

період протекав на фоні вираженої поліурії без гематурії (по 8л в теченні 5 днів с послуючим переходом на 4 л в сутки), в зв'язі с чим переведена для дальшої реабілітації в відділення нефрології.

Ми придержуємося точки зору, що вагітність представляє собою випадок аллотрансплантації, а HELLP-синдром як аутоімунна реакція. Аутоімунні комплекси осідають на поверхності ниркових лоханок, в зв'язі с чим виникає клініка поліурії, с цим зв'язано використання при HELLP-синдромі глюкокортикоїдів, що і було зроблено в нашому випадку. Данна точка зору відповідає думці інших авторів [1,2,4,8].

Незважаючи на крайню тяжкість перебігу HELLP-синдрому, його присоединення до преєклампсії не призводить до таких важких ускладнень, як розвиток ДВС-синдрому, смерті матері або дитини, при своєчасній діагностиці, адекватній терапії з використанням глюкокортикоїдів на фоні постійного інтенсивного моніторингу стану життєво-

важких функцій організму, так як клініка розвивається в теченні 24 годин.

HELLP-синдром може розвиватися як в час вагітності, так і в післяродовому періоді, у первородящих.

Лабораторні дані можна використовувати для класифікації HELLP-синдрому за ступенем внутрисудинної коагуляції і за рівнем тромбоцитопенії.

Не всі випадки HELLP-синдрому проходять с такими ранніми ознаками, як нудота, блювання, біль в епігастральній області і правому подребер'ї, іноді лабораторні дані являються первинними ознаками.

Важливим в діагностиці HELLP-синдрому є визначення активності лактатдегідрогенази, що відображає пошкодження гепатоцитів і тяжкість гемолізу. Відношення аланін- і аспартатамінотрансферази при HELLP-синдромі зазвичай близько 0,55.

Своєчасна діагностика і адекватна інтенсивна терапія – запорука успіху в лікуванні HELLP-синдрому.

Література

1. Барсуков А.Н., Одинцова Н.А., Якубовская С.Л. Лечебная тактика при осложнении гестоза // Медицинские новости. – 2008. – №14
2. Венцовский Б.М., В.Н. Запорожан, А.Я. Сенчук, Б.Г. Скачко. Гестозы. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – С.233-251.
3. Квінан Д.Т., Хоббінс Д.С., Спонг К.У. Протоколи для вагітностей високого ризику. – Київ, 2009. – С.490.
4. Kirschbaum T.H. Year book of Obstetrics and Gynecology.-Chicago, 1987, p.59.
5. Rappaport V.J., Hirata G., Yapp H.K. et al. Antivascular endothelial cell antibodies in severe preeclampsia//

Amer.J.Obstet.Gynecol.,1990, v.162, p.138-146.

6. R.Douglas Collins. Algoritm diagnosis of symptoms and signs, 2003.

7. Sibai B.M., Ramadan M.K., Usta I., Salama M. et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome)// Amer.J.Obstet.Gynecol.,2004, v.169, p.1000-1006.

Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy // Amer.J.Obstet.Gynecol., 2005, v.193, p.859.

УДК 616.173+618.11.

Л.В. Гінчицька, Н.І. Генік, О.В. Нейко, І.Т. Кишакевич, С.О. Остафійчук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. Обстежено 134 жінки у віці від 40 до 50 років, які були поділені на три групи в залежності від тривалості та генезу менопаузи. Загальноклінічне дослідження проводилося за стандартною схемою, що передбачає з'ясування скарг на момент обстеження, анамнезу, а також об'єктивне терапевтичне і гінекологічне обстеження.

Так по нейровегетативному синдрому (НВС) у жінок після тотальної оваріоектомії в залежності від часу гіпоестрогенемії відмічалось зменшення кількості жінок зі скаргами на приливи і супроводжуючу їх підвищену пітливість, головний біль. Разом

із цим збільшились скарги на вестибулопатії, сухість шкіри, схильність до набряків. Спостерігались порушення адаптаційних механізмів у жінок після овариєктомії, що пов'язано із швидким виключенням функції яєчників. У період від двох до п'яти років після оперативного втручання спостерігається тенденція до зниження усіх скарг психоемоційного симптомокомплексу (ПЕС), окрім порушення лібідо. При дослідженні обмінно – ендокринного синдрому (ОЕС) встановлено, що майже у кожній другій жінки спостерігається ожиріння різного ступеня важкості, з'являються скарги на біль в м'язах і суглобах. Під час аналізу показників вагінального здоров'я відмічається прогресування частоти і ступеня атрофічних змін у жінок після тотальної овариоектомії.

