

Подольський В.В., Чернишов В.П., Касаткіна Т.О.

СТАН ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ*

СТАН ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ. Проведені клініко-лабораторні дослідження дали змогу зробити аналіз стану імунітету в популяції жінок фертильного віку з наркотичною залежністю, що дозволить в подальшому розробити систему заходів для профілактики та корекції порушень стану імунітету у цього контингенту жінок.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ. Проведенные клинико-лабораторные исследования дали возможность сделать анализ состояния иммунитета в популяции женщин фертильного возраста с наркотической зависимостью, что позволит в дальнейшем разработать систему мероприятий для профилактики и коррекции нарушения состояния иммунитета у этого контингента женщин.

STATE OF IMMUNITY IN THE WOMEN OF FERTILE AGE WITH DRUG ADDICTION. Holden clinical-laboratory researches gave possibility to produce analysis of state of immunity of reproductive organs in the women of the fertile age which are under the influence of narcotic action, how permit in future to produce system of measure for prevention and correction of state of immunity in these women.

Ключові слова: клініко-епідеміологічні дослідження, репродуктивне здоров'я, стан імунітету, наркотична залежність.

Ключевые слова: клинико-эпидемиологические исследования, репродуктивное здоровье, состояние иммунитета, наркотическая зависимость.

Key words: clinical-epidemiological researches, state of immunity, reproductive health, drug addiction.

ВСТУП. На сьогодні велике значення приділяється вивченню імунологічних механізмів, що забезпечують нормальний перебіг процесів репродукції [1]. З позицій сучасної імунології, місцева протиінфекційна резистентність забезпечується складним комплексом захисних механізмів, що включають в себе анатомо-фізіологічні особливості слизових, секреторну імунну систему, фагоцитуючі клітини, гуморальні фактори, нормальну мікрофлору [2, 3, 4]. Фактори місцевого імунітету репродуктивного тракту на рівні піхви і шийки матки є першою лінією протиінфекційного захисту, що попереджають або обмежують розмноження мікроорганізмів і перешкоджають їхньому проникненню у верхній відділ статевих органів. Цитокіни відіграють визначальну роль в імунній відповіді. Вони беруть участь у розвитку запального процесу і відіграють важливу роль в пошкодженні клітин організму, активуючи цитотоксичні ефекторні механізми. Визначення їх концентрації в крові дає інформацію про функціональну активність різних типів імунокомпетентних клітин; про тяжкість запального процесу, його перехід на системний рівень і про прогноз захворювання [5, 6, 7].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під час клініко-лабораторного дослідження стану імунітету, жінки з наркотичною залежністю були поділені на 3 групи: 1-а – з залежністю від кількох наркотичних речовин (20), 2-а група – з залежністю від опіоїдів (17), 3-я група – з залежністю від снодійних чи седативних речовин (15), 4-а група – здорові жінки (15). Проаналізовано динаміку змін концен-

трації медіаторів запальної відповіді (IL-1в, ФНПб) та розчинного рецептора CD-25 у жінок фертильного віку з наркотичною залежністю.

За допомогою імуноферментного аналізу (ELISA) у сироватці крові пацієнток вивчали рівні цитокінів: IL-1в, ФНПб та розчинного рецептора CD-25 (sIL-2R).

Також визначали концентрацію імуноглобулінів класів G, A, M (1g G, A, M) за методом простої радіальної імунодифузії в агаровому гелі з використанням антисироваток відповідної специфічності, а також стандартів Ig людини класів G, A, M, з Ig A (Предприятие по производству бакпрепаратов НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Россия; "Биомед", Россия).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. З боку клітинного імунітету спостерігалось достовірне підвищення концентрації цитокінів в сироватці крові в усіх групах жінок. Рівень ФНПб в 1-й групі складав (19,6±5,6) пг/мл, в 2-й групі (18,7±5,3) пг/мл. Відмічається помірне підвищення ФНПб в 3-й групі - (7,4±2,5) пг/мл, що може вказувати на дещо менші патологічні зміни клітинного імунітету в даній групі обстежених.

При більш поглибленому аналізі стану клітинного імунітету, встановлено збільшення розчинного рецептора CD-25 (sIL-2R), який є достовірним маркером клітинної активації в сироватці крові, рівень цього рецептора може достовірно показати стан клітинного імунітету. В 1-й групі sCD-25 складав (6,8±1,9) нг/м, в 2-й групі – (5,7±1,6) нг/м, в 3-й групі жінок цей показник

був дещо меншим, ніж в перших двох групах, та складав $(3,2 \pm 1,03)$ нг/м. Визначено підвищення, майже в три рази ІЛ-6, особливо у жінок пер-

шої групи $(14,1 \pm 3,8)$ пг/мл. В 2-й та 3-й групі обстежених вміст ІЛ-6 був дещо менший - $(9,9 \pm 2,6)$ пг/мл та $(4,7 \pm 1,3)$ пг/мл (табл. 1).

