

## ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУВАННЯ

©І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька, В.К. Кондратюк

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

**РЕЗЮМЕ.** З метою вивчення структурних та імуногістохімічних особливостей пухлиноподібних уражень яєчників на фоні хронічних запальних захворювань репродуктивних органів було проведено дослідження зразків операційного матеріалу яєчників.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** пухлини яєчників, діагностика, лікування.

**Вступ.** Яєчник за своєю природою та роллю в життєдіяльності жіночого організму є унікальним органом. Поєднання структур різних функціональних напрямків його багатокomпонентної будови обумовлює щонайширший спектр гістологічних форм новоутворень цього органа, які за своєю різноманітністю серед новоутворень інших органів людини займають одне з перших місць. Більшість з них доброякісні, вони становлять до 87 % усіх об'ємних утворень цього органа [1, 2].

Доброякісні пухлини яєчників є досить поширеною патологією. Серед доброякісних пухлин виділяється особлива група – пухлиноподібні ураження яєчників, до яких належать: фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, ендометріодні кісти, параоваріальні кісти, запальні зміни яєчника. Серед жінок репродуктивного віку до 11-12 % лапаротомій виконується з приводу пухлин, пухлиноподібних уражень яєчників та їх ускладнень [3, 4].

Відсутність в більшості випадків клінічно виражених симптомів, невизначеність патогенезу утруднює діагностику та ефективне лікування пухлиноподібних уражень яєчників і, як наслідок, призводить до великого відсотка діагностичних та тактичних помилок у веденні цього контингенту хворих, що є особливо актуальним та значущим для пацієнток репродуктивного віку [5, 6].

**Мета дослідження.** Розробити підходи до діагностики, тактику лікування та принципи профілактики рецидивування.

**Матеріал і методи дослідження.** Загальноклінічні методи дослідження проводились за рекомендаціями ВООЗ (1995). Проведено аналіз ультразвукової оцінки стану органів малого таза у даного контингенту пацієнток із використанням ультразвукових апаратів "Medison SA-9900" та "SIEMENS". Гормональну забезпеченість менструального циклу визначали за вмістом гонадотропних гормонів гіпофіза: фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) та пролактину, а також статевих гормонів та їх прекурсорів: естрадіолу, прогестерону, тестостерону, дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕАС), 17β-

гідроксипрогестерону. Визначення вмісту гормонів у сироватці крові проведено імуноферментним методом з використанням тест-системи Equipar (Італія). Концентрація 17β-гідроксипрогестерону в крові визначалась радіоімунним методом із використанням відповідної тест-системи Immunotech (Чехія). З метою вивчення структурних та імуногістохімічних особливостей пухлиноподібних уражень яєчників на тлі хронічних запальних захворювань репродуктивних органів було проведено дослідження зразків операційного матеріалу яєчників. Була використана гістологічна класифікація пухлин яєчників ВООЗ, яку укладено в 1973 році. Методи вирішення завдань включали: гістологічні – фарбування гематоксилин-еозином та пікрофуксином за Ван-Гізон; імуногістохімічний (стрептавідин – пероксидазний) метод на парафінових зрізах тканин з використанням kit моноклональних антитіл проти EP і PR (DAKO, Данія).

**Результати й обговорення.** У відділенні планування сім'ї з 2000 до 2006 року перебували 224 пацієнтки з пухлиноподібними ураженнями яєчників (рис. 1).

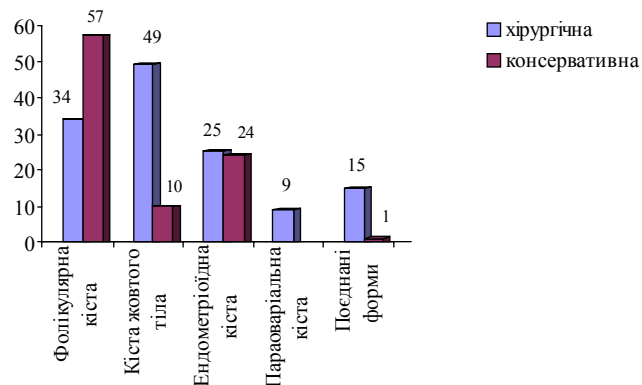


Рис.1. Розподіл пацієнток з пухлиноподібними процесами яєчників за різновидом ураження яєчника та залежно від виду лікування.

