

Представлена структура потреб в заходах медико-соціальної реабілітації інвалідів з захворюваннями сечостатевої системи дозволить планувати та обґрунтувати

оптимальний обсяг реабілітаційних заходів даному контингенту хворих, а з практичної точки зору - уніфікувати формування ІПР.

Список літератури

- Кузьмишин Л.Е. Основные принципы реабилитационно-экспертной, клинко-функциональной диагностики нарушений функции выделения вследствие болезней мочеполовой системы в бюро медико-социальной экспертизы /Л.Е. Кузьмишин, М.П. Баньковская, М.В. Посохина //Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2007.- №1.- С.44-47.
- Пыриг Л. Нефрологическая помощь в Украине /Л.Пыриг //Doctor.- 2001.- №6.- С.9-11.
- Рудов И.В. Социально-гигиенические аспекты, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие болезней почек в Ростовской области /И.В. Рудов //Автореф. дис. ... канд. мед. н.: 14.00.33; 14.00.05. - Екатеринбург, 2008.- 20с.

Беляева Н.Н., Яворовенко О.Б., Куриленко И.В.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ С БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Резюме. Проблемы инвалидности и реабилитации при болезнях мочеполовой системы имеют серьезные социальные последствия, что связано с достаточно высокими показателями инвалидизации молодого трудоспособного населения, ростом расходов на их пенсионное обеспечение и увеличением в обществе лиц с ограничениями жизнедеятельности. Сформулирована структура потребностей отечественных инвалидов с патологией мочеполовой системы в мероприятиях медико-социальной реабилитации. Установлено, что их объем отличается в зависимости от вида реабилитации, возраста и тяжести инвалидности. Обнаружено приоритетное направление реабилитации данного контингента больных - "медицинская реабилитация", в частности "восстановительное лечение", "профилактические мероприятия", "медицинское наблюдение". Установлено, что врачи МСЭК при формировании ИПР недооценивают роли услуг "физической", "профессиональной", "социальной" реабилитации, "технических средств реабилитации", "изделий медицинского назначения" в устранении ограничений жизнедеятельности. Процесс формирования ИПР требует совершенствования и унификации.

Ключевые слова: инвалидность, болезни мочеполовой системы, индивидуальная программа реабилитации.

Belyaeva N., Yavorovenko O., Kurylenko I.

CURRENT STATE OF THE MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO DISABLED FROM UROGENITAL DISEASES

Summary. The problems of disability and rehabilitation in diseases of the genitourinary system have serious social consequences, due to the relatively high rates of disability of young working population, increasing their spending on pensions and an increase in society of people with limited life. The current structure of the domestic needs of disabled genitourinary pathology in the activities of medical and social rehabilitation. Established that their scope is different depending on the type of rehabilitation, age and severity of disability. Discovered priority area of rehabilitation of patients - "medical rehabilitation", including "restorative treatment", "prevention measures", "medical supervision". Found that doctors MSEC during the formation IPR underestimate the role of services "physical", "professional", "social" rehabilitation, "Rehabilitation equipment", "medical products" to eliminate restrictions of life. The formation IPR needs improvement and unification.

Key words: disability, illness of urinary-genital system, individual program of rehabilitation.

Рецензент - д.мед.н., проф. Сторожук Б.Г.

Стаття надійшла до редакції 9.06.2016р.

Беляева Наталья Николаевна - к. мед. н., зав. відділом експертних досліджень НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(0432)511117

Яворовенко Оксана Борисівна - зав. орг.-метод. відділом НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38(0432)511260

Куриленко Ірина Володимирівна - к. мед. н., зав. поліекспертним відділенням НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38(0432)511117

© Булавенко О.В., Мунтян О.А.