При визначенні модифікованого менопаузального індексу під час постовариоектомічної і фізіологічної менопаузи відмічається зростання його відсотку, що пов'язано із збільшенням обмінно-ендокринного синдрому, а саме таких симптомів як: біль у м'язах, суглобах; біль у кістках; атрофія статевих органів.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. Обследовано 134 женщины в возрасте от 40 до 50 лет, которые были разделены на три группы в зависимости от длительности и генеза менопаузы. Общеклиническое обследование проводилось по стандартной схеме, которая предусматривает выяснение жалоб на момент обследования, анамнеза, а также объективное терапевтическое и гинекологическое обследования.

Так по нейровегетативному синдрому (НВС) у женщин после тотальной овариоэктомии в зависимости от времени гипострогенемии, отмечалось уменьшение количества женщин с жалобами на приливы и сопровождающую их потливость, головную боль. Вместе с этим увеличились жалобы на вестибулопатии, сухость кожи, склонность к отекам. Наблюдались нарушения адаптационных механизмов у женщин после овариоэктомии, что связано с быстрым исключением функции яичников. В период от двух до пяти лет после оперативного вмешательства прослеживается тенденция к снижению всех жалоб психоемоционального симптомокомплекса (ПЭС), кроме нарушения либидо. При обследовании обменно – эндокринного синдрома (ОЭС) установлено, что почти у каждой второй женщины наблюдалось ожирение разной степени тяжести, появляются жалобы на боль в мышцах и суставах. Во время анализа показателей влагалищного здоровья отмечается прогрессирование частоты и степени атрофических изменений у женщин после тотальной овариоэктомии.

При определении модифицированного менопаузального индекса во время постовариоэктомической и физиологической менопаузы отмечается увеличение его процента, что связано с увеличением обменно-ендокринного синдрома, а именно таких симптомов как: боль в мышцах, суставах; боль в костях; атрофия половых органов.

FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF POSTOVARIOECTOMIC SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE We examined 134 women aged from 40 to 50 who were divided into three groups depending on the duration and genesis of menopause. General research was conducted by the standard scheme, which includes the complaints, taking history, therapeutic and gynecological examination.

The study showed that the number of women with complains of tides, sweating and headache among the women with neurovegetative syndrome after total ovariectomy depending on time of hypoestrogeniya. At the same time they had more symptoms of vestibulopathy, dry skin and swelling. There was a violation of adaptive mechanisms in women after ovariectomy, due to the rapid exclusion of ovarian function. Between two and five years after surgery there was tendency to reduce all complaints of mental and emotional symptoms, except violations libido.

During the study of endocrine-metabolic syndrome we found that every second woman had obesity, complaints of pain in muscles and joints. During the analysis of vaginal health indicators we observed progression of the rate and degree of atrophic changes in women after total ovariectomy. The menopause index that we have determined in women with postovariectomic syndrome and physiological menopause increased, which is associated with increased metabolic-endocrine syndrome, including symptoms such as pain in muscles, arthralgia, bone pain, atrophy of genital organs.

Ключові слова: постовариоектомічний синдром, менопауза.

Ключевые слова: постовариоэктомический синдром, менопауза.

Key words: postovarioectomic syndrome, menopause.

ВСТУП. Видалення яєчників у молодому віці супроводжується не тільки втратою репродуктивної функції, але й складними реакціями нейроендокринної системи, що у 50,0-80,0% прооперованих жінок проявляється поєднанням нейровегетативних, психоемоційних та обмінно-ендокринних порушень [1, 2, 3]. З часом перші два симптомокомплекси у більшості жінок набувають зворотного розвитку, тоді як обмінно-ендокринний швидко прогресує.