Як свідчать представлені дані, у 92 (41,1 %) було проведено консервативне лікування (консервативна група), а у 132 (58,9 %) – хірургічна

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

корекція виявлених патологічних порушень (хірургічна група). Найбільш часто у всіх обстежених пацієнток зустрічались фолікулярні кісти – 91 (41,6 %) випадок, ендометріюїдні кісти – у 25 (19,0 %) хворих хірургічної групи та у 24 (26,1 %) жінок консервативної групи; кіста жовтого тіла більш частіше була діагностована у пацієнток хірургічної групи – 49 (37,1 %).

Всі пацієнтки з параоваріальними кістами – 9 (6,8 %) випадків – були прооперовані. Пацієнток, у яких було діагностовано два нозологічно різних пухлиноподібних ураження, були включено до групи з поєднаними формами пухлиноподібних уражень яєчників. Хронічний сальпінгіт спостерігався у 199 (88,8 %) жінок з пухлиноподібними ураженнями яєчників, в тому числі сактосальпінкси було діагностовано у 48 (21,4 %) пацієнток.

Середній вік обстежених в хірургічній групі склав (34±6) року, у консервативній, відповідно, (26±5) року, тобто пацієнтки, яким проводилась консервативна терапія, були молодшими.

Проведений аналіз за фактом звернення пацієнток за медичною допомогою показав, що тільки 72 (41,4 %) жінки звернулись до лікаря з суб'єктивними скаргами; відносно великого відсотка (32,2 %) первинного діагнозу був встановлений за результатами ультразвукового дослідження, що вказує на інформативність та достовірні діагностичні можливості цього методу обстеження для даного контингенту пацієнток і необхідність обов'язкового його використання при проведенні профілактичних оглядів.

При ультразвуковому обстеженні у 91 (40,1 %) хворі було діагностовано фолікулярні кісти: візуалізувались однокамерні тонкостінні утвори округлої форми розмірами від 3 до 4,5 см в консервативній групі пацієнток та від 3,5 до 7 см у пацієнток хірургічної групи з високим рівнем ехопровідності. У 5 (14,7 %) пацієнток хірургічної групи ехографічно діагностовані фолікулярні кісти в обох яєчниках, а в 3 (8,8 %) випадках були виявлені двокамерні фолікулярні кісти.

Розміри кіст жовтого тіла, що коливались від 3 до 6 см, були діагностовані у 38 (28,8 %) доопераційно, інтраопераційно такі патологічні зміни яєчника були виявлені у 11 (8,3 %) хворих. Характерними ехографічними ознаками кіст жовтого тіла були: ехопозитивний порожнинний вміст та щільна капсула товщиною від 2 до 6 мм. Як наслідок крововиливу в порожнину кісти у 9 (15,3 %) випадках в останній візуалізувались щільні, підвищеної ехогенності згустки крові.

Ендометріюїдні кісти були діагностовані у 25 (19,0 %) хворих хірургічної групи та у 24 (26,1 %) пацієнток консервативної групи. Ехографічними

особливостями, характерними для ендометріюїдних кіст, були: округла форма, дрібнозерниста однорідна структура внутрішнього вмісту на фоні підвищеної звукопровідності, нерівномірно потовщена капсула, локалізація позаду матки. Двобічне ураження яєчників ендометріюїдними кістами було діагностовано у 4 (16,0 %) пацієнток хірургічної групи, а у 1 хворі була діагностована двокамерна ендометріюїдна кіста яєчника.

При наявності параоваріальної кісти у 9 (6,8 %) пацієнток на сканограмах візуалізувались односторонні тонкостінні анатомічні утвори, чітко візуалізувались окремо розміщені яєчники. Кровообіг візуалізувався в структурі яєчника, стінки самих параоваріальних кіст були аваскулярними.

