

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

MORPHOLOGICAL CHANGES OF PLACENTA, DECIDUAL AND AMNIOTIC MEMBRANES AT PREMATURE DELIVERY.

©Т.М. Lysyn

Ivano-Frankivsk State Medical University

SUMMARY. The examination of placenta in women with premature delivery was carried out. Main group consisted of 19 maternity patients with physiological and 21 with premature delivery. It allowed to establish the presence of anatomic and dystrophic changes in placenta anchor villis. That demands a detailed research of macro- and microscopic changes in placenta and its vessel bloodstream in women with premature delivery. So, all the conditions for perfect perfusion of placenta with appropriate vessel and capilar development of terminal villis, are created during pregnancy. **KEY WORDS:** pregnancy, placenta, fetus membranes, morphologic changes, premature delivery.

УДК: 618.14-005.1-06:616.33/.34]-08

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ (ДМК) ТА ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (ХЗШКТ)

©Л.Є. Лимар, Л.М. Маланчук, З.М. Кучма, Н.А. Лимар, О.Є. Стельмах

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

РЕЗЮМЕ. Проблема дисфункціональних маткових кровотеч впродовж багатьох років хвилює світове наукове товариство. Триває активний пошук нових медикаментозних засобів для корекції цієї патології. ДМК супроводжується значною гормональною перебудовою в організмі, результатом якої є незбалансоване виділення естрогенів та прогестерону. Ці зміни призводять до зниження імунної реактивності, загострення екстрагенітальної патології, виникнення анемії, зниження працездатності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: імунна система, гормональний статус, дисфункціональна маткова кровотеча, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Вступ. Проблема дисфункціональних маткових кровотеч займає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань і сягає 50 – 60 % [1,2,3]. Заслужує уваги зростання частоти захворювання, недостатня ефективність та побічний вплив лікувально-профілактичних заходів, особливо при наявності супутньої патології, а саме: ХЗШКТ [1,2,4,5,6].

Суттєвою причиною такого стану є зростання кількості екстрагенітальної патології, що призводить до зниження імунологічної реактивності. Зростання частоти ДМК, часті рецидиви та загострення супутньої патології спонукають до пошуку нових методів лікування та реабілітації даного захворювання. В зв'язку з наявністю соматичної патології останніми роками все більшу перевагу отримує негормональна реабілітаційна терапія [4,5,6].

Мета дослідження - визначити стан імунної системи та гормональний статус, його кореляцію з клінічними проявами у жінок із ДМК та ХЗШКТ.

Матеріали і методи дослідження. Нами обстежено 65 жінок, у яких спостерігались ДМК та ХЗШКТ, а саме: гастрит, гастродуоденіт, холецистит, холецисто-холангіт, гепатит, дискінезія

жовчних шляхів. Пацієнтки були поділені на 2 групи. До 1 групи ввійшло 30 жінок, які отримували традиційне лікування. 2 групу склали 35 жінок, яким проводили запропоновану терапію. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок.

Всім пацієнткам проводили клінічне дослідження крові, сечі, визначення глюкози, білірубіну, холестерину, білка, сечовини, креатиніну, трансаміназ в крові, виявлення інфікування вірусом гепатиту В, С. Визначали загальну популяцію Т-лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів (Тх), Т-супресорів (Тс), співвідношення Тх/Тс, В-лімфоцитів з допомогою моноклональних антитіл. Гормональний статус досліджували визначенням фолітропіну, лютропіну, пролактину, естрадіолу, прогестерону. Всім пацієнткам проводилось вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням та ехографічне дослідження. Традиційна терапія проводилась комбінованими синтетичними прогестинами та симптоматичними засобами [1,2,3,6]. Запропонована терапія включала Коензим-композитум 2,2 мл внутрішньом'язово через день, на курс 10 ін'єкцій, Хеппель по 1 таблетці тричі на добу протягом 1 місяця,

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

Гінекохеель по 20 крапель тричі на добу протягом 1 місяця.

Результати й обговорення. Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах $36,1 \pm 1,7$ року, у контрольній – $24,7 \pm 2,1$ року. У 53,33 % пацієнок 1 групи і у 54,29 % 2 групи спостерігався обтяжений гінекологічний анамнез: первинне безпліддя у 20,00 % жінок 1 групи і у 20,58 % 2 групи, вторинне – у 16,67 % 1 групи і у 17,14 % 2 групи, невиношування 23,33 % 1 групи і 25,71 % 2 групи хворих, що відповідає статистичним літературним даним [1,2,4]. Серед соматичної патології найчастіше спостерігались наступні захворювання: гастрити – 37,17 % і 39,67 %, і гастродуоденіти – 36,22 % і 35,91 %, холецистити – 35,71 % і 32,67 %, дискінезії жовчних шляхів – 28,23 % і 38,91 %, холецистохолангіти – 34,67 % і 41,17 %, і гепатити – 6,29 % і 5,91 % відповідно в 1 і в 2 групах, що співпадає з показниками літератури [6]. Тривалість менструального циклу склала $29,26 \pm 2,17$ дня, тривалість фази десквамації – $7,23 \pm 2,51$ дня, кровомазання спостерігались у 66,67 % пацієнок 1 групи і 61,76 % 2 групи. Середня тривалість захворювання коливалась від 3,0 до 5,5 років. Контрольне обстеження жінок проводилось через 1 рік після лікування.