УДК: 618.39-021.3:612.631.1:575.174.015.03-07

Булавенко О.В., Мунтян О.А.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И.Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии №2 (ул. Пирогова, 56, г. Винница, 21018, Украина)

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. Привычное невынашивание беременности (ПНБ) - полиэтиологичный симптомокомплекс, который является острой социальной и медицинской проблемой. В данном исследовании у женщин с привычным невынашиванием беременности определяли полиморфизм генов рецепторов прогестерона и васкулоэндотелиального фактора роста как возможную причину патологии имплантации эмбриона. У 26 женщин с помощью молекулярно-генетического исследования был выявлен полиморфизм гена рецепторов прогестерона, что составило 29,46%. У 79,54% (70) женщин было выявлено

полиморфизм эндотелиального фактора роста сосудов; у 9,09% (8) был выявлен полиморфизм обоих генов. Благодаря полученным результатам можно сделать вывод, что одним из ключевых факторов возникновения ПНБ является нарушение процессов ангиогенеза, определяющее состояние эндометрия в периимплантационный период.

Ключевые слова: невынашивание беременности, патология имплантации, полиморфизм генов, P_{gR}, VEGF.

Введение

Невынашивание беременности является одной из ведущих и социально значимых проблем акушерства и гинекологии, которая отрицательно влияет на здоровье, репродуктивную функцию и общественную жизнь женщины. Привычное невынашивание беременности - это потеря трех или более беременностей, встречается приблизительно у 1% пар, которые пытаются завести ребенка [7]. В структуре привычных потерь беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы, 100% случаев неразвивающейся беременности сочетаются с хроническим эндометритом, независимо от основной причины остановки гестации (вросшие ворсины хориона, некротизируясь, вызывают асептическое воспаление) [11]. Даже после всесторонних обследований причина привычного невынашивания идентифицируется менее, чем у половины этих пар [6, 7]. Привычное невынашивание беременности неизвестной этиологии связано с существенными неблагоприятными клиническими и психологическими последствиями для женщин и их семей.

В основе патогенеза развития НБ лежит хронический эндометрит. При этом происходит повышение синтеза провоспалительных цитокинов, снижение синтеза ростовых факторов, аномальная инвазия (глубина внедрения недостаточная или чрезмерная) и повреждение трофобласта на ранних сроках беременности.

Процессы имплантации (плацентации) контролируются сложнейшим взаимодействием множества сигнальных и эффекторных соединений и зависят от антигенной активности, функционального статуса плодного яйца, состояния децидуальной оболочки эндометрия и спиральных артерий матки. "Удар" по ветвям маточных сосудов наносят, как правило, экстрагенитальные (артериальная гипертензия, сахарный диабет, анемия, варикозная болезнь) и инфекционно-воспалительные заболевания матери, т.е. состояния, сопровождающиеся эндотелиальной дисфункцией, которая задолго до гестации предопределяет нарушения формирования плацентарного ложа при будущей беременности на фоне имеющейся ангиопатии спиральных артерий [4]. Основная часть "материнских проблем" имплантации сопровождается относительным или абсолютным дефицитом прогестерона, поскольку именно прогестерон подвергает эндометрий важнейшим для беременности трансформациям [5].

Прогестерон имеет важное значение для достижения и поддержания нормальной беременности. Прогестерон принимает участие в секреторных изменениях эндометрия в лютеиновой фазе (подготовка эндометрия к имплантации, децидуализация эндометрия), расслаблении

мускулатуры матки [8], защите аллогенного плода от иммунологического отторжения [10]. Прогестерон также снижает высвобождение кортикотропин-рилизинг гормона (КТРГ), высвобождение простагландинов (прямо и путем снижения высвобождения КТРГ), сокращения мускулатуры матки и релаксацию шейки матки [8].

Однако, существует определенный процент женщин с нормальным уровнем прогестерона, у которых происходит прерывание беременности. Именно это побудило нас к поиску новых причин развития невынашивания беременности, то есть к изучению полиморфизма генов P_{gR}.