За результатами доплерометричного моніторингу, показники внутрішньопухлинного кровообігу у всіх обстежених пацієнток з пухлиноподібними ураженнями яєчників не залежали від розміру доброякісного новоутворення. За даними кольорового доплерівського картування, виявлялись рівномірне периферичне розміщення судинних елементів та висока резистентність внутрішньопухлинного кровообігу, що вказувало на доброякісний характер патологічного процесу [7].

У 27 (15,5 %) пацієнток хірургічної групи було діагностовано анатомічні зміни маткових труб (одно- або двобічні сактосальпінкси), які ехографічно візуалізувались як потовщені стінки маткової труби з ексудатом середньої ехощільності.

Лейоміома матки була діагностована у 18 (8,0 %) пацієнток, ехографічно вона характеризувалась збільшенням розмірів матки, передусім довжини, наявністю в міометрії ехопозитивних утворів з чіткими контурами (вузлів), деформацією контурів.

Ехографічними ознаками аденоміозу, діагностованого у 12 (5,3 %) хворих, були: шароподібне збільшення матки переважно передньо-заднього розміру, дифузні зміни міометрія за рахунок множинних ехопозитивних включень (ендометріюїдних гетеротопій та зон локального фіброзу).

Проведений ультразвуковий моніторинг дозволив виявити анатомічні зміни матки та придатків у всіх обстежених пацієнток обох досліджуваних груп, однак більш виражені (потовщення стінок кіст, наявність двокамерних новоутворень яєчників, двобічне ураження патологічним процесом, анатомічні зміни матки та маткових труб – сактосальпінкси) відмічалось у пацієнток хірургічної групи.

Згідно з сучасними уявленнями питання етіології патогенезу, лікування та профілактики

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

пухлин яєчників і пухлиноподібних процесів, зокрема, розглядаються в тісному та нерозривному зв'язку з порушеннями взаємовідношень в системі "гіпоталамус-гіпофіз-яєчники", тому необхідність у проведенні моніторингу гормонального статусу у даного контингенту хворих не підлягає сумніву [7].

Доброякісні пухлиноподібні ураження яєчників супроводжувались суттєвими змінами гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції менструальної функції жінок, що проявлялось порушенням ритму секреції та вмісту в крові гонадотропних та статевих гормонів.

У пацієнок з пухлиноподібними ураженнями яєчників вже на 3-й день менструального циклу діагностовано значне підвищення вмісту гонадотропних гормонів (ФСГ та ЛГ), рівень яких залишався стабільно високим до періоду очікуваної овуляції.

Зміни концентрації естрадіолу в крові в динаміці менструального циклу перебували в певній залежності від виду ретенційного утвору: за наявності фолікулярних кіст максимальні рівні гормону визначались на 14-й та 21-й дні циклу, відповідно,  $(0,44 \pm 0,10)$  та  $(0,45 \pm 0,11)$  нмоль/л; при ендометріюїдних кістах – на 21-й день циклу –  $(0,76 \pm 0,12)$  нмоль/л, кістах жовтого тіла – на 7-й день циклу –  $(0,62 \pm 0,17)$  нмоль/л, що репрезентувало порушення процесів дозрівання фолікула та овуляції. Як наслідок недостатності та неповноцінності гормональної функції жовтого тіла при фолікулярних кістах та кістах жовтого тіла, спостерігалось сповільнення динаміки підвищення рівня прогестерону в крові на 21-й день циклу. У пацієнок із фолікулярними кістами рівень прогестерону на 21-й день менструального циклу порівняно з його рівнем на 14-й день циклу зростав тільки в 2,1 раза, а у хворих з кістами жовтого тіла в – 2,7 раза. У групі контролю (здорові жінки) рівень прогестерону на 21-й день менструального циклу порівняно з 14 днем циклу зріс у 6 разів.

