

геморрагический шок. Оперативное родоразрешение произведено в 7,1% случаев I группы и в 26,0% случаев контрольной группы.

По данным нашего исследования средняя масса новорожденного составляет 3720 ± 344 и 3495 ± 285 г, соответственно. Крупный плод встречается у 12,9% случаев в контрольной группе и у 30,0% – в I группе.

После консервативных родов все пациентки были выписаны из акушерского стационара на 3-5-е сутки, после оперативного родоразрешения - на 7-й день послеродового периода.

У 19,3% новорожденных были выявлены различные патологические состояния, что превышало аналогичные данные по стране. Оценивая особенности заболеваемости новорожденных на нашем материале, мы пришли к выводу, что у 64,5% детей при рождении не выявлено никакой патологии; у 16,2% выявлены отклонения, носящие транзиторный характер, в основном, неврологические расстройства, обусловленные перенесенной асфиксией; у 8,1% детей диагностирована более грубая патология.

Выводы

Особенности течения беременности и родов у многорожавших женщин: в 1,6 раз чаще диагностируется угроза прерывания беременности, в 1,7 раз чаще - гестоз, в 1,5 раз реже - дородовое излитие околоплодных вод. Достоверно чаще встречается анемия тяжелой степени, варикозная болезнь, ожирение, крупный плод; в родах - достоверно чаще ручное отделение плаценты и выделение последа.

Акушерская патология у данной категории женщин не является специфичной.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Омаров С.-М.А., Раджабова Ш.Ш., Нурмагомедов С.Н., Дабузов А.Ш.* Активное ведение многократных родов // IV Всеросс. Форум «Мать и Дитя 2002». - С. 442-443.
2. *Омаров С.-М.А., Хашаева Т.Х.-М., Омаров Н.С.-М.* Принципы планирования семьи в регионе с высокой рождаемостью. // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. - 1995. - №4. - С. 48-52.
3. *Павлова Н.Г.* Антенатальная диагностика, профилактика и лечение функциональных нарушений развития ЦНС плода: Автореф. дисс. доктор, мед. наук. - СПб, 2000. - 36с.
4. *Муцаева З.Д.* Здоровье многорожавших женщин // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Матер. научн. трудов / Под ред. Кулакова В.И., Адамян Л.В. М. - 2006. - С. 31-32.

УДК 618.514:616-072.1

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

БЕНЮК В.О., ВИНЯРСЬКИЙ Я.М., КАЛЕНСЬКА О.В., ГОНЧАРЕНКО В.М.

м. Київ

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають значне місце в структурі гінекологічної захворюваності - 10-18% серед жінок репродуктивного віку і є однією з причин госпіталізації у гінекологічний стаціонар [1, 3, 4].

ГПЕ у 50% випадків стають причиною раку ендометрія [5]. При цьому слід відмітити, що частота аденокарциноми ендометрія за останні роки має тенденцію до істотного зрос-

тання в більшості країн світу і, згідно довгострокового прогнозу, не буде зменшуватись найближчим часом [2]. Висока частота рецидивів ГПЕ, можливість їх малігнізації вимагають подальшого удосконалення та пошук нових підходів до діагностики та лікування даної патології [6, 7]. Аналіз результатів лікування хворих на ГПЕ з позиції доказової медицини, показує, що потрібен новий патогенетично обґрунтований підхід в лікуванні даної патології. У зв'язку з тим, що реалізація ефекту стероїдних гормонів здійснюється шляхом їх взаємодії із специфічними рецепторами, представляє науковий інтерес вивчити розподіли рецепторів до естрогену і прогестерону в ендометрії з подальшою розробкою патогенетичного лікування [8].

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на ГПЕ шляхом розробки та втілення лікувального алгоритму з урахуванням особливостей рецепторного статусу ендометрія.

Матеріали та методи дослідження

Згідно поставленої мети, хворі з простою гіперплазією ендометрія без атипії були поділені на 2 групи: перша група (n=86) – хворі, яким виконувалося загальноклінічне обстеження згідно клінічного протоколу за наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004 та доповнювалося імуногістохімічним дослідженням ендометрія з подальшим індивідуалізованим лікуванням (основна група I). Другу групу склали хворі (n=80) – обстеження і лікування проводилося по загальноприйнятому клінічного протоколу (основна група II). Групи були репрезентативні по віковому цензу, за даними гінекологічного, акушерського та соматичного анамнезу. Контрольну групу склали 18 жінок з безпліддям, яким проводилося гістероскопічне дослідження перед циклом екстракорпорального запліднення з приводу трубно-перитонеальної форми неплідності.