Таблиця 1. Вміст цитокінів та розчинного рецептора CD-25 у крові жінок фертильного віку з наркотичною залежністю (Mean±SE)

| Групи жінок | n | Цитокіни | | |
|---------------|----|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | ІЛ-6 (пг/мл) | sCD-25 нг/м | ФНП-α (пг/мл) |
| 1-а | 20 | $(14,1 \pm 3,8)^*$ | $(6,8 \pm 1,9)^*$ | $(19,6 \pm 5,6)^*$ |
| 2-а | 17 | $(9,9 \pm 2,6)^*$ | $(5,7 \pm 1,6)^*$ | $(18,7 \pm 5,3)^*$ |
| 3-я | 15 | $(4,7 \pm 1,3)^*$ | $(3,2 \pm 1,03)^*$ | $(7,4 \pm 2,5)^*$ |
| Здорові жінки | 15 | $2,8 \pm 0,8$ | $1,3 \pm 0,4$ | $3,1 \pm 1,02$ |

Примітка: * – $P < 0,05$ порівняно з контролем за t-тестом Стьюдента для виявлення достовірних відмінностей між середніми значеннями

В результаті проведення клініко-лабораторних досліджень серед жінок з наркотичною залежністю були виявлені суттєві зміни вродженого та набутого імунітету. Порушення специфічного гуморального імунітету проявлялись суттєвим підвищенням Іg А в 1-й та 2-й групі жінок. Даний показник відіграє важливу роль у захисті слизових оболонок дихальних і травних трактів, сечостатевої системи. В 1-й групі обстежених жінок даний показник становив $(2,19 \pm 1,71)$ г/л, в 2-й групі - $(2,16 \pm 1,13)$ г/л. В 3-й групі, даний показник підвищувався незначно, становив $(1,93 \pm 0,83)$ г/л. В результаті дослідження виявлено незначне зниження концентрації Іg G в 1-й $(9,77 \pm 1,67)$ г/л та 2-й групі $(10,01 \pm 2,01)$ г/л жінок та 3-й групі жінок, становила $(10,05 \pm 2,71)$ г/л, по відношенню до жінок контрольної групи, що складало $(10,58 \pm 1,26)$ г/л. Концентрація Іg М в усіх групах обстежених була знижена, що

може вказувати на зниження первинної імунної відповіді організму на інфекційні агенти. Найбільше зменшення спостерігалось в 1-й $(1,58 \pm 0,71)$ г/л та 2-й групі жінок $(1,51 \pm 0,7)$ г/л. Незначне зниження концентрації Іg М було відмічено в 3-й групі $(1,06 \pm 1,15)$ г/л. Значне підвищення концентрації Іg А та зниження Іg М у обстежених жінок можна розглядати як первинні порушення синтезу імуноглобулінів у вигляді дисімуноглобулінемії та реакцію організму на підвищений інфекційний індекс (табл. 2).

При визначенні стану природженого імунітету з'ясувалось, що рівень лізоциму в 1-й групі жінок був дещо зниженим та становив $(0,012 \pm 0,003)$ г/л, в 2-й - $(0,015 \pm 0,004)$ г/л. В 3-й групі $(0,02 \pm 0,005)$ г/л суттєвих відмінностей в концентрації лізоциму не виявлено, що може вказувати на те, що у жінок даних груп не відмічено суттєвих змін неспецифічного захисту організму.

Таблиця 2. Рівні імуноглобулінів та лізоциму у жінок з наркотичною залежністю (Mean±SE) (гуморальний)

| Група жінок | n | Іg G | Іg А | Іg М | Лізоцим |
|---------------|----|------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| 1-а | 20 | $9,77 \pm 1,67$ | $(2,19 \pm 1,71)^*$ | $(1,58 \pm 0,71)^*$ | $0,012 \pm 0,003$ |
| 2-а | 17 | $10,01 \pm 2,01$ | $(2,16 \pm 0,83)^*$ | $(1,51 \pm 0,7)^*$ | $0,015 \pm 0,004$ |
| 3-я | 15 | $10,05 \pm 2,71$ | $(1,93 \pm 1,23)^*$ | $1,06 \pm 0,15$ | $0,02 \pm 0,005$ |
| Здорові жінки | 15 | $10,58 \pm 1,26$ | $1,39 \pm 0,39$ | $1,77 \pm 0,28$ | $0,02 \pm 0,006$ |

Примітка: * – $P < 0,05$ порівняно з контролем за t-тестом Стьюдента для виявлення достовірних відмінностей між середніми значеннями

ВИСНОВКИ. 1. В результаті проведення клініко-лабораторних досліджень серед жінок з наркотичною залежністю виявлені суттєві зміни вродженого та набутого імунітету, що можна розглядати як первинні порушення синтезу імуноглобулінів у вигляді дисімуноглобулінемії та реакцію організму на підвищений інфекційний індекс.