Середня тривалість життя жінок в Україні складає 72,8 років, а фізіологічний діапазон менопаузи – від 45 до 52 років (середній вік 48,5 років). При цьому частка, яка припадає на ранню менопаузу (до 45 років) складає 23,1%, тоді як у розвинутих країнах Євросоюзу цей показник не перевищує 10,0% [1, 5].

Поряд з цим найбільш патогенетично обґрунтованим методом лікування, яке спрямоване на ключові механізми формування постовариоек-

томічних ускладнень, є замісна гормональна терапія (ЗГТ), яка широко застосовується у всьому світі [4, 5, 6, 7].

Схеми, режими і тривалість ЗГТ залежить від багатьох факторів (вік, фаза клімактерію, виду операції тощо), необхідність її призначення виникає у 70% жінок з фізіологічною МП і всіх жінок після тотальної овариоектомії [2, 7]. Однак ряд авторів рахують, що у 15-20% жінок поряд ЗГТ необхідно застосовувати додаткові лікувальні засоби. Немає також спільної думки щодо тривалості ЗГТ. При цьому одні автори вказують на достатність курсу лікування протягом 3-6 міс, інші – визнають більш перспективним довготривале лікування протягом 5 років і більше [6, 8].

Найчастіше курс ЗГТ призначають у віці 45-65 років, але у випадку хірургічної чи ранньої МП її призначають у віці до 40-45 років. При цьому основним принципом ЗГТ є застосування мінімальної фізіологічної концентрації естрогенів. Найча-

стіше застосовують мікронізований 17-в-естрадіол, естрадіол-валерат та естрадіол-бензоат, які метаболізуються в печінці в натуральний ест радіол. Також існують препарати, які менш активні у відношенні КТ – естрон та естріол [4, 5, 8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Загальноклінічне дослідження проводилося за стандартною схемою, що передбачає з'ясування скарг на момент обстеження, анамнезу, а також об'єктивне терапевтичне і гінекологічне обстеження.

Для вирішення поставлених завдань нами обстежено 134 жінки у віці від 40 до 50 років, які були розділені наступним чином:

I – група порівняння – 42 (31,3 %) жінки з фізіологічною менопаузою середнім віком $45,32 \pm 2,64$ роки та тривалістю перебування їх в менопаузі $2,88 \pm 0,62$ роки;

II – основна група – 63 (47,0 %) жінки з постоваріоектомічною менопаузою середній вік яких склав $44,61 \pm 2,08$ років, а середній термін після операції $2,32 \pm 0,98$ роки;

III – контрольна група – 29 (21,7%) жінок із збереженим фізіологічним менструальним циклом середнім віком $44,69 \pm 1,02$ роки.

Розподіл жінок порівняльної і основної груп на підгрупи базувався на даних наукових досліджень цілого ряду авторів про наявність десинхронізованих змін у перебігу патологічних процесів, пов'язаних з гормональним дефіцитом в результаті фізіологічного [підгрупа Ia з терміном тривалості менопаузи до 2 років – 22 жінки (52,4%) і підгрупа Ib – 20 жінок (47,6%) з тривалістю менопаузи від 2 до 5 років] або оперативного виключення функції яєчників [відповідно IIa – 41 жінка (65,1%) і IIб – 22 жінки (34,9%)] залежно від тривалості менопаузи [8].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Хірургічне виключення яєчників супроводжується розвитком постоваріоектомічного синдрому (ПОС), що виявляється у вигляді нейровегетативних, психоемоційних та обмінно-ендокринних порушень, вираженість яких значною мірою визначається тривалістю післяопераційного періоду.

Відповідно до отриманих даних нейровегетативного-синдрому (НВС), жінки після тотальної оваріоектомії найчастіше скаржилися на головний біль, погану переносимість високої температури навколишнього середовища, підвищення артеріального тиску, порушення сну, що виражається через нічні приливи. В загальному спостерігається неоднорідність тенденцій зниження чи наростання симптомів НВС залежно від часу і генезу гіпоестрогенії. Так у період від двох до п'яти років після оперативного втручання відмічається зменшення (майже в 1,6 раза) кількості жінок із скаргами на приливи і супроводжуючу їх підвищену пітливість, майже в 1,5 раза зменшуються скарги на головний біль. Відносно більшості інших патологічних симптомів спосте-

рігається або зменшення частоти проявів НВС, або ж їх відносна стабілізація. Хоча необхідно відмітити збільшення відсотку скарг на вестибулопатії, сухість шкіри, схильність до набряків.

