

## Акушерство та гінекологія

вторного ендокріохірургічного лікування всім пацієнткам у порожнину матки була встановлена система "Мірена". Усі п'ятеро жінок перебувають під наглядом гінеколога протягом 2-3 років, рецидиви або прогресування захворювання відсутні.

Через 1 рік після ендокріохірургічного лікування передпухлинних захворювань ендометрія усі 120 пацієнток почували себе задовільно. Клінічне, клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження не засвідчило негативних тенденцій. Кількість пацієнток з аменореєю за весь період нагляду (4 роки) збільшилась з 80 (через 3 місяці після лікування) до 92. Жінки не відзначали ознак патологічного клімаксу, вели активний спосіб життя, не скаржилися на зниження працездатності або порушення сексуальної функції.

**ВИСНОВКИ.** 1. Серед соматичних захворювань у пацієнток з передпухлинними захворюваннями ендометрія переважає анемія, захворювання шлунково-кишкового тракту, патологія серця і гіпертонічна хвороба, варикоз вен нижніх кінцівок, ендокринна патологія (ожиріння, дифузний еутиреоїдний зоб). Особливостями репродуктивного анамнезу пацієнток з передпухлинними захворюваннями ендометрія є: раннє менархе, велика кількість вагітностей, більшість з яких закінчувалася штучними абортами, наявність лейоміоми матки.

### Література

1. Адамьян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 1997. – 30 с.
2. Грищенко В.И. Гипотермия и криохирургия в акушерстве и гинекологии. – М.: Медицина, 1974. – 280 с.
3. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблемы бесплодия и современные пути его решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акуш. и гинек. – 2001. – №3. – С.8-10.
4. Савельев В.С. и соавт. Тромбоэмболия легочных артерий // Флебология: Руководство для врачей / Са-

2. У хворих з передпухлинними захворюваннями ендометрія спостерігають зміни гемостазу у вигляді порушень у системі судинно-тромбоцитарного та плазмового гемостазу, а також в системі фібринолізу, що свідчать про наявність у цих пацієнток ознак I стадії хронічного синдрому ДВЗ.

3. Критеріями ефективності лікування слід вважати відсутність скарг, зменшення розмірів матки пальпаторно та за даними УЗД, товщину ендометрія до 5 мм у другу фазу менструального циклу; обов'язковим був висновок цитолога про результат дослідження аспірату з матки, що визначався як цитограма аспірата без особливостей, нормалізація показників систем гемостазу.

4. Розроблений та впроваджений у клінічну практику комплексний підхід до лікування, прогнозування, профілактики ТЕУ у пацієнток з гіперпластичними захворюваннями ендометрія є високоефективним (ефективність лікування становила 95,9%, профілактики ТЕУ – 100% випадків).

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Більш ретельне вивчення та впровадження у клінічну практику кріотерапії для лікування пацієнток з гіперпластичними захворюваннями. Розробити критерії прогнозування розвитку цього захворювання та виділити групу ризику.

вельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С.Савельева. – М.: Медицина, 2001. – С. 279-319.

5. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцовский, Т.П.Гарник и др. – К.: Макком, 2003. – 360 с.

6. Кулаков В.И., Адамьян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний // Под ред. В. И. Кулакова и Л. В. Адамьян. – изд. 3-ье. – М., 2006. – С. 3-11.

7. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видео-эндоскопические операции в хирургии и гинекологии. – Київ: Здоров'я, 2000. – 296 с.

УДК 618.312-086.4

Ю.М. Шень, Я.В. Жарков, Г.Ф. Вєдєва

### ІМУНОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ КРІОХІРУРГІЇ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ

*Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

ІМУНОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ КРІОХІРУРГІЇ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ. Аналіз отриманих даних вказує на те, що через 3 місяці після кріотерапії мають місце достовірні ( $p < 0,05$ ) позитивні зрушення показників місцевого імунітету. Позитивний вплив кріохірургічного лікування дисплазій шийки матки проявляється підвищенням концентрацій IgA, відсутністю у цервікальному слизу імуноглобулінів класу M. Концентрації IgG через 3 місяці після кріотерапії не відрізнялися

від показників у Контрольній групі. Тенденцію до нормалізації концентрацій sIgA ми тлумачимо як результат часткової нормалізації синтезу секреторного компоненту епітеліальними клітинами цервікального каналу шийки матки. Позитивні зсуви показників місцевого імунітету можна пояснити загоєнням вогнища кріонекрозу на 10-12-му тижні після операції.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КРИОХИРУРГИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.** Анализ полученных данных указывает на то, что через 3 месяца после криотерапии имеют место достоверные ( $p < 0,05$ ) позитивные изменения показателей местного иммунитета. Позитивное влияние криохирургического лечения дисплазий шейки матки проявляется повышением концентрации IgA, отсутствием в цервикальной слизи иммуноглобулинов класса M. Концентрации IgG через 3 месяца после криотерапии не отличались от показателей в Контрольной группе. Тенденцию к нормализации концентраций sIgA мы расцениваем как результат частичной нормализации синтеза секреторного компонента эпителиальными клетками цервикального канала шейки матки. Позитивные сдвиги показателей местного иммунитета можно объяснить заживлением очага кріонекрозу на 10-12-й неделе после операции.

