

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 багатoshарового 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

apoptosis changes of decidual cells and cells of cytotrophoblast in which also high expression registered antigen in kernels and SEA and p16 in a cytoplasm on a background of placenta insufficiency and middle degree of expressed of compensate reactions.

Ключові слова: вагітність, плацента, папіломавірусна інфекція, СЕА, р16.

Ключевые слова: беременность, плацента, папилломавирусная инфекция, СЕА, р16

Key words: pregnancy, placenta, papillomaviral infection, SEA, p16.

ВСТУП. Вірус папіломи людини (HPV) є інфекційним агентом, біля 35 типів якого викликають пошкодження шкіри та слизових оболонок статевих органів. На сьогоднішній день папіломавірусна інфекція (ПВІ) є однією з найбільш поширених і важливих інфекцій [1, 2], якою інфікована більша частина сексуально активного населення. Максимум інфікування ПВІ припадає на вік 18-25 років, що включає найбільш активний репродуктивний вік. Папіломавіруси інфікують проліферуючі епітеліальні клітини базального шару епітелію і відрізняються високою тропністю власне до цього типу клітин [3, 4]. Особливо швидкий ріст кондилом відмічається у вагітних [5]. Морфологічні дослідження змін в структурах плаценти при ПВІ були виконані в поодиноких дослідженнях на культурі тканини цитотрофобласта [6].

Метою даного дослідження стало вивчення морфологічних та імуногістохімічних особливостей плацент від жінок з ПВІ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Було досліджено плаценти від жінок з ПВІ, які не лікувались (2 група), отримували лікування до вагітності (3 група), з дисплазією багат шарового плоского епітелію ектоцервікса помірного і важкого ступеня (CIN 2-3 ступеня) (4 група) у порівнянні з плацентами від жінок без ПВІ з фізіологічним перебігом вагітності та пологів (1 група). Для вирішення поставлених завдань у дослідженні були використані наступні методи: органомеричний, який включає вимірювання маси плаценти, її розмірів (максимальний та мінімальний діаметр, максимальну та мінімальну товщину), діаметр та товщину пупкового канатика, а також плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК); макроскопічний - визначалась цілісність тканин плаценти, її реконструкція; загально-гістологічний, який проводили за стандартною схемою. Матеріал обробляли в парафінній заливці, зрізи фарбували гематоксиліном-еозинном та пікрофуксином за ван-Гізон; імуногістохімічні, за допомогою непрямого стрептавидін-пероксидазного методу виявлення рівня експресії PCNA. СЕА та р16. Оцінка результатів імуногістохімічної реакції здійснюється за допомогою методів, прийнятих в імуногістохімії. Розповсюдженість та інтенсивність реакції оцінювали напівкількісним методом в балах, від 0 до 3 балів: розповсюдженість: 0 – немає забарвлення; 1 – менше 10 % позитивно

забарвлених клітин; 2 – більше 10 % і менше 50 % позитивно забарвлених клітин; 3- гомогенне забарвлення більше 50 % клітин; інтенсивності реакції: 0 – немає видимого забарвлення; 1 – слабке забарвлення; 2 – помірне забарвлення; 3 – виразне забарвлення. Дані дослідження були занесені до протоколу дослідження плаценти (форма №013-2/0, згідно наказу МОЗ України №417 «Про удосконалення діячої патологоанатомічної служби»).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналіз отриманих даних дослідження плацент від жінок з ПВІ в анамнезі виявив деякі загальні зміни в плаценті в усіх групах дослідження, які стосуються вогнищевих розладів кровообігу у вигляді крововиливів у міжворсинчастий простір, повнокров'я судин ворсин, набряку їх строми та розповсюджених вогнищ фібриноїдних мас. Однак слід відмітити, що кожна група досліджень мала і свої особливості. В плацентах від жінок з ПВІ, які не лікувались до вагітності, більш виразними були зміни в децидуальній оболонці у вигляді її нерівномірного потовщення та змін в децидуальних клітинах у вигляді апоптозу на різних стадіях, наявності багатоядерних клітин, клітин зі збільшеними ядрами та ініційованими ядерцями. В плацентах цієї групи відмічається збільшення кількості фібриноїдних мас, які оточують, переважно, безсудинні ворсини з фіброзованою стромою, утворюючи великі конгломерати замурованих у фібриноїд ворсин. У вогнищах вневорсинчастого трофобласта виявляються клітини трофобласта з зруйнованою цитоплазмою і наявністю роздроблених структур, за даними літератури, віруси ПВІ були виявлені саме у вневорсинчастому трофобласті. Поряд із виявленими вогнищевими змінами в структурах плаценти відмічені компенсаторні реакції середнього ступеня виразності.