В процессе прерывания беременности играет роль также ангиогенез, с которым связано нормальное развитие сосудистой сети плаценты, опосредующей формирование маточно-плацентарной циркуляции [3]. В данный процесс вовлечено большое количество клеток разных типов и их продуктов, основными участниками являются клетки трофобласта и натуральные киллеры. Адекватный плацентарный кровоток и васкуляризация являются главными компонентами нормальной плацентарной функции и ключевыми факторами для роста и развития плода. Согласно современным исследованиям VEGF является одним из ключевых факторов в сосудистой дисфункции при привычном невынашивании беременности [1, 2]. Васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF) - гетеродимерный гликопротеиновый ростовой фактор, продуцируемый различными типами клеток. Это потенциальный митоген для эпителиальных клеток сосудов. Он оказывает сильное влияние на проницаемость сосудов, является мощным ангиогенным белком в различных экспериментальных системах, принимает участие в процессах неоваскуляризации в патологических ситуациях [2]. Известно, что ингибирование функции VEGFA может привести к бесплодию из-за блокировки функции желтого тела. Инактивация одиночного VEGF аллеля ведет к связанной с гапло-недостаточностью гибели эмбрионов из-за аномалий развития кровеносных сосудов примерно на 9-й день беременности. [2] Дифференцировка ангиобластов не нарушена, но нарушены образование просветов сосудов, ответвлений и ангиогенез.

Цель исследования: определить полиморфизм генов рецепторов прогестерона и васкулоэндотелиального фактора роста у женщин с привычным невынашиванием беременности как возможную причину патологии имплантации эмбриона.

Материалы и методы

Исследование проводили на базе Винницкого городского клинического роддома №2 и Центра репро-

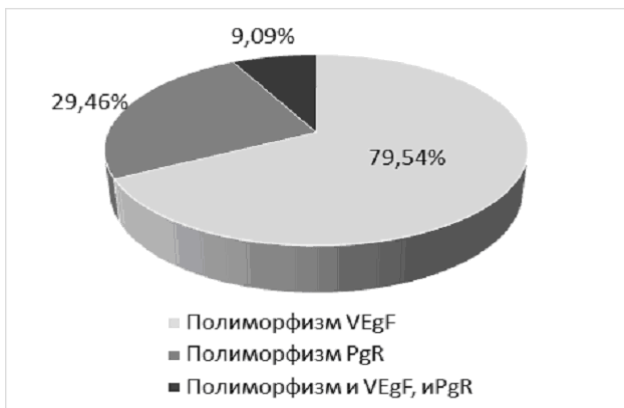


Рис. 1. Полиморфізм PgR і VEGF у жінок з привичним невинашиванням вагітності.

дуктивної медицини. В дослідження були включені 88 жінок з діагнозом: Привичне невинашивання вагітності.

Критерії включення: вік жінки - 18-35 років; переривання вагітності на ранніх термінах в анамнезі; наявність загрози переривання даної вагітності.

Усі жінки підписали інформовану згоду на проведення молекулярно-генетичного дослідження. Вибір зразків ДНК проводили вранці натощак з допомогою спеціального пластикового апликатора (збір ротових (буккальних) кліток).

Результати. Обсуждение

Були отримані наступні результати (рис. 1): Полиморфізм PgR і VEGF у жінок з привичним невинашиванням вагітності): у 26 жінок було виявлено поліморфізм гена рецепторів прогестерону, що склало 29,46%; у 70 жінок було виявлено поліморфізм ендотеліального фактора росту судин - 79,54%; у 8 жінок було виявлено поліморфізм

обоих генів - 9,09%.

Полученные данные свидетельствуют о большей роли эндотелиального фактора роста в патогенезе развития патологии имплантации у женщин с привычным невынашиванием беременности, что в свою очередь ведет к нарушению формирования маточно-плацентарного кровотока. Клиническими проявлениями данного состояния могут быть угроза прерывания беременности, замершая беременность или самопроизвольный выкидыш [9]. Поэтому следует включить проведение молекулярно-генетического исследования в общую схему обследования женщин с привычным невынашиванием беременности, особенно неясной этиологии. Это даст возможность определить ведущий фактор развития патологии имплантации. Формирование групп риска по привычному невынашиванию беременности позволит снизить частоту ранних репродуктивных потерь путем разработки алгоритма прегравидарной подготовки, прогнозирования риска развития патологии имплантации и плацентации, соответствующего мониторинга течения такой беременности, и своевременно проводить коррекцию выявленных нарушений.