Одним з патогенетичних факторів виникнення пухлиноподібних уражень яєчників є гіперандрогенія [8], яка спостерігалась у 28,5 % жінок із фолікулярними кістами, 20,0 % - з ендометріюїдними кістами та 25,0 % - з кістами жовтого тіла. Водночас відсутність змін концентрації ДЕАС в крові відносно норми свідчила про яєчниковий генез гіперандрогенії в обстежених жінок.

Консервативний напрямок ведення пацієнок з пухлиноподібними ураженнями яєчників включав два етапи. Перший – комплекс протизапальної терапії, який призначався відповідно до виявлених патогенних збудників та їх чутливості до препаратів. Другий етап – проведення

корекції гормонального гомеостазу з призначенням довготривалої гормональної терапії.

При верифікації діагнозу і встановленні наявності запального процесу геніталій проводилось комплексне протизапальне лікування з урахуванням антибіотикограми на фоні імуномодуляторів. Базову терапію доповнювали антимікотичними, десенсибілізуючими, ензимо- та гепатопротекторними препаратами.

Після проведення протизапальної терапії та регресу пухлиноподібного ураження яєчників для забезпечення повноцінного функціонування жовтого тіла призначали дидрогестерон (дуфастон) по 10 мг двічі на добу з 16-го по 26-й день менструального циклу протягом 3-6 місяців.

При неефективності першого етапу лікування переходили до другого, який проводився диференційовано із використанням одного з гормональних препаратів (естроген-гестогенних контрацептивів, препаратів прогестогенового ряду, агоністів гонадотропін-релізинг-гормонів та антигонадотропінів).

У пацієнок з кістами жовтого тіла з терапевтичною метою та профілактикою подальшого можливого рецидиву успішно застосовували прогестини (норетистерону ацетат, дидрогестерон) з 16 по 25 день менструального циклу протягом 3-6 місяців. Для лікування ендометріюїдних (кісти < 5 см) та ретенційних пухлиноподібних уражень яєчників у частини пацієнок протягом 3-6 місяців використовували жанін – сучасний низькодозований комбінований оральний контрацептив (етинілестрадіолу 30 мкг та 2 мг дієногену).

При значних анатомічних порушеннях органів малого таза (величина ендометріюїдних кіст > 2 см, виражений спайковий процес та поєднання пухлиноподібних уражень яєчників з лейоміомою або аденоміозом матки) препаратами вибору є агоністи гонадотропін-релізинг гормонів.

Зокрема, ми використовували препарат трипторелін (диферелін), який призначався по 3,75 мг один раз на 28 днів протягом 2-4 місяців. При успішному лікуванні цього контингенту пацієнок в подальшому застосовували довготривалу терапію аналогом природного прогестерону препаратом "Дуфастон" у добовій дозі 20-40 мг з 5 по 25-й день менструального циклу протягом 3-6 місяців.

Низькодозований КОК "Ярина" (етинілестрадіол – 30 мкг та дросперинон – 3 мг) використовували в циклічному режимі протягом 3-6 місяців з метою профілактики рецидивів виникнення ретенційних пухлиноподібних уражень яєчників. Довготривала гормональна терапія поєднува-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

лась із прийманням ензимних препаратів, гепатопротекторів та з динамічним контролем показників гормонального гомеостазу.

Показаннями до хірургічного втручання були: неефективність консервативної терапії, наявність параоваріальних кіст, ендометріюїдних кіст розмірами >5 см та поєднання пухлиноподібного ураження яєчників з непрохідністю маткових труб (у пацієнтку з порушеною репродуктивною функцією).

Оперативне лікування було проведено у 132 (58,9 %) пацієнток. Проводили видалення пухлиноподібного ураження яєчника з капсулою в межах здорової тканини з наступним його формуванням.