Імуногістохімічно в плацентах від жінок, які не лікувались, виявлена висока експресія PCNA, в порівнянні з групою контролю, 3 бали, в ядрах синцитію ворсин і трофобласта, розповсюдженість становила 28 % (таблиця 1). Слід відзначити, що в кожному полі зору відмічались крупні ядра з виразною експресією проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену.

В групі жінок з ПВІ, які отримували відповідне лікування, зміни були менш виразні і мали вогнищевий, нерівномірний характер: зменшена кількість та розповсюдженість фібриноїдних

мас та крововиливів у міжворсинчастий простір, фіброзованих ворсинок та вогнищ фіброзу навколо судин, децидуальна оболонка, в більшості плацент, звичайної товщини, зменшена кількість клітин з явищами апоптозу, багатоядерних клітин, відсутні клітини зі збільшеними ядрами

та ініційованими ядерцями. В плацентах цієї групи більш виразні компенсаторні реакції. При імуногістохімічному дослідженні на PCNA, в цій групі, кількість позитивних ядер була зменшена, розповсюдженість проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену становила 17 % (табл. 1).

Таблиця 1. Особливості експресії проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену в плацентах жінок з папіломавірусною інфекцією у порівнянні з групою контролю

Групи жінок	Оцінка результатів імуногістохімічного дослідження					
	PCNA		CEA		P16	
	I*	P**	I*	P**	I*	P**
2	3	28 %		10 %		3 %
3	2	17 %	0	0	0	0
4	3	30 %	2	10 %		20 %
Контрольна	1-2	2-3 %	0	0	0	0

Примітки: * – інтенсивність імуногістохімічної реакції; ** – розповсюдженість імуногістохімічної реакції

В плацентах від жінок з дисплазією 2-3 ступеня, на фоні ворсин, які відповідають терміну гестації, відмічаються вогнища відносної незрілості ворсинчастого дерева за типом варіанта дисоційованого розвитку ворсин, коли поряд із нормальними термінальними ворсинами зустрічаються зони проміжних диференційованих і незрілих ворсин, але на фоні переважання ворсин, які відповідають строку гестації. В більшості плацент спостерігається порушення архітектоники ворсин, виразна макрофагальна реакція, дистрофічні зміни в синцитії, з наявністю крупних клітин, а також периваскулярні фіброзні муфти навколо судин. Відмічаються вогнищеві крововиливи у міжворсинчастий простір, місцями з нейтрофільною інфільтрацією. В децидуальній оболонці, в частині спостережень, виявлено тромбоз судин та поодинокі децидуальні клітини зі збільшеними ядрами. Компенсаторні процеси, у вигляді переважно ангіоматозу судин та утворення нових спеціалізованих термінальних ворсин, мали вогнищевий характер і середній ступінь виразності. Експресія проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену висока (3 бали) і відмічалась в 30 % клітин.

Позитивна експресія канцер – ембріонального антигену (CEA) відмічалась тільки в 2 та 4 групах в цитоплазмі клітин вневорсинчастого цитот-

рофобласту, розповсюдженість реакції 10 %, і вогнищево в цитоплазмі синцитія ворсин. В групі лікованих та контролю реакція відсутня (табл. 1).

Позитивна реакція на p16 виявлена в цитоплазмі синцитію ворсинок і в децидуальній оболонці, в більшості спостережень 2-4 групи дослідження (таблиця 1).

ВИСНОВКИ. Таким чином, аналіз отриманих даних дослідження плацент жінок, інфікованих ПВІ, які не лікувались і при дисплазії багатоядерного плоского епітелію II-III ступеня, виявив поширені зміни в децидуальній оболонці, вневорсинчастому трофобласті з виразним проявом апоптозу децидуальних клітин і клітин цитотрофобласта, в яких також відмічалась висока експресія проліферативно-клітинно-нуклеарного антигену в ядрах та CEA і p16 в цитоплазмі на фоні плацентарної недостатності і середнього ступеня виразності компенсаторних реакцій.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Подальше дослідження морфологічних та імуногістохімічних особливостей плацент від жінок з папіломавірусною інфекцією дозволить попередити патологію в матері та дитини.

Отримані дані дослідження плацент від жінок з папіломавірусною інфекцією дозволять прогнозувати стан плаценти, що значно зменшить перинатальні втрати.