Отримані результати показали зниження Т-лімфоцитів в 1 групі до $43,21 \pm 1,18$ % ($P < 0,05$) і $41,23 \pm 1,12$ % ($P < 0,05$) проти $52,50 \pm 2,34$ % в контрольній групі, Т-хелпери становили $31,25 \pm 1,87$ % ($P < 0,05$) і $32,23$ % ($P < 0,05$) відповідно проти $38,71 \pm 2,06$ % в контрольній групі, Т-супресори – $19,23 \pm 1,21$ % ($P < 0,05$) і $18,67 \pm 1,32$ % ($P < 0,05$) проти $15,62 \pm 1,64$ % в контрольній групі, зменшилась кількість В-лімфоцитів до $9,03 \pm 0,17$ % ($P > 0,05$) і $9,02 \pm 0,02$ % ($P < 0,05$) проти $9,60 \pm 0,45$ % в контрольній групі [4,7]. У 90,00 % 1 групи та в 88,87 % 2 групи пацієнок спостерігався монофазний менструальний цикл.

До лікування у половини пацієнок досліджуваних групи спостерігався монофазний менструальний цикл. Рівень фолітропіну та лютропіну до і після лікування достовірно не змінювався. Рівень естрадіолу в цих пацієнок

становив до лікування $66,92 \pm 13,26$ нг/л і $66,67 \pm 11,12$ нг/л, після лікування достовірно не змінювався і становив $62,28 \pm 11,12$ нг/л і $63,17 \pm 7,21$ нг/л. Ці результати не відрізняються від приведених в літературі [1,4,5] При застосуванні запропонованого лікування цикл став двофазним. Рівень естрадіолу в 2 фазу підвищився до $82,83 \pm 11,23$ нг/л ($P < 0,05$). Рівень прогестерону утримувався в межах $0,53 \pm 0,41$ мкг/л і $0,56 \pm 0,78$ мкг/л до лікування і $0,56 \pm 0,96$ мкг/л і $0,59 \pm 0,81$ мкг/л в 1 фазу і при застосуванні запропонованої терапії достовірно підвищувався в 2 фазу менструального циклу до $6,48 \pm 1,62$ мкг/л і $7,43 \pm 1,92$ мкг/л відповідно в 1 і 2 групах.

Після застосування традиційної терапії через рік нормалізувався рівень загальної популяції Т-лімфоцитів, наблизився до контрольних показників Тх/Тс коефіцієнт. Проте у 53,33 % пацієнок 1 групи через 6 місяців після завершення терапії менструальний цикл знову став монофазним, спостерігались хаотичні піки лютропіну, що підтверджує дані Вихляевой Е.М. [1]. В 2 групі спостерігалась стійка нормалізація показників імунного та гормонального статусу протягом року після припинення запропонованої схеми лікування. Ехографічні дослідження виявили гіперплазію ендометрію у 33,33 % пацієнок 1 групи і у 11,43 % 2 групи через 1 рік після лікування, що свідчить про стійку терапевтичну дію запропонованого лікування порівняно з традиційними засобами. Крім цього, у пацієнок 2 групи протягом спостереження не було рецидивів ХЗШКТ, що вказує на сприятливий вплив запропонованого лікування на органи травної системи.

Висновки. Проведені дослідження дають змогу зробити висновок, що запропонована комплексна реабілітаційна терапія ДМК при ХЗШКТ дає змогу на тривалий період попередити рецидив соматичного захворювання і нормалізувати менструальну функцію жінок.

Перспективи подальших досліджень. Передбачається вивчити вплив порушення функції печінки на гормональний статус жінок.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. - М.: МИА, 1997. - 768 с.
2. Прилепская В.Н., Можевитинова Е.А. Дисменорея - вопросы диагностики и терапии // Материалы Всероссийского форума "Мать и дитя". - Москва, 2000. - С.3-8.
3. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. и др. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 294 с.
4. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная ги-

некология (клинические очерки). Ч.1.-К.: Изд-во "Заповіт", 2003. - 303 с.