При порівнянні груп необхідно відзначити зниження відсотку проявів нейровегетативного синдрому різного ступеня тяжкості у жінок з ПОС на 3,5%, а при фізіологічній менопаузі на 6,8%. Це вказує на порушення адаптаційних механізмів у жінок після оваріоектомії, які пов'язані із швидким виключенням функції яєчників.

Отримані дані психоемоційних порушень, як один із ранніх проявів ПОС, що істотно погіршує якість життя жінок пізнього репродуктивного віку демонструють, що у обох групах від двох до п'яти років спостерігається тенденція до зниження усіх скарг психоемоційного симптомокомплексу (ПЕС), окрім порушення лібідо. Більш виражені зміни спостерігаються у жінок після тотальної оваріоектомії, а саме зменшуються: подразливість і плаксивість на 18,7%; зниження працездатності на 21,8%; пригнічений настрій на 16,2%. Необхідно відзначити, що достовірно зростає відсоток жінок із фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії, які відзначають у себе порушення (підвищення чи зниження) статевого потягу відповідно в 2,1 та 1,7 раза.

Встановлено, що у жінок після оваріоектомії по відношенню до фізіологічної менопаузи до двох років симптоми ПЕС зустрічаються частіше – в середньому на 18,8%, від двох до п'яти років – на 10,4%. Таким чином, різниця між показниками ПЕС у жінок обох груп до п'яти років стає майже в двічі меншою. Це дозволяє стверджувати, що з часом відмінності перебігу ПЕС у жінок обох досліджуваних груп будуть зменшуватися.

Необхідно відмітити, що до п'яти років і при фізіологічній менопаузі, і при ПОС знижується відсоток жінок з ПЕС – на 11,8% та 17,8% відповідно, а також спостерігається зменшення середнього та відсутність важкого ступеня тяжкості перебігу даного синдрому.

Динаміка обмінно-ендокринного синдрому (ОЕС), який відноситься до пізніх проявів стану гіпоестрогенії, говорить про те, що вже до двох років після операції жінки частіше всього (в середньому у 46,3%) скаржилися на біль в м'язах і суглобах і від двох до п'яти років кількість їх збільшилася до 72,7%. Майже у кожній другій жінки спостерігається ожиріння різного ступеня важкості. Однак, оцінювати його як прояв ПОС, достатньо складно, оскільки, наприклад, в групі порівняння всього 31,8% жінок відзначали, що вони мають підвищену масу тіла.

Серед жінок після оваріоектомії спостерігається поступове, але статистично достовірне збільшення кількості жінок із скаргами на біль в кістках (з 21,9% до 40,9%). Після двох років спостерігається достовірне зростання кількості

жінок з порушеннями з боку щитовидної залози (з 4,8% до 36,3%), стрімке зростання ознак атрофії статевих органів (з 12,2 до 81,8%).

Однією із ознак ОЕС є атрофія статевих органів. Наявність атрофічного вагініту у обстежених жінок визначалася за скаргами: на відчуття печії, свербіння, сухість у піхві, дискомфорт і біль при статевому контакті. На сухість піхви і супутній йому дискомфорт та болючість при статевому житті в основній групі скаржилися 12 жінок (29,3%) в період до 2-х років після операції, після 2 років дані скарги вже пред'являли 15 жінок (68,2%). В групі порівняння аналогічні порушення відзначали 2 жінки (9,1%) до 2 років та 9 (45,0%) від 2 до 5 років менопаузи.

Аналізуючи показники вагінального здоров'я, вже до 2 років фізіологічної менопаузи зустрічається в двох випадках помірна (9,1 %) і десяти – незначна атрофія (45,5%), а при ПОС – 28 випадків: 4,9% – виражена, 24,4% – помірна, 39,0% – незначна атрофія. Таким чином, вже до двох років гіпоестрогенії нормальні показники вагінального здоров'я при ПОС зустрічаються

майже в 1,5 рази рідше ніж при фізіологічній менопаузі ($p < 0,05$). Це пов'язано з різким виключенням дії статевих гормонів на організми. Від 2 до 5 років частота і ступінь атрофічних змін прогресують, так у жінок із фізіологічною менопаузою лише в 10 % виявлена норма, а після тотальної овариоектомії в 100% спостерігалися зміни слизової піхви.

