

продуктивних втрат, особливо до перших пологів. Негативний вплив доведено для паління. Серед супутньої гінекологічної патології достовірно значущими виявились: альгодисменорея, безпліддя, СПКЯ, поліпи ендометрію, ендометріоз, лейоміома матки, запальні захворювання статевих органів. Серед ендокринних порушень мали значення наявність гіперпролактинемії та порушення функції ЩЗ. Тривала (більше 12 місяців) лактація та пізніший вік менархе продемонстрували захисний ефект.

УДК: 618.176-097-02:616.36-002

## **РОЛЬ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ**

*ЛИМАР Л.Є., ВДОВИЧЕНКО Ю.П., ЛИМАР Н.А.,  
МАЛАНЧУК Л.М., МАЛАНЧИН І.М.*

м. Тернопіль, м. Київ

Проблема порушень менструальної функції, зокрема, олігоменореї займає одне з чільних місць серед дисгормональних захворювань репродуктивної системи і продовжує бути актуальною, оскільки призводить не лише до зниження якості життя, але й до проблем у реалізації репродуктивної функції. Зростання супутньої патології, зокрема хронічних гепатитів (ХГ), з одного боку, усугубляє перебіг гінекологічної патології, з іншого – обмежує можливість застосування лікарських засобів, які часто мають побічний негативний вплив на печінку. Крім цього, значний відсоток жінок з олігоменореєю планують реалізувати репродуктивну функцію. Науковці продовжують активний пошук адекватного лікування олігоменореї на тлі супутньої патології. [1-5,7,8]. Комплексна терапія повинна включати засоби, які б мали не лише добрий лікувальний ефект, не викликала вираженої побічної дії на організм та забезпечувала стійку ремісію супутньої патології. Вивчені результати клінічних, ехографічних, біохімічних, імунологічних досліджень у жінок з олігоменореєю та ХГ. Обстежено 60 жінок з олігоменореєю, які страждають хронічними гепатитами. Розроблена методика комплексної терапії із застосуванням галстени, аргініну гідрохлориду, ізопринозину.

### **Матеріали і методи дослідження**

Нами обстежено 60 жінок з ПМФ та ХГ, які були розділені на 2 групи. До 1 групи ввійшли 30 жінок, які отримували традиційну терапію, до 2 групи - 30 жінок, яким проводилось лікування за запропонованою схемою. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок. Традиційна терапія екстрагенітальної патології проводилась лише при маніфестації клінічних проявів захворювання симптоматичними середниками у поєднанні з антибактеріальними засобами [1-3,6].

Запропонована нами терапія включала аргініну гідрохлорид, який чинить антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, антирадикальну, дезінтоксикаційну дію, відіграє певну роль у підтриманні гормонального балансу в організмі, має гепатопротекторну дію, позитивно впливає на процеси енергозабезпечення в гепатоцитах; стимулює діяльність вилочкової залози, що продукує Т-клітини, регулює вміст глюкози в крові під час фізичного навантаження, та ізопринозин – противірусний засіб з імуномодельючими властивостями. що діє на імунну систему та клітинну імунну відповідь, підвищує власні захисні сили організму проти вірусних інфекцій та разом з тим пригнічує розмноження вірусів. Всім пацієнткам проводилось клінічне обстеження, УЗД геніталій, органів черевної порожнини, лабораторне обстеження згідно протоколу МОЗ України: клінічне дослідження крові, сечі, визначення глюкози, білірубину, холестерину, білка, трансаміназ в крові, дослідження маркерів вірусних гепатитів В,С. Імунологічні дослідження проводили шляхом визначення загальної популяції Т-лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів (Тх), Т-супресорів (Тс), співвідношення Тх/Тс, В-лімфоцитів. Статистичну обробку отрима-

них даних виконано у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statistica.

### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах  $23,6 \pm 2,5$  і  $23,7 \pm 2,3$  роки, у контрольній –  $23,5 \pm 2,3$  роки. У всіх пацієнток діагностовано хронічний гепатит. У 18 пацієнток 1 групи та у 17 пацієнток 2 групи спостерігався невірусний гепатит, у 6 пацієнток 1 групи і 7 пацієнток 2 групи – вірусний гепатит В; у 6 пацієнток 1 групи та у 6 пацієнток 2 групи – вірусний гепатит С. ХГ спостерігались від 3,0 до 12,0 років. Олігоменорея у жінок 1 групи спостерігались від 2,0 до 5,0 років, у жінок 2 групи від 2,5 до 6,0 років. Пацієнтки знаходились під спостереженням протягом 1 року. Обстеження проводилось до лікування, після лікування та через 1 рік після лікування. В 1 групі спостерігалась урогенітальна інфекція у 26 (86,7 %) пацієнток, загострення відмічались двічі впродовж 1 року у 23 (76,7 %).

В 2 групі урогенітальні інфекції відмічались у 27 (90,0 %), причому, загострення відмічалось у 26 (86,7 %) пацієнток. Тривалість менструального циклу в 1 групі склала 38,3 дня, в 2 групі 39,8 дня. Вказані показники підтверджують літературні дані [1, 3].

Таблиця 1

### Показники клітинного імунітету

Показник	1 група (n=30)		2 група (n=30)		Контроль (n=20)
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Т-лімфоцити, %	42,07±0,80	48,60±1,00*	40,83±0,58	54,70±0,95*	59,20±1,41
Т-хелпери, %	28,13±0,58	35,33±0,61*	26,80±0,51	36,57±0,71*	40,05±0,73
Т-супресори, %	19,27±0,55	16,57±0,43*	19,30±0,45	15,97±0,39*	17,05±0,47
В-лімфоцити, %	7,83±0,24	8,97±0,23*	7,87±0,23	9,00±0,23*	9,50±0,30

Примітка.\* – достовірність порівняння із показниками до лікування ( $p < 0,05$ )

Біохімічні дослідження у жінок 1 групи до лікування виявили достовірне підвищення трансаміназ на тлі загострення ХГ, які знижувались при застосуванні загальноприйнятої терапії, але через 6 місяців спостерігалось загострення. Після застосування запропонованого лікування відмічена стійка нормалізація досліджуваних показників функції печінки. Отримані результати імунологічних досліджень до лікування виявили зниження загальної популяції Т-лімфоцитів в 1 досліджуваній групі до  $(42,07 \pm 0,80)$  % ( $p < 0,05$ ) і в 2 групі до  $(40,83 \pm 0,58)$  % ( $p < 0,05$ ) проти  $(59,20 \pm 1,41)$  % в контрольній групі, кількість Тх становила  $(28,13 \pm 0,58)$  % ( $p < 0,05$ ) і  $(26,80 \pm 0,51)$  % ( $p < 0,05$ ) відповідно проти  $(40,05 \pm 0,73)$  % в контрольній групі, Тс –  $(19,37 \pm 0,55)$  % ( $p < 0,05$ ) і  $(19,30 \pm 0,45)$  % ( $p < 0,05$ ) проти  $(17,05 \pm 0,47)$  % в контрольній групі, зменшилась кількість В-лімфоцитів до  $(7,83 \pm 0,24)$  % ( $p < 0,05$ ) і  $(7,87 \pm 0,23)$  % ( $p < 0,05$ ) проти  $(9,50 \pm 0,30)$  % в контрольній групі, що підтверджує дані літератури [1-4,7,8]. Після лікування в 1 групі відмічено підвищення рівня загальної популяції Т-лімфоцитів до  $(48,60 \pm 1,00)$  %, рівень Тх досяг  $(35,33 \pm 0,61)$  %, Тс становили  $(16,57 \pm 0,43)$  %, що співзвучне літературним даним [4,5-8]. У пацієнток 2 групи після лікування відмічено значне підвищення рівня загальної популяції Т-лімфоцитів до  $(54,70 \pm 0,95)$  %, Т-х зросли до  $(36,57 \pm 0,71)$  %, Т-с становили  $(15,97 \pm 0,39)$  %. Рівень В-лімфоцитів у 1 групі досяг  $(8,97 \pm 0,23)$  %, у 2 групі –  $(9,00 \pm 0,23)$  %, що практично не відрізнялося від показників контрольної групи. Через 1 рік після застосування традиційної терапії у 18 (60,00 %) пацієнток 1 групи діагностовані ознаки олігоменореї, крім цього, в 13 (43,33 %) з них ці клінічні прояви спостерігались на фоні загострення ХГ. Через 1 рік після лікування у пацієнток 1 групи виявлено зниження рівня Т-лімфоцитів, Т-х, Т-с.