5. Теория и практика гинекологической эндокринологии. Под ред З.М. Дубоссарской. Днепропетровск "Лира ЛТД", 2005. - 409 с.

6. Передерій В.Г., Ткач С.М. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб. Т.2.-К., 1998.-С. 5-318.

7. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и алергология. - Одесса, 1999.-С.50-57.

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

PATHOGENETIC APPROACH TO THE COMPLEX THERAPY OF THE WOMEN WITH DYSFUNCTIONAL UTERINE HAEMORRHAGE (DUH) AND CHRONIC DISEASES OF GASTRO-INTESTINAL TRACT (CDGIT)

©L.E.Lymar, L.M.Malanchuk, Z.M.Kuchma, N.A.Lymar, O.E.Stelmakh

Ternopil's state medical university by I.J.Gorbachevsky

SUMMARY. The problem of the dysfunctional uterine haemorrhage is very important for world science during many years. Active search of medicine remedy for the correction of the disturbance is continuing. Considerable hormone's reorganization in the organism accompanies this period. Inadequate secrete of estrogens and progesterone is the result of this process. These changes cause lowering of immune system, become acute of the extragenital diseases, rise of the anaemia and low of ability for work.

KEY WORDS: immune system, hormone status, dysfunctional uterine haemorrhage, the chronic diseases of gastro-intestinal tract.

УДК 618.14 - 066-006.36

ЧАСТОТА ГІПЕРПЛАЗІЙ ЕНДО - І МІОМЕТРІЯ В ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ

©С.С. Луб'яна, Г.В. Овчаренко, М.С. Шелигін, О.Ф. Руденко

Луганський державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. У 168 хворих на лейоміому матки вивчено частоту гіперплазій ендометрія та його морфологічні особливості залежно від розмірів лейоміоми. Різні види гіперпластичних процесів і проліферативний ендометрій виявлено в 66,1%, у тому числі атипічна гіперплазія в 3,6%. Часто-та та різні варіанти гіперплазій не залежать від розмірів лейоміоми.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гіперплазія ендометрія, лейоміома, аденоміоз, морфологічні особливості.

Вступ. У результаті багаторічних досліджень клініки, морфогенезу, гормонального та імунного статусу хворих на міому матки, спроб різноманітних методів консервативного лікування захворювання її прийнято вважати гормонозалежною гіперплазією міометрія [1, 2]. Ряд авторів вважає, що при міомі площа ендометрія збільшується, в ньому з'являється мозаїчність циклічних змін, що в комбінації з порушеннями скоротливої діяльності міометрія призводить до розвитку порушень процесу відторгнення ендометрія [3]. В експериментальних і клінічних дослідженнях останнього десятиріччя встановлено, що разом із статевими стероїдними гормонами важливими регуляторами клітинної проліферації та диференціювання є ростові фактори, що продукуються місцево (епідермальний фактор росту та трансформуючий фактор росту- β), які є основними переносниками мітогенного сигналу та здатні стимулювати або інгібувати розподіл і диференціювання різних клітин [4]. Неодмінною умовою реалізації мітогенного ефекту факторів росту є їх взаємодія зі специфічним рецептором, що локалізується на клітинній мембрані, який розглядається останнім часом як один з перспективних тканинних маркерів проліферативної активності і гормоночутливості трансформованого ендометрія [5]. Автором доведено, що в пацієнток з рецидивною гіперплазією ендометрію і

явищами аденоматозу частота експресії рецептора епідермального фактора росту в тканині ендометрія в 2 рази вище, ніж в пацієнток без патології ендометрія. Патологічним стимулом, здатним порушити баланс факторів росту, може бути вогнище ендометріозу в міометрії, навкруги якого досить часто розвивається міома [6]. В ендометрії, так само як і в міометрії, містяться різні фактори росту, причому концентрація інсулінподібного фактора росту набагато вище в ендометрії, ніж в міометрії [4,7]. Велика вірогідність того, що фактори росту в ендометріюдному вогнищі здатні концентруватися або хоча б бути джерелом локального накопичення їх, що в умовах адекватної в цьому випадку регенерації може призвести до виникнення автономності регенераторного проліферату, чим, ймовірно, і є міома [7]. Нам цікаво було дізнатись, наскільки часто розвиваються поєднані гіперпластичні процеси ендо- і міометрія на фоні лейоміоми, чи можливий єдиний механізм цієї поєднаної патології.

Метою роботи було дослідити гістологічну будову ендометрія хворих на лейоміому матки і встановити частоту поєднань гіперплазій ендо- і міометрія залежно від розмірів пухлини.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 168 хворих на лейоміому матки (ЛМ). Вік хворих ко-