Выводы и перспективы последующих разработок

1. Результаты нашего исследования свидетельствуют о большей роли эндотелиального фактора роста сосудов в патогенезе развития патологии имплантации.
2. Полученные данные дают возможность прогнозировать риск невынашивания беременности и своевременно проводить адекватную прегравидарную подготовку.

Перспективой последующих разработок является разработка схемы профилактики патологии имплантации у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

Список литературы

1. Богданова Г.С. Невиношивание беременности: общий взгляд на проблему /Г.С. Богданова //Медицинский совет.- 2012.- №3.- С.67-71.
2. Гуреев В.В. Эндотелиальная дисфункция - центральное звено в патогенезе гестоза //Научные ведомости Белгородского гос. ун-в.- 2011.- №4 (123).- С.5-12.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М.- М.: Триада-Х, 2002.- С.11-37.
4. Clark D. Critically examining the immunologic causes of recurrent miscarriage /D. Clark //Medscape women's Health.- 1999.- Vol.4 (3).- P.23-27.
5. Haas D.M. Progesterone for preventing miscarriage //D.M.Haas, P.S.Ramsey //Cochrane Database Syst. Rev.- 2013.- Vol.10: CD003511
6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion //Fertil. Steril.- 2012.- Vol.98.- P.1103-1111.
7. Rai R. Recurrent miscarriage /R.Rai, L.Regan //Lancet.- 2006.- Vol.368.- P.601-611.
8. Schindler A.E. Gynecol Endocrinol / A.E.Schindler.- 2004.- Vol.18.- P.51-57.
9. Stephenson M.D. Cytogenetic analysis of miscarriages from couples with recurrent miscarriage a case-control study /M.D. Stephenson, K.A. Awartani, W.P.Robinson //Hum. Reprod.- 2002.- Vol.17.- P.446-451.
10. Stephenson D.C. Adv. Contr. Deliv. Syst /D.C. Stephenson - 1990.- Vol.6.- P.332-345.
11. XVIII Конгресс FIGO, 2006.- P.5-41.

Булавенко О.В., Мунтян О.А.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

Резюме. Звичне невиношування вагітності (ПНВ) - поліетіологічний симптомокомплекс, який є гострою соціальною і медичною проблемою. В даному дослідженні у жінок зі звичним невиношуванням вагітності визначали поліморфізм генів рецепторів прогестерону і васкулоендотеліального фактора росту як можливу причину патології імплантації ембріона. У 26 жінок за допомогою молекулярно-генетичного дослідження було виявлено поліморфізм гена рецепторів прогестерону, що склало 29,46%. У 79,54% (70) жінок було виявлено поліморфізм ендотеліального фактора росту судин; у 9,09% (8) було виявлено

поліморфізм обох генів. Завдяки отриманим результатам можна зробити висновок, що одним з ключових чинників виникнення ПНБ є порушення процесів ангиогенезу, що визначає стан ендометрія в період імплантаційного періоду.

Ключові слова: невиношування вагітності, патологія імплантації, поліморфізм генів, PgR, VEGF.

Bulavenko O.V., Muntian O.A.

MOLECULAR GENETIC ANALYSIS OF IMPLANTATION PATHOLOGY IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE

Summary. Recurrent miscarriage (RM) is a polyetiology disease, which is an acute social and medical problem. In this study, women with recurrent miscarriage we determined gene polymorphism of progesterone receptor and endothelial growth factor of vessels as a possible cause of embryo implantation pathology. In 26 women with the help of molecular genetic study revealed polymorphism of progesterone receptor gene, which amounted to 29.46%. At 79.54% of women were identified polymorphism vascular endothelial growth factor; at 9.09% it was found polymorphism of both genes. Due to obtained results we can conclude that one of the key factors for RM is a violation of the process of angiogenesis, which determines the state of the endometrium in peri-implantation period.

Key words: recurrent miscarriage, implantation pathology, gene polymorphism, PgR, VEGF.

Рецензент - д.мед.н. Рудь В.О.

Стаття надійшла до редакції 27.05.2016 р.