Таким чином, при хірургічній менопаузі мають місце ранні (в період до 2 років менопаузи) глибокі патологічні порушення зі сторони слизової оболонки піхви, тоді як при фізіологічній менопаузі атрофічні процеси виникають пізніше – в період від 2 до 5 років менопаузи.

Як видно, з представлених вище даних, обмінно-ендокринний синдром із збільшенням періоду гіпоестрогенії, поступово прогресує і не залежить від її причини (в результаті хірургічного втручання або фізіологічної менопаузи).

Повну характеристику клінічної важкості ПОС і фізіологічної менопаузи дає показник модифікованого менопаузального індексу (ММІ), об'єднуючий всі вище вивчені симптомокомплекси (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка модифікованого менопаузального індексу по важкості клінічного перебігу у жінок досліджуваних груп

ММІ	Групи									
	Ia (n=22)		IIa (n=41)		Iб (n=20)		IIб (n=22)		III (n=29)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легка	13	59,1 ^{об}	18	43,9 ^{ар}	14	70,0 ^{ар}	13	59,1 ^{об}	1	3,4
Середня	8	36,4 ^б	16	39,0	5	25,0 ^а	6	27,3 ^о	1	3,4
Важка	1	4,5 ^о	7	17,1 ^{ар}	0	0	2	9,1 ^{об}	0	0

Примітка: в усіх випадках спостерігалася достовірна різниця відносно III групи жінок ($p < 0,05$); 1. а – достовірна різниця відносно Ia групи жінок ($p < 0,05$); 2. б – те ж щодо IIa групи жінок ($p < 0,05$); 3. в – те ж щодо Iб групи жінок ($p < 0,05$); 4. г – те ж щодо IIб групи жінок ($p < 0,05$).

У жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної овариоектомії до двох років стовідсотково відмічалися прояви клімактеричного синдрому, до п'яти років відсоток знизився до 95% та 95,5% відповідно, окрім того зменшується важкість перебігу даного синдрому. Так, у жінок обох груп до двох років гіпоестрогенії в 4,5% та 17,1% випадків спостерігався тяжкий клінічний перебіг фізіологічної і хірургічної менопаузи, а від двох до п'яти років зменшився до 0% і 9,1% відповідно. Майже в 1,5 рази знижуються показники середнього ступеня важкості у обох групах. Але необхідно відмітити, що середній і важкий ступінь до двох років менопаузи зустрічається на 15,2%, а до п'яти років на 11,4% частіше в прооперованих жінок. Це вказує на більш тяжкий перебіг клімактеричного синдрому у жінок з ПОС, хоча з часом спостерігається тенденція до нівелювання різниці.

Незважаючи на незначне зниження відсотку та тяжкості перебігу ММІ з часом (див. табл. 1), його усереднений відсоток зростає у обох гру-

пах, що пов'язано із зростанням ОЕС, а саме таких симптомів, як: біль у м'язах, суглобах; біль у кістках; атрофія статевих органів.

ВИСНОВОК. Виявлено достовірний взаємозв'язок між клінічною симптоматикою, гормональним статусом і ступенем атрофічних процесів слизової оболонки піхви у жінок після тотальної овариоектомії та при фізіологічній менопаузі. Так у основній і порівняльній групах відмічається зниження відсотків симптоматики нейровегетативного (на 3,5-6,8%) і психоемоційного (на 17,8-11,8%) синдромів та поступове прогресування обмінно-ендокринного синдрому (на 41,5%-44,5%). Вже до двох років гіпоестрогенії нормальні показники вагінального здоров'я в основній групі зустрічаються майже в 1,5 рази рідше, ніж в групі порівняння ($p < 0,05$), а від двох до п'яти років частота і ступінь атрофічних змін прогресують.

