of mycoplasma infections in humans // Wien.Klin.Wochenschr. – 1997. – № 8. – Suppl.109 (14-15). – P. 594-599.

УДК 618.5-089:616-085

П.П. Григоренко, О.Г. Шиманська, Н.Л. Левицька, А.П. Григоренко

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ БІЛКОВИХ ВТРАТ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ БІЛКОВИХ ВТРАТ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ. На основі проведеного дослідження доведена доцільність використання харчового амінокислотно-вітамінно-мінерального комплексу "Берламін модуляр" (Berlin-Chemie) у жінок з прееклампсією, в додаток к традиційного лікування.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БЕЛКОВЫХ ПОТЕРЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. На основании проведенного исследования доказана целесообразность использования пищевого аминокислотно-витаминно-минерального комплекса "Берламин модуляр" (Berlin-Chemie) у женщин с прееклампсией, в дополнение к традиционному лечению.

SPECIALITY OF PROTEIN LOSS RESTORATION AT PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA. It was proved an expediency of using nourishing complex "Berlamin Modular" (Berlin-Chemie) at women with preeclampsia in edition to routine treatment.

Ключові слова: вагітність, прееклампсія.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия.

Key words: pregnancy, preeclampsia.

ВСТУП. Прееклампсія – це патологічний стан, який ускладнює протікання вагітності та характеризується порушенням судинної, нервової, ендокринної, імунної систем, гомеостазу, гемостазу, порушенням функції нирок, печінки, плаценти та головного мозку, різними метаболічними змінами адаптаційних систем організму жінки [1, 2, 3].

Прееклампсія розглядається як системна ендотеліальна дисфункція, яка супроводжується активацією тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, з системною загальною реакцією та підвищеною продукцією прозапальних (ІЛ-1β, ІЛ-2, ІЛ-6, ФНП-α та ін.) та зниженням рівнів протизапальних (ІЛ-4, 5, 9, 10 та ін.) цитокінів з формуванням клітинного (Th-1) типу імунної відповіді [4, 5, 6]. Зменшується синтез простацикліну та збільшується рівень тромбоксану, в результаті чого підсилюється вазоконстрікторний ефект та активується адгезія та агрегація тромбоцитів [7]. Порушення дозрівання плаценти, тривалий спазм вільозних артеріол поєднується з регресивними змінами метаболічного русла і служить патогенетичною основою для розвитку хронічної фетоплацентарної гіпертензії, яка супроводжується ЗВУР плода або явищами інтранатальної гіпоксії (прогресуючий дистрес плода) [8].

При вагітності, ускладненій прееклампсією, виражені процеси окисно-відновлювальної модифікації білків, що посилює пошкодження клітинних мембран, дистрофія та некроз клітин з декомпенсацією білковосинтетичної функції печінки та плаценти [9].