Капсула та біоптат яєчника підлягали обов'язковому патогістологічному дослідженню. Гістологічно структура зовнішнього шару стінки як фолікулярної, так і параоваріальної кіст була представлена сполучною тканиною; однак внутрішній шар параоваріальних кіст був вистелений циліндричним або кубоїдальним епітелієм, а фолікулярних – гранульозними клітинами. Характерною особливістю капсул параоваріальних кіст була наявність в них "світлих" клітин APUD системи [9], що відносить цю нозологічну форму пухлиноподібного ураження яєчників до саморегулюючих структур. Діагностовано морфологічні відмінності між ендометріюїдними кістами та кістами жовтого тіла з геморагічним вмістом: наявність в останніх лютеїнових та текалютеїнових клітин та сполучнотканинне проростання гематоми. При морфологічному дослідженні ендометріюїдних кіст превалювання судинних елементів зі стоншеною гладком'язовою стінкою в поєднанні з цитогенною стромою, яка представлена різнорідними клітинними елементами в ендометріюїдних кістах, трактувалось як залозисто-кістозний варіант; а наявність склеротично-дистрофічних змін, бідність залозистого та судинного елементів із сформованими, склеротично зміненими, потовщеними стінками вказувала на кістозний варіант патологічного процесу.

Рецепторний апарат епітелію капсул пухлиноподібних уражень яєчників характеризувався варіабельністю і залежав від морфологічних особливостей епітелію стінки пухлиноподібного ураження яєчників. Діагностовано варіабельність (від слідів до помірного вмісту) рецепторів до естрогенів та до прогестерону в епітелії стінки фолікулярної кісти. Виявлено відсутність або сліди досліджуваних рецепторів в епітелії стінки параоваріальної кісти та варіабельність вмісту рецепторів до естрогенів (від їх відсутності до низького вмісту) та до прогестерону (від їх низького до високого вмісту) в епітелії стінки кіст

жовтого тіла. Імуноідентифікація рецепторного апарату епітелію капсули ендометріюїдної кісти з залозисто-кістозними змінами характеризувалась варіабельністю: від помірної до високої експресії рецепторів до естрогенів та слідами або помірним вмістом рецепторів до прогестерону, що свідчить про збереження його функціональної активності та рецептивності. Імуноідентифікація рецепторного апарату до естрогенів та до прогестерону в епітелії стінок ендометріюїдних кіст з кістозними змінами свідчила про наявність слабо позитивної експресії рецепторів або її відсутність, що вказувало на значне зниження або відсутність його функціональної активності.

Окрім безпосереднього видалення пухлиноподібного утвору яєчника, наявність супутньої патології органів малого таза потребувала проведення додаткових хірургічних маніпуляцій: роз'єднання спайок органів малого таза та черевної порожнини, проведення пластики маткових труб (сальпінгостомія, неосальпінгостомія, сальпінго-сальпінгоанастомоз), вилущування пухлиноподібних утворів на другому яєчнику, проведення діатермопунктури яєчників, здійснення консервативної міомектомії.

Після хірургічного лікування з метою профілактики рецидиву виникнення пухлиноподібного ураження яєчника призначали комбіновані естроген-гестагенні оральні контрацептиви або чисті гестагенні препарати (примолют-нор, дуфастон) протягом 3-6 місяців. При поєднанні пухлиноподібних уражень яєчників з лейоміомою або аденоміозом матки препаратам вибору були агоністи гонадотропін-релізинг гормонів. Вибір препарату та тривалість протирецидивної терапії визначали за вихідними результатами гормонального моніторингу, видом пухлиноподібного ураження яєчника, його морфологічними особливостями та за даними імуноідентифікації функціональної активності рецепторного апарату новоутворення.

Дотримання вищевикладених принципів ведення пацієнток дало змогу уникнути рецидивів захворювання у 96 % обстежених та сприяло відновленню репродуктивної функції пацієнток.

**Висновки.** 1. Ультразвукова діагностика стану органів малого таза, доплерометричний моніторинг кровотоку в маткових та яєчникових артеріях, кольорове доплерівське картування, визначення ритму секреції та вмісту в крові гонадотропних та статевих гормонів є обов'язковими при первинному обстеженні та в динаміці лікування жінок з пухлиноподібними ураженнями яєчників.