Таким чином, хірургічне виключення яєчників у жінок репродуктивного віку призводить до

стійкої втрати здоров'я, фізичної працездатності і психоемоційної дезадаптації, а тому потребує медикаментозної корекції для покращення якості життя та профілактики пізніх клімактеричних розладів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

У подальших дослідженнях ми плануємо про-

довжувати вивчення нейровегетативних, психоемоційних та обмінно-ендокринних порушень у жінок 40-50 років при фізіологічній та хірургічній менопаузі. А також досліджуватиметься вплив замісної гормональної терапії на клінічні прояви клімактерію, в залежності від схем і тривалості лікування даної категорії жінок.

Література

1. Йен С.К. Репродуктивная эндокринология / С.К. Йен, Р.Б. Джаффе Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998. – Т.1. – 704 с.
2. Кулаков В.И. Аффективные расстройства после овариоэктомии: психосоматические и терапевтические аспекты / В.И. Кулаков, В.П. Сметник, В.Н. Краснов. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. – №2. – С. 26–29.
3. Татарчук Т.Ф. Особливості перебігу клімактеричного синдрому у жінок з ранньою менопаузою / Т.Ф. Татарчук // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1998. – №1 (додаток). – С. 33–36.
4. Звычайный М.А. Эффективность и безопасность заместительной гормональной терапии препаратом «Фемостон» у женщин с дефицитом половых стероидов / М.А. Звычайный, А.В. Воронова, Е.Ю. Орлов // Терапевтический архив. – 2006. – №10. – С. 71–74.
5. Куріцин А.В. Досвід застосування замісної гор-

мональної терапії після хірургічного втручання на матці та яєчниках / А.В. Куріцин, О.М. Юзько, О.А. Андрієць / Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т.5, №4. – С. 76–78.

6. Сметник В.П. Влияние монофазной комбинированной ЗГТ: трансдермальный эстрадиол (Дивигель) и пероральный дидрогестерон (Дюфастон) – на костную ткань у женщин в постменопаузе со сниженной МПКТ / В.П. Сметник, А.А. Дьяконова // Климактерий. – 2001. – №4. – С. 12–13.

7. Dzyak G.V. Risk factors of the development of arterial hypertension in surgically postmenopausal women / G.V. Dzyak, N.K. Kryzhanovska // Menopause Review. 1th Congress of the Federation of National European Menopause Societies. – 2000. – Vol.5, №1. – P.59–60

8. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу / Л.И. Беневоленская. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

УДК 618.36:616-006.52:576.371 + 616-018

В.В. Подольський, Т.Д. Задорожна, О.І. Єщенко, А.В.Дербак

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ ВІД ЖІНОК З ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ ВІД ЖІНОК З ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ. Аналіз отриманих даних дослідження плацент жінок, інфікованих папіломавірусною інфекцією, які не лікувались і при дисплазії багат шарового плоского епітелію II-III ступеня, виявив поширені зміни в децидуальній оболонці, вневорсинчастому трофобласті з виразними проявами апоптозу децидуальних клітин і клітин цитотрофобласта, в яких також відмічалась висока експресія проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену в ядрах та СЕА і р16 в цитоплазмі на фоні плацентарної недостатності і середнього ступеня виразності компенсаторних реакцій.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ОТ ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. Анализ полученных данных исследования плацент женщин, инфицированных папилломавирусной инфекцией, которые не лечились и при дисплазии многослойного плоского эпителия II-III степени, выявил распространенные изменения в децидуальной оболочке, вневорсинчастом трофобласте с выраженными апоптотическими изменениями децидуальных клеток и клеток цитотрофобласта, в которых также отмечалась высокая экспрессия пролиферативно-клеточно-нуклеарного антигена в ядрах и СЕА и р16 в цитоплазме на фоне плацентарной недостаточности и средней степени выраженности компенсаторных реакций.

MORPHOLOGICAL AND IMMUNOGISTOCHEMICAL PECULIARITIES OF PLACENTAS FROM WOMEN WITH PAPILLOMAVIRAL INFECTION. Analysis of the received data of research of placentas of women of infected by a papillomaviral infection, which did not treat oneself and at dysplasia of multi-layered flat epithelium II-III degrees, exposed widespread changes in decidual sheath, with the expressed