Вік жінок, що увійшли до груп спостереження, коливався від 20 до 45 років і у середньому склав $38,0 \pm 2,3$ років. Аналіз вікової структури груп показав, що більшість жінок з патологією ендометрія спостерігалася в віці від 40 до 45 років.

Загальний лікувальний алгоритм основних груп складався з наступних етапів. На першому етапі проводили видалення зміненого ендометрія (гістероскопія з вишкрібанням стінок матки) з наступною пато-морфологічною верифікацією діагнозу. Лікувальний алгоритм в основній групі I складався з аналізу рецепторних систем ендометрію, після чого призначалася індивідуалізована гормональна терапія, яка в себе включала або гестагени, або агоністик гонадотропін-релізінг-гормонів (аГнРГ), внутрішньоматковий контрацептив «Мірена», комбіновані оральні контрацептиви. В основній групі II проводилося традиційне лікування вищезазначеними препаратами, але без урахування стану та співвідношення рецепторів до прогестерону (PR) та естрогенів (ER).

Фрагменти ендометрія фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну, зрізи товщиною 4-5 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, а для виявлення ER та PR використовували імуногістохімічні дослідження. Для імуногістохімічного дослідження використовували депарафінізовані зрізи архівних блоків, а також операційний матеріал, який фіксували в 10% забуференому формаліні (pH 6,0) на протязі 20 хвилин. В подальшому використовували мишачі моноклональні антитіла до PR та ER. В якості системи візуалізації застосували Ultra Vision Quanto Detection System HRP DAB (Thermo scientific). Позитивно забарвлені клітини підраховували в 10 полях зору при збільшенні мікроскопу Об-20, Ок-10 окремо в епітелії залоз та в стромі та рахували співвідношення імунопозитивних ER до імунопозитивних PR в епітелії залоз та в стромі.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення вмісту ER та PR в ендометрії контрольної групи (n=18) показало, що в фазі проліферації співвідношення ER/PR рецепторів дорівнювало 1,0 і відповідно дане значення вважали нормативним розподілом рецепторних систем.

Проведений аналіз показників ER та PR в епітелії залоз ендометрію хворих першої групи показав, що у 20,9% спостерігали збільшення співвідношення ER/PR до рівня 1,2. З нашої точки зору, категорія хворих даним варіантом рецепторних співвідношень є нечутливою для гормональної терапії препаратами прогестерону і відповідно призначена терапія

аГнРГ, після чого проведена біопсія ендометрія з визначенням стану рецепторних співвідношень.

У 62,7% жінок спостерігали співвідношення ER/PR в епітелії залоз з збільшенням PR відносно ER (співвідношення ER/PR в середньому склало 0,7), що на нашу думку носить компенсаторний характер та підтверджує роль гіперестрогенемії. У 16,2% жінок з ГПЕ визначено співвідношення ER/PR близько до 0,9, що також вказувало на збереження чутливості до прогестерону та можливість призначення монотерапії.

Слід зазначити, що групу хворих з збереженим співвідношенням ER/PR=1 склали жінки, у яких ГПЕ виявлена вперше, або в анамнезі спостерігався один епізод даної патології. Разом з тим спостерігається кореляція зростання співвідношення ER/PR у залозах ендометрія пов'язане з тривалим рецидивуючим перебігом хвороби, великою кількістю внутрішньоматкових втручань (вишкрібання порожнини матки – більш 3 в анамнезі), а також при наявності поєднаної внутрішньоматкової патології (аденоміоз – 43,0%, міома матки – 37,2%, хронічний ендометрит – 18,6%.

Аналіз рівня рецепторів статевих гормонів у стромі показав на зменшення ER у порівнянні з контрольною групою та не виявив достовірної різниці рівня вмісту PR.

Таблиця 1

Результати ефективності лікування хворих з ГПЕ

	I група (n=86)			II група (n=80)			Δ 1-Δ 2 =
	n	ефективність Δ 1	рецидив	n	ефективність Δ 2	рецидив	
Прогестини	22 (26,1%)	18 (81,1%)	4 (18,2%)	22 (27,5%)	14 (63,7)	8 (36,3%)	17,4%
КОК (жанін, регулон)	14 (16,2%)	11 (78,6%)	4 (28,5%)	20 (25%)	11 (55%)	9 (45%)	23,6%
ВМК «Мірена»	22 (26,1%)	19 (86,4%)	3 (13,6%)	19 (17,5%)	13 (68,4%)	6 (31,5%)	14,6%
аГнРГ	28 (32,5%)	28 (100%)	-	18 (16,3%)	18 (100%)	-	-

Аналіз ефективності індивідуалізованого лікування через 6 місяців показав, що у жінок I групи вона була більше за таку у групі II при використанні КОК на 23,6%, прогестинів – на 18,6% та ВМК «Мірена» - на 14,6%.