2. Консервативні методи ведення даного



Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

контингенту пацієнок повинні включати проти- запальну та гормональну терапію. Неефек- тивність консервативних заходів, в тому числі рецидиви кіст або ускладнений перебіг пухли- ноподібного ураження (перекрут ніжки кісти, підозра на розрив кісти) в поєднанні з супутньою патологією органів малого таза (спайковим про- цесом органів малого таза та черевної порож- нини III-IV ступеня, необхідністю проведення пла- стики маткових труб, консервативної міомектомії), є показанням до хірургічного лікування.

3. Лікувальні та реабілітаційні заходи у пац- ієнок з пухлиноподібними ураженнями яєчників (протизапальна, імуномодуюча, системна ен- зимотерапія та гормональне лікування) сприя-

ють профілактиці рецидивів захворювання та повноцінному відновленню репродуктивної функції даного контингенту хворих.

4. Вибір препарату та тривалість проведен- ня гормональної протирецидивної терапії виз- начаються за вихідними результатами гормо- нального моніторингу, видом пухлиноподібного ураження яєчника, його морфологічними особ- ливостями та за даними імуноідентифікації фун- кціональної активності рецепторного апарату новоутворення.

#### **Перспективи подальших досліджень.**

Проведені дослідження дають змогу уникнути ре- цидивів захворювання та сприятимуть віднов- ленню репродуктивної функції у жінок.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Измене- ния репродуктивной системы и их коррекция у жен- щин с доброкачественными опухолями и опухолевид- ными образованиями яичников // Триада X. – 2005. – 254с.

2. MacKenna A, Fabres C, Alam V, Morales V. Clinical management of functional ovarian: a prospective and randomized study // Human Reproduction. – 2000. – Vol. 15(12). – pp 2567-2569.

3. Носенко О.М. Сучасні методи діагностики та лікування функціональних ретенційних кістозних пух- линоподібних утворень яєчників у жінок репродуктив- ного віку // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2002. – №2. – С. 15.

4. Вовк І.Б., Лук'янова І.С., Кондратюк В.К. та ін. Аспекти ультразвукової діагностики органів малого тазу у жінок репродуктивного віку з пухлиноподібни- ми ураженнями яєчників // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2005. – С. 191 – 194.

5. Белоглазова С.Е. Современная тактика веде-

ния больных с доброкачественными опухолями и опу- холевидными образованиями яичников: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М, 1999. – 48 с.

6. Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Кондратюк В.К. та ін. Органозберігаюча тактика при хірургічних втручаннях на органах малого таза – основа збереження репро- дуктивної функції жінки // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 106 – 110.

7. Robker R.L., Richards J.S. Hormonal control of the cell cycle in ovarian cells: proliferation versus differentiation // Biol. Reprod. – 1998. – Vol. 59. – P. 476 - 482.

8. Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Крицкая Н.Г., Суходоло И.В. Апудоциты при пролиферативных про- цессах эндометрия // Бюллетень РАМН. – 2005. – №3. – С. 37-40.

9. Дуринян Э.Р., Вайбарина Г.В. Патогенез, диф- ференциальная диагностика и принципы лечения ги- перандрогении // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 4. – С.21-23.

## **TUMOR-LIKE OVARIUM INJURIES AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF RECURRENCE**

©**I.B. Vovk, A.H. Kornatska, V.K. Kondratyuk**

*Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynaecology of AMS of Ukraine*

**Summary.** The samples of surgical ovaries have been investigated with the purpose of study the structural and immunohistochemical peculiarities of tumor-like injuries of ovaries during the chronic inflammatory diseases of reproductive organs.

**Key words:** ovarium tumors, diagnostics, treatment.

## **СИСТЕМНИЙ ТА ЛОКАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ**

©**О.П. Гнатко, Н.Г. Скурятіна**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**РЕЗЮМЕ.** Обстежено 120 жінок з урогенітальною інфекцією віком від 18 до 40 років, які мали порушення репродуктивної функції. Проведена оцінка стану загального і місцевого гуморального імунітету у жінок із запальними захворюваннями геніталій залежно від наявності моно-інфекції (чистий хламідіоз) чи мікст-інфекції (хламідіоз в поєднанні з бактеріальними мікроорганізмами і вірусами). Показано, що найбільш виражені зміни в системі загального і місцевого імунітету мали місце при хламідійній інфекції в поєднанні з бактеріальними асоціаціями мікроорганізмів та вірусами. Це призводить до хронічних рецидивуючих запальних процесів в статевих органах і до порушення репродуктивної функції жінок.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** системний і місцевий імунітет, репродуктивна функція, запальний процес, статеві органи, інфекція.