У пацієнок 2 групи через 1 рік після лікування кількість загальної популяції Т-лімфоцитів, Тх, Т-с суттєво не відрізнялась від контрольних показників. Отримані результати свідчать про стійку нормалізацію досліджуваних показників імунного статусу при застосуванні запропонованого лікування. Важливо відзначити, що у 18 (60,0 %) пацієнок 1 групи протягом року спостереження відмічено рецидиви ХГ. У 2 дослідній групі загострення ХГ відмічено лише у 6 (20,0 %) пацієнок.

Перспективи подальших досліджень. Планується продовження досліджень в плані реалізації репродуктивної функції, перебігу вагітності у жінок з олігоменореєю на тлі ХГ.

### Висновки

У жінок з ХГ спостерігаються порушення менструальної функції у вигляді олігоменореї. У досліджуваних пацієнок спостерігається різке зниження рівня імунного захисту, що зумовлює схильність до частих загострень супутньої патології та приєднання урогенітальних інфекцій. Запропонована терапія з використанням аргініну гідрохлориду, ізопренозину у жінок з олігоменореєю на тлі ХГ дає змогу забезпечити стійку ремісію екстрагенітальної патології, стабілізувати стан імунної системи, запобігти загостренню ВГ та попередити приєднання урогенітальних інфекцій у даного контингенту жінок.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Дубоссарская З.М. Теория и практика гинекологической эндокринологии.- Днепропетровск, 2005. - 409с.
2. Ильченко Л.Ю., Якимчук Г.Н. Хронические вирусные гепатиты: перспективы и достижения.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.2007. № 2.С. 34-38.
3. Татарчук Т.Ф.,Сольский Я.П. Эндокринная гинекология - К. 2003. - 304 с.
4. Філіппов Ю.О., Скірта І.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення. Гастроентерологія, 2005, № 36, С. 9-17.
5. Царегородцева Т.М., Серова Т.И. Диагностическое и прогностическое значение показателей гуморального иммунного статуса при заболеваниях органов пищеварения. // Гастроэнтерология.2007.№ 2. С. 93-99.
6. Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні. Наказ № 620. Київ, 2003.
7. Neoptolemos J.P., Bhutani M.S. Fast fact: Diseases of the pancreas and biliary tract. Oxford: Health Press, 2006. P. 112-117.
8. Freeman A.G., Marinos G., Fren G., Lloyd A.R. Immunopathogenesis of hepatitis infection// Immunol. Cell Biol. – 2001 / - Vol. 2. - P. 515-536.

УДК 618.146-006-02:578.827.1

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕГКОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ С УЧЕТОМ ПОРАЖЕНИЯ ВПЧ

ЛУКЪЯНЧУК О.В., КУЗЕВА Н.Г.

г. Одесса

Существует мнение, что рак шейки матки начинает формироваться на фоне доброкачественных и предопухолевых изменений цервикального эпителия. Первыми предопухолевыми изменениями эпителия шейки матки рассматривается легкая дисплазия (ЦИН1,