**IMMUNOLOGICAL EFFECTS OF CRYOSURGERY OF PRETUMOUR DISEASES OF THE NECK OF THE WOMB.** Analysis of obtained results shows that in 3 months after cryotherapy real positive improvements ( $p < 0,05$ ) of the indices of local immunity take place. Positive influence of cryosurgical treatment on dysplasia of the neck of the womb is manifested by IgA concentration increase by absence of M class immunoglobulins in the cervical mucosa. IgG concentrations in 3 months after cryotherapy didn't differ from indices in Control group. Tendency to normalization of sIgA concentration we explain as a result of partial normalization of synthesis of secretory component by epithelial cells of the cervical canal of the neck of the womb. Positive results of indices of local immunity can be explained by healing of the focus of cryonecrosis within 10-12 weeks after operation.

**ВСТУП.** Способи лікування патологічних процесів шийки матки різноманітні: медикаментозний, бальнеологічний, гормональний, хімічна та електрокоагуляція, хірургічний, електрохірургічний, лазерний [1, 2, 3, 4, 6]. Один з них доцільно використовувати для підготовки до електро- і лазерної терапії, інші малоефективні, але травматичні.

Мета дослідження – широке введення у практику охорону здоров'я за останні 15-20 років кріохірургічного методу лікування фонових та передпухлинних захворювань шийки матки.

Ефективність кріохірургічного методу лікування захворювань шийки матки коливається за даними літератури від 80 до 91,2% та залежить від температурних режимів, швидкості заморожування та тривалості розморожування, експозиції кровопливу та повноти передопераційного обстеження та післяопераційного спостереження [5, 9, 10]. Кінцеві результати лікування дисплазій шийки матки кріохірургічним методом статистично не відрізняються від наслідків після екстирпації матки. У той же час, висока ефективність кріохірургії поєднується з безпечністю – метод не має негативного впливу на менструальну та дітородну функцію пацієнток репродуктивного віку [7, 8].

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.** На основі комплексного обстеження, що складається з бактеріоскопічного, цитологічного та гістологічного методів, усі пацієнтки розподілені нами на 2 групи. До I-ої групи увійшло 50 хворих з дисплазіями шийки матки у поєднанні з уреоплазменою інфекцією. Для визначення впливу застосованого методу лікування передпухлинних захворювань шийки матки на показники місцевого імунітету ті самі хворі були обстежені через 3 місяці після криотерапії (II група – 50 пацієнток). Контрольну групу утворили 30 здорових жінок відповідного віку, які звернулись на прийом для вибору методу контрацепції. Усі пацієнтки обстежені у фазі секреції (21-24 дні

менструального циклу). За основними показниками гінекологічного, акушерського анамнезу і станом соматичного здоров'я групи були репрезентативні.

Термін обстеження – через 3 місяці після кріохірургічного лікування – зумовлений тим, що через 12 тижнів після лікування відбувається повне загоєння вогнища кріонекрозу. Також через 3 місяці після лікування доцільно визначати критерії ефективності застосованого лікування – кольоскопічні, цитологічні, імунологічні та ін., які можна також використовувати для прогнозування можливих рецидивів захворювання.

Концентрації імуноглобулінів (IgG) класів A, M, G і sIgA у змивах секрету з цервікального каналу шийки матки визначали методом простої радіальної імунодифузії за Mancini et al. (1965) зі стандартними вітчизняними антисироватками до IgG відповідних класів. Окремо ставили реакцію з антисироватками до sIgA. Для вирішення даного завдання ми вивчили зміни в імунній системі хворих у різні терміни після лікування, а саме – через 2 тижні та 3-4 місяці. Це дало нам змогу говорити про стан клітинно-опосередкованого імунітету у вилікованих хворих, а також у разі рецидиву захворювання, оскільки епітелізація шийки матки до того часу вже завершується.

Після проведення комплексного обстеження, що вказує на відсутність онкологічних захворювань та запальних процесів, проводили кріохірургічне лікування. Маніпуляцію виконують амбулаторно, вона не вимагає знеболення. Пацієнтку вкладають у гінекологічне крісло, зовнішні статеві органи обробляють розчином антисептика, шийку матки оголюють у дзеркалах. Слизову стінку піхви та шийки матки обробляють 2% розчином йоду. Шийку матки фіксують кулевими щипцями. До патологічного вогнища щільно притискають кріозонд та вмикають циркуляцію рідкого азоту в установці.