При застосуванні аГнРГ на протязі 3 місяців результати показали виражену ефективність, а проведені повторно імуногістохімічні дослідження ендометрія показали, що саме використання аГнРГ обумовлює нормалізацію рецепторного стану ендометрія, відновлює чутливість до гормональної терапії прогестинами.

У випадках рецидивуючого перебігу ГПЕ нами запропоновано проведення етапної терапії, коли на першому етапі проводиться хірургічне лікування, на другому меностаз аГнРГ з відновленням рецепторних співвідношень в ендометрії і в подальшому призначаються препарати прогестерону або комбіновані оральні контрацептиви в якості профілактики рецидиву.

Висновки

Таким чином, прогресування проліферативного процесу в ендометрії супроводжується зміною кількісних та якісних характеристик рецепторів до стероїдних гормонів в залозах та стромі ендометрія, що може бути застосовано для розробки подальшої патогенетичної тактики лікування, а саме в кожному окремому патоморфологічному варіанті з визначенням рецепторів та їх співвідношень.

Наявність патологічного варіанту співвідношення рецепторів ER/PR≤1 дозволяє проводити патогенетично обґрунтовану терапію препаратами прогестерону, оскільки чутливість до даного виду терапії збережена. У випадках збільшення співвідношення

ER/PR вище одиниці вказує на необхідність призначення аГнРг з метою меностазу та відновлення фізіологічних співвідношень рецепторних систем.

Приймаючи до уваги той факт, що найбільш виражений дисбаланс рецепторних систем спостерігається у хворих з рецидивуючим перебігом ГПЕ, вважаємо доцільним проводити етапну терапію з використанням аГнРг на першому етапі та препаратів прогестерону на другому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку // Таврический медико-биологический вестник. – Том 15, № 2, част 2 (58). – С. 20.
2. Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. Діагностичний алгоритм втутрішньоматкової патології із застосуванням гістероскопії в жінок репродуктивного віку // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (42). – С. 54-56.
3. Бучинская Л.Г., Полищук Л.З., Ганина К.П. Морфофункциональные особенности ядер при железистой гиперплазии и раке эндометрия // Цитология и цитогенетика. – 1992. – № 3. – С. 3-7.
4. Ганина К.П., Полищук Л.З., Бучинская Л.Г. Цитоморфология и цитогенетика железистой гиперплазии и рака эндометрия. – К., 1990.
5. Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф. соавт. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрит // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 5-12.
6. Манухин И. Б., Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. // Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: Мед. информ. агентство, 2001.
7. Серов В. Н., Прилепская В. Н. и др. // Гинекологическая эндокринология. – Москва, 1998.
8. Yen S.S.C., et al. // Reproductive Endocrinology Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management, Philadelphia-Tokyo: W.B. SAUNDERS COMPANY, 1999.

УДК 618.16-007-053.2-07-085

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ ПІХВИ ПРИ ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ВУЛЬВИ В ПРЕПУБЕРТАТНОМУ ВІЦІ

БЕНЮК В.О., МИРОНЕНКО Н.О., ДЖУРАЕВА Л.С., ЛАСТОВЕЦЬКА Л.Д.

м. Київ

З метою вивчення сучасних особливостей етіологічної структури дистрофічних уражень вульви проведено обстеження 102 пацієнток віком від 5 до 12 років із краурозом вульви.

При проведенні бактеріоскопічного дослідження у 15 (14,7%) обстежених дівчат, в яких перебіг захворювання мав латентний характер, аналізи виділень із піхви характеризувалися малою кількістю лейкоцитів. Мікрофлора була представлена незначною кількістю грам-позитивних коків та диплококів. Аналіз бактеріологічного дослідження виявив переважно сапрофіти – *Staphylococcus epidermidis* у 5 (28,5%) випадках та умовно-патогенні мікроорганізми – *Micrococcus varians* у 2 (11,5%) пацієнток, *Enterobacter* spp - в 1 (2,2%) випадку, *E. coli* - у 2 (28,5%) пацієнток, *Proteus vulgaris* - у 2 (17,1%) випадках, гриби роду *Candida* – у 3 (11,5%) пацієнток, які виявлялись в монокультурі.