Література

1. Подольський В.В., Дербак А.В. Папіломавірусна інфекція у вагітних жінок – одна з причин плацентарної недостатності //Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні проблеми перинатальної інфекції у вагітних та новонароджених” – К., 9.12.08. – С. 94-69
2. Подольський В.В. Особенности лечения хронических воспалительных заболеваний женских поло-

вых органов в современных условиях //Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии. – Сборник работ. – Одесса, 2003. – С.86-88

3. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство /Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2006. – 640с.

4. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей. М.: Издатель-

ский дом «Русский врач». – 2004. – С.44.

5. Дубенский В.В. Урогенитальная папилломавирусная инфекция (обзор литературы) // Рос. жур. кож. и венер. бол. – 2000. – №5. – С.50-55.

Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция нижнего отдела гениталий: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис...д-ра. мед. наук. – 2003 – 32с.

УДК 618.1:616-093/-098:616.98

В.В. Подольський, В.Л. Дронова, О.В. Луценко

АНАЛІЗ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДАВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

АНАЛІЗ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДАВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ. В статті наведені дані аналізу стану мікробіоценозу урогенітального тракту у ВІЛ-інфікованих жінок в залежності від давності захворювання. Проаналізовано перспективи розробки заходів корекції стану мікроекології статевих шляхів та профілактики поширення ВІЛ-інфекції.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. В статье приведены данные анализа состояния микробиотоза урогенитального тракта у ВИЧ-инфицированных женщин в зависимости от давности заболевания. Проанализировано перспективы разработки мероприятий коррекции состояния микроэкологии половых путей и профилактики распространения ВИЧ-инфекции.

MICROBIOCENOSIS OF SEXUAL ORGANS OF FEMALE WITH HIV-INFECTION. In the articles resulted given to the analysis of the state of microbiocenosis of sexual organs for the HIV-infection women, depending on the remoteness of disease. The prospects of development of measures of correction of the state of microecology of sexual ways and prophylaxis of distribution of HIV-infection are analyzed.

Ключові слова: ВІЛ, мікробіоценоз урогенітальних органів, давність інфікування.

Ключевые слова: ВИЧ, микробиотоз урогенитальных органов, давность инфицирования.

Key words: HIV-infection, microbiocenosis of sexual organs, remoteness of infection.

ВСТУП. На даний час в Україні триває епідемія ВІЛ/СНІД, що викликає особливе занепокоєння з огляду на особливу небезпечність даної інфекції, її здатність викликати безповоротні зміни стану здоров'я та смерть людини. В таких умовах значно зростає роль заходів, спрямованих на попередження інфікування ВІЛ, зокрема, враховуючи особливості розповсюдження ВІЛ-інфекції серед жінок фертильного віку, які належать до найбільш соціально- і сексуально-активної частини населення [1, 2, 3, 4].

Система епідеміологічного нагляду поєднує три взаємозв'язані компоненти: епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією, епідеміологічний нагляд за інфекціями, що передаються статевим шляхом та моніторинг поведінки серед груп населення, уразливих щодо ВІЛ-інфікування. Попри всі чинники розладу здоров'я, не секрет, що з усіх факторів, які впливають на здоров'я населення, одним із важливих є відповідальна поведінка [3, 4].

Аналізуючи проведені раніше дослідження можна стверджувати, що жінки, які хворіють на

хронічні запальні захворювання статевих органів (ХЗЗСО), входять до групи високого ризику щодо зараження ВІЛ. Це обумовлено як особливостями їх сексуальної поведінки (нерозбірливі зв'язки, нетрадиційні форми відносин) так і зниження захисних механізмів, які значно підвищують ризик зараження при контакті з ВІЛ-інфікованими [1, 2, 3, 5]. Доведено, що запальні урогенітальні захворювання, особливо ті, що супроводжуються ерозивними і виразковими проявами, є додатковими факторами високого ризику інфікування ВІЛ-інфекцією, оскільки під час запального процесу при урогенітальних захворюваннях, лейкоцити у вогнищі запалення є клітинами-мішенями для інфекцій які передаються статевим шляхом (ІПСШ) і ВІЛ-інфекції.

Серед великого спектра мікроорганізмів та вірусів, які можуть бути етіологічними факторами виникнення інфекційно-запальних захворювань статевих органів, у жінок, інфікованих ВІЛ, зростає роль грибової інфекції (зокрема кандидозу). Найбільш часто кандидоз проявляється