Для лікування легкої та помірної форм дисплазії ми використовували однократне заморожування патологічно змінених тканин до температури  $-150^{\circ}$ ;  $-170^{\circ}$  C зі швидкістю охолодження робочої частини аплікатора 75-100 град./хв. Заморожування продовжували до розширення фронту льоду приблизно на 3-5 мм за межі вогнища дисплазії, що відповідає температурі нижче  $-20^{\circ}$  C на межі ураженої ділянки.

Для лікування тяжких форм дисплазії використовували також однократне заморожування. Температура кріоаплікатора при цьому знажувалася до  $-170-180^{\circ}$  C. Острівцеві ураження епітелію ший-

ки матки заморожували ділянками, використовуючи аплікатор потрібної форми.

За наявності на шийці матки ретенційних кист, їх безпосередньо перед кріодеструкцією оголяли скальпелем або голковим електродом. Проводили електропунктуру на глибину від 1 до 2-х сантиметрів та стерильним ватним тампоном видаляли вміст кист. Порожнина кисти при цьому спадалася і до місця ураження щільно прикладали аплікатор необхідної форми.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Результати дослідження концентрацій IgG обстежених жінок у фазі секреції наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Концентрація IgG (г/л) в цервікальному секреті в обстежених пацієнток у фазі секреції (M±m)

Клас IgG	Контроль, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Ig A	0,08±0,01	0,18±0,01	0,09±0,14
Ig M	0	0,016±0,01	0
Ig G	0,46±0,03	0,85±0,02 <sup>#</sup>	0,45±0,01
SigA	0,62±0,06	0,25±0,03 <sup>**</sup>	0,42±0,03

Примітка. \* – різниця показників у контрольній та I групі достовірна ( $p<0,05$ ); \*\* – різниця показників у контрольній та II групі достовірна ( $p<0,05$ ).

Аналіз результатів дослідження, наведених у таблиці, свідчить про те, що у хворих з захворюваннями шийки матки концентрації IgG сироваткового походження (IgA і IgG) були високими ( $p<0,05$ ) у фазі секреції. Констатовані значні рівні IgM. Встановлені зміни можна трактувати як реакцію-відповідь лимфоїдної тканини шийки матки на антигенну стимуляцію передпухлинного процесу й значне підвищення проникності стінок кровоносних судин шийки матки.

Значне зниження концентрацій sIgA свідчить про те, що за наявності передпухлинної патології шийки матки на фоні запального процесу порушуються процеси синтезу епітеліальними клітинами секреторного компоненту.

Аналіз даних, наведених у таблиці, вказує на те, що через 3 місяці після кріотерапії ми маємо достовірні ( $p<0,05$ ) позитивні зрушення показників місцевого імунітету. Це можна стверджувати на підставі позитивних зрушень у концентраціях IgA в II-ій групі. Позитивний вплив кріохірургічного ліку-

вання дисплазій шийки матки проявляється відсутністю у цервікальному слизу жінок імуноглобулінів класу M. Концентрації IgG через 3 місяці після кріотерапії не відрізнялися від показників у Контрольній групі та були достовірно нижчими порівняно з I-ою групою ( $p<0,05$ ). Тенденцію до нормалізації концентрацій sIgA ми спостерігали в пацієнток II-ої групи, що ми тлумачимо як результат часткової нормалізації синтезу секреторного компонента епітеліальними клітинами цервікального каналу шийки матки.

**ВИСНОВОК.** Отримані нами результати через 3 місяці після кріотерапії дисплазій шийки матки вказують на позитивний вплив вказаного методу лікування на стан місцевого імунітету. Позитивні зсуви показників місцевого імунітету у пацієнток можна пояснити загоєнням вогнища кріонекрозу на 10-12-му тижні після операції.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Вивчення імунологічних ефектів кріохірургії передпухлинних захворювань шийки матки в залежності від етіологічного чинника захворювання.

### Література

1. Апанасенко Н.А., Павлушенко С.Д., Малова Ю.А. Комплексное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки у молодых женщин // Збірник наукових праць Асоц. акуш.-гінек. України. – К.: Інтермед, 2006. – С. 5-9.
2. Березовская Е.П. Дисплазии шейки матки: лечить или не лечить? // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 4 (7). – С. 30-35.
3. Бычков В.И., Быков Э.Г., Братусь А.М. Осложнения и отдаленные результаты лечения фоновых и предра-

ковых состояний шейки матки диатермокоагуляцией // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 2. – С. 61-62.

4. Воробйова Л.І., Вінницька А.Б., Лигирда Н.Ф. Принципи органозберігаючого лікування патології шийки матки у хворих репродуктивного віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 3. – С. 106-115.