2. Різноманітні прояви ПРЗ у жінок з наркотичною залежністю можуть бути зумовлені, також,

дією основних прозапальних цитокінів – ІЛ-6, ФНП-б та розчинного рецептора sCD-25 до ІЛ-2, що необхідно враховувати при корекції ПРЗ.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Вперше проведено клініко-лабораторні дослідження серед жінок з наркотичною залежністю та виявлено суттєві зміни вродженого та набутого імунітету. На основі цих досліджень можуть бути розроблені лікувальні методи для корекції цих змін.

Література

1. Подольський В.В., Касаткіна Т.О. Стан репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку, які перебувають під впливом наркотичної інтоксикації / Подольський В.В., Касаткіна Т.О. //Здоров'я жінчини. – № 5 (41). – 2009
2. Мьюсо А.И. Наркология / А.И. Минко, И.В. Линский. – М. : Эксмо, 2004. – 736 с.
3. Мішиєв В.Д. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів: клініка, діагностика, терапія / В.Д. Мішиєв. – Львів : Видавництво Мс, 2005. – 200с.
4. Дранік Г. Н. Клінічна імунологія та алергологія / Київ Поліграф плюс – 2006. – С. 58–62, 34–57
5. Овчаренко М.О. Динаміка концентрації фактора некрозу пухлини-альфа (ФНП-АЛЬФА) в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність /М.О. Овчаренко, І.К. Сосін, Л.Л.Пінський, Т.М. Овчаренко // <http://docs.google.com/viewer>. УДК 616.89-008.441.3
6. Овчаренко М.О. Вміст інтерлейкіну-6 в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність /М.О.Овчаренко // <http://docs.google.com/viewer>. УДК 616.89-008.441.3
7. Correlations among the serum levels of some interleukins and the histopathological aspects in hronic viral hepatitis C / C.S. Avramescu, V. Comanescu, S.N. Popescuscu [et al.] // Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2008. – Jv 49(1).-P. 57-62.

УДК 618.398-02:(43+616-053.34).

Л.Б. Маркін, С.Р. Смуток

ЧИННИКИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ЗАПІЗНИЛИХ ПОЛОГАХ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЧИННИКИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ЗАПІЗНИЛИХ ПОЛОГАХ. Досліджені особливості перебігу пологів при перенесеній вагітності. Доведено, що провідними чинниками перинатальної патології при запізнилих пологах є аномалії скоротливої діяльності матки.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ. Исследованы особенности хода родов при перенесенной беременности. Доказано, что ведущими факторами перинатальной патологии при запоздалых родах являются аномалии сократительной деятельности матки.

RISK FACTORS OF PERINATAL PATHOLOGY AT POSTMATURE BIRTH. The peculiarities of delivery course in womens' postmature pregnancy have been studied. It has been proved that the main factors of perinatal pathology in womens' delayed labor are the disorders of the uterine contractions.

Ключові слова: запізнілі пологи, аномалії родів, дистрес плода

Ключевые слова: запоздалые роды, аномалии родов, дистрес плода

Key words: postmature birth, labor anomalies, fetal distress.

ВСТУП. Однією з актуальних проблем сучасної перинатальної медицини є перенесення вагітності (ПВ) (шифр МКБ – 10-048). Перенесеною вважається вагітність, яка продовжується більше 42 повних тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього менструального циклу і завершується запізнілими пологами (ЗП) [4,1]. Частота ПВ сягає 14% і супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності та материнських ускладнень [5, 3, 7].

Мета роботи полягала у визначенні провідних чинників ризику розвитку дистресу плода при ЗП.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Групу спостереження склали 15 жінок з ПВ. При визначенні гестаційного терміну враховували

дату останньої менструації (280 діб або правило Негеле), запліднення (в середньому 266 діб), овуляції (266 діб або модифіковане правило Негеле), першого відвідування жіночої консультації, відчуття вагітною перших рухів плода.

Оцінку стану плода проводили за шкалою, наведеною у клінічному протоколі з акушерської допомоги „Затримка росту плода” (наказ МОЗУ від 29.12.05, № 782).

Кардіомонітором 8030А фірми „Hewlett-Packard” (США) здійснювали динамічний контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода. Вагітним надавали напівфолерівського положення. Запис кардіотахограми (КТГ) здійснювали протягом 20 хв на стрічці, що рухалась зі швидкістю 1 см/хв. При аналізі КТГ враховува-