**Вступ.** Проблема захворювань статевих органів у жінок, зумовлених урогенітальними інфекціями, продовжує залишатись актуальною протягом тривалого часу, оскільки одним із найсуттєвіших негативних моментів, що пов'язані з цією патологією, є порушення репродуктивної функції у жінок [2]. Основним пусковим механізмом запалення є інфекційні агенти, а також порушення в системі загального і місцевого імунітету. Активність інфекційних чинників залежить від багатьох факторів: біологічних властивостей самих мікроорганізмів, особливостей їх локального і генералізованого впливу на організм, а також від взаємодії між організмом жінки та інфекційним чинником [2]. Серед збудників, які призводять до виникнення запального процесу геніталій, переважають хламідії, уреоплазми, мікоплазми, віруси, які зустрічаються переважно у вигляді різноманітних асоціацій. Інфекції, що передаються статевим шляхом, є основною причиною вторинних імунodefіцитів, які створюють передумови для приєднання умовно-патогенної мікрофлори і формування хронічних, рецидивуючих запальних процесів статевих органів у жінок [1, 3, 7]. Дослідженнями останніх років доведено, що в значній частині випадків при інфікуванні статевих органів хламідіями запальний процес обумовлює тривалий перебіг захворювання у жінок з порушенням репродуктивної функції. [4] Рецидивуючий характер запалення часто обумовлений приєднанням вірусів. Вибір ефективних методів лікування повинен бути розроблений з урахуванням захисної системи організму жінки, яка формується залежно від взаємозв'язку макро- і мікроорганізму. Тому дуже важливим є вивчення стану системного і локального імунітету у жінок з урогенітальною інфекцією залежно від наявності у них моно- чи мікст-інфекції.

**Мета дослідження.** Вивчення стану системного і локального гуморального імунітету при урогенітальній інфекції у жінок з порушеннями репродуктивної функції.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 120 жінок з урогенітальною інфекцією віком від 18 до 40 років, які мали порушення репродуктивної функції і 20 здорових жінок тієї ж вікової групи. В процесі дослідження вивчали анамнез, скарги жінок, характер та тривалість запального процесу, становлення менструальної функції, початок статевого життя, гінекологічний статус. При клінічному обстеженні оцінювали стан зовнішніх статевих органів (огляд в дзеркалах, кольпоскопія шийки матки) та внутрішніх статевих органів (бімануальне дослідження, ультразвукова діагностика). Вид інфекційного збудника запального процесу встановлювали за допомогою комплексного бактеріоскопічного, мікробіологічного та цитологічного досліджень зскрібків із слизової оболонки піхви, цервікального каналу шийки матки та уретри. Мазки забарвлювались за Романовським-Гімзою та за Грамом [4, 8]. Бактеріоскопія доповнювалась культуральним виявленням бактерій у пробах патологічного матеріалу [4]. Для виявлення уреоплазми та мікоплазми застосовували комплекс методів: реакцію імунофлюоресценції (РІФ), тест-системи Mycoplasma DUO, ланцюгово-полімеразну реакцію (ЛПР). Хламідії виявляли за допомогою ЛПР та РІФ. Гарднерелли діагностували за допомогою ЛПР та виявлення "ключових клітин" при бактеріоскопічному дослідженні. Віруси групи герпесу I-II типів досліджували за допомогою ЛПР. Крім того, в пробах крові визначали наявність антитіл до хламідіозу і вірусів групи герпесу I-II типів.

Оцінка стану системного імунітету в обстежених включала визначення показників клітинної та гуморальної ланок. Визначення Т-лімфо-