5. Грищенко В.И., Щербина И.Н. Современные подходы к лечению эктопии шейки матки в условиях женской консультации // Збірник наукових праць Асоц. акуш.-гінек. України. – К.: Інтермед, 2003. – С. 85-87.

6. Зуев В.М. Применение CO<sub>2</sub>-лазера для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. - 1985. - №6. - С.69-71

7. Козлюк В.А., Козлюк А.С., Процаков К.В. Клинические, молекулярно-биологические и цитоморфологические особенности заболеваний шейки матки на фоне папилломавирусной инфекции // Репродуктивное здоровье женщины. - 2004. - № 1 (17). - С. 40-46.

8. Кобаченко О.В., Луценко Г.Є. Особливості клінічного перебігу мікробіологічних, гормональних показників, стану імунної системи у хворих на лейкоплазію шийки

матки // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2002. - № 4. - С. 91-93.

9. Кисина В.И., Михалко О.Е., Мерзабекова М.А., Полищук Н.А. Роль бактерий и вирусов в патогенезе фоновых и диспластических процессов слизистой оболочки шейки матки и влагалища // Вестник дерматологии и венерологии. - 2001. - № 2. - С. 40-45.

10. Хомінська З.Б., Туманова Л.Є., Коломієць О.В., Шапошникова М.Т. Кольпоскопічно-цитологічні паралелі та їх взаємозв'язок з фоновими та передраковими змінами шийки матки // Здоровье женщины. - 2004. - № 3 (19). - С. 76-79.

УДК 618.11 + 618.14

**В.К. Кондратюк**

## ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦЕПТОРНОГО АПАРАТА ТА РЕГУЛЯТОРІВ АПОПТОЗА ПУХЛИНОПОДІБНИХ ПРОЦЕСІВ ЯЄЧНИКІВ

*ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України"*

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦЕПТОРНОГО АПАРАТА ТА РЕГУЛЯТОРІВ АПОПТОЗА ПУХЛИНОПОДІБНИХ ПРОЦЕСІВ ЯЄЧНИКІВ. В статті дана морфологічна характеристика, визначено вміст рецепторів до естрогенів та прогестерону, а також досліджені імуногістохімічні особливості регуляторів апоптоза в яєчниках та ендометрії у пацієнток з пухлиноподібними процесами яєчників. Експресія гена, який кодує синтез протеїну р53, в клітинах капсул пухлиноподібних утворень яєчників не спостерігалась, що вказує на доброякісність даної патології.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА И РЕГУЛЯТОРОВ АПОПТОЗА ОПУХОЛЕВИДНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯИЧНИКОВ. В статье дана морфологическая характеристика, определено содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона, а также исследованы иммуногистохимические особенности регуляторов апоптоза в яичниках и эндометрии у пациенток с опухолевидными процессами яичников. Экспрессия гена, кодирующего синтез протеина р53 в клетках капсул опухолевидных образований яичников не наблюдалась, что свидетельствует о доброкачественности данной патологии.

IMMUNOHISTOCHEMISTRY CONDITION OF RECEPTOR DEVICE AND REGULATORS OF APOPTOSIS OF THE OVARIUM TUMOR-LIKE FORMATIONS. In the article is given morphological characteristic, is defined maintenances of estrogen and progesterone receptors, and also are investigated immunohistochemistry features of apoptosis regulators at patients with ovary tumor-like formation. An expression of a gene of a protein coding synthesis p53 in capsules of ovary tumor-like formation was not revealed, that indicates it's non-malignancy.

**Ключові слова:** пухлиноподібні процеси яєчників, рецепторний апарат, регулятори апоптоза, імуногістохімія.

**Ключевые слова:** опухолевидные процессы яичников, рецепторный аппарат, апоптоз, иммуногистохимия.

**Key words:** the ovary tumor-like formation, receptors device, apoptosis, immunohistochemistry.

**ВСТУП.** За останні роки дослідження апоптоза стали одними з самих актуальних в сучасній науці. Не дивлячись на велику кількість наукових праць до теперішнього часу кінцево не досліджені механізми запрограмованої загибелі клітин, не з'ясована регуляція апоптоза окремих клітин в цілому багатоклітинному організмі [1,2].

Прийнято вважати, що основне призначення апоптоза як фізіологічного процесу полягає у підтримці постійної кількості клітинних елементів в органах та тканинах та видалення клітин, які

пройшли свій життєвий цикл. Відміну від загибелі клітин при некрозі, процеси апоптозу проходять в ядрі та цитоплазмі клітини при збереженні цілісності їх клітинної оболонки [3,4].

Апоптотична загибель клітин спостерігається при різних патологічних станах організму. Цим шляхом здійснюється загибель клітин в ендокрин-залежних тканинах, при зміні балансу концентрації відповідного гормону [5, 6].

Актуальність досліджуваного питання визначається взаємозв'язком порушень регуляції про-