Булавенко Ольга Васильевна - д.мед.н., професор, заведуюча кафедри акушерства и гинекологии №2 ВНМУ им. Н.И.Пирогова; +38(0432)272949

Мунтян Ольга Анатоліївна - аспірант, асистент кафедри акушерства и гинекологии №2 ВНМУ им. Н.И.Пирогова; +38(097)1488010

© Кіндратів Е.О.

УДК: 578.27+618.177+618.146

Кіндратів Е.О.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", кафедра патоморфології та судової медицини (вул. Галицька, 2, м.Івано-Франківськ, 76018, Україна)

ЗВ'ЯЗОК ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ З ЖІНОЧИМ БЕЗПЛІДДЯМ ПРИ ЦЕРВІКАЛЬНІЙ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНІЙ НЕОПЛАЗІЇ

Резюме. Для визначення зв'язку папіломавірусної інфекції (ПВІ) з безпліддям нами було встановлено поширеність ПВІ у жінок з різними формами інфертильності при цервікальній інтраепітеліальній неоплазії. В роботі використані клінічні дані (результати кольпоскопічного дослідження) з амбулаторних та стаціонарних карт 250 пацієнток з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією, полімеразно-ланцюгова реакція щодо виявлення ДНК вірусу папіломи людини (ВПЛ) високого канцерогенного ризику (ВКР) та морфологічні (гістологічний, гістохімічний, імуногістохімічний) методи дослідження тканини шийки матки. Наявність гострокінцевих кондилом у 13,6% жінок можна розглядати як шийковий фактор, що може перешкоджати фертильності окрім встановленого виду безпліддя у пацієнтки. Ініціюючим фактором розвитку та прогресії нееластичної трансформації шийки матки у жінок з безпліддям слід вважати висококанцерогенний ВПЛ, про що свідчить значна перевага (62,8%) інфікованих пацієнток та зростання частоти виявлення ВПЛ при збільшенні ступеня тяжкості ЦІН. Серед причин безпліддя у пацієнток з ЦІН, асоційованої з ПВІ при вірусному навантаженні 3-5 та >5 копій Іg ВПЛ/10⁶, переважає трубний фактор (49,0%). Аналіз розподілу рівнів експресії p16^{ink4a} до видів безпліддя показав достовірне переважання трубного в усіх групах дослідження при дифузній реакції p16^{ink4a}, що дозволяє розглядати ПВІ як одну з ймовірних вагомих причин порушеної репродуктивної функції.

Ключові слова: папіломавірусна інфекція, безпліддя, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія.

Вступ

Сьогодні активно вивчається роль вірусної інфекції в етіології хронічних запальних захворювань у жінок і розвитку безпліддя [3, 4, 5, 10]. Особливу увагу заслуговує вірус папіломи людини (ВПЛ). Інфікування ВПЛ супроводжується зниженням фертильності, розвитком хронічних гінекологічних захворювань, безпліддям і виникненням незворотних порушень в органах репродуктивної системи, впливає на розвиток патології вагітності та призводить до високих перинатальних втрат [1, 2].

Підвищення ризику розвитку безпліддя, внаслідок папіломавірусної інфекції (ПВІ) пов'язують, певною мірою, з утворенням кондилوماتозних вегетацій, папілом, а також з небезпекою розвитку раку шийки матки [3].

Дослідження проведені in vitro свідчать про те, що ПВІ може впливати як на жіночу, так і чоловічу фертильність. У чоловіків ПВІ може вплинути на параметри сперми, зокрема: апоптоз в клітинах сперми, зміну якості сперми через зменшення клітинної маси, амплітуду зменшення бокового зміщення головки сперматозоїда, зниження рухливості і збільшення антитіл проти сперми [6, 9]. ВПЛ-інфікована сперма може передавати вірусну ДНК в ооцити, де розвиваються бластоцисти. ВПЛ може збільшити трофобластичний апоптоз і зменшити імплантацію клітин трофобласта в ендометрії, тим самим збільшуючи теоретичний ризик викидня [8]. Вертикальна передача ВПЛ під час вагітності може бути залучена до патофізіологічного процесу передчасного