



# ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

УДК 618 (082)  
ББК 57.1я43  
З-41

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор** – академік НАМН України В.М. Запорожан  
**Відповідальний науковий редактор** – член-кор. НАМН України В.В. Камінський  
**Виконавчий редактор** – доц. О.М. Борис  
**Відповідальний секретар** – І.В. Малишева

**Редакційна колегія:**

*Проф. А.В. Бойчук*  
*Проф. С.Р. Галіч*  
*Проф. С.М. Геряк*  
*Проф. В.Г. Дубініна*  
*Проф. З.М. Дубосарська*  
*Проф. Ю.О. Дубосарська*  
*Проф. Н.М. Рожковська*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*  
*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

**УДК 618 (082)**  
**ББК 57.1я43**

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРУТНЯКА ЗВИЧАЙНОГО У ЛІКУВАННІ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ ЛІХАЧОВ В.К., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М. ....	233
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА В ГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ЛОБАСТОВА Т.В., ЧЕЧУГА С.В. ....	236
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ, ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ЦИТОМОРФОЛОГІЮ ТА ДІАГНОСТИКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ ЛОМАЧУК Б.О., ЧАЙКА Г.В. ....	240
СТАН ПЛОДА ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ АСОЦІЙОВАНИХ З ТРОМБОФІЛІЄЮ ЛОСКУТОВА Т.О., ВОРОНІН К.В. ....	246
ИССЛЕДОВАНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ В УСЛОВИЯХ ИХ СОВРЕМЕННОГО ВЕДЕНИЯ ЛУЦЕНКО Н.С., ПОТЕБНЯ В.Ю., АЛЬ СУЛИМАН Х.М., ЕВТЕРЕВА И.А., ОСТРОВСКИЙ К.В., СОКОЛОВА И.С. ....	250
ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬПОСКОПІЧНОЇ СЕМІОТИКИ ПРИ ВИЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ЕКТОПІЯХ ШИЙКИ МАТКИ ЛУК'ЯНЧУК О.В., КУЗЬВА Н.Г. ....	254
РАК ЯИЧНИКОВ – ВЧЕРА И СЕГОДНЯ ЛЫСЕНКО М.А. ....	258
СТАН ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЙНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ РОЗРОДЖЕННІ МАКАРОВ О.Г., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ТАРАНОВСЬКА О.О. ....	263
СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ МЕРЦАЛОВА О.В., КУЗЬМИНА О.А., АРАЛОВ О.Н. ....	265
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ЯК НАСЛІДОК ЕНЕРГОДЕФІЦИТУ В ОРГАНІЗМІ ЖІНКИ НАЗАРЕНКО Л. Г., БІБІК О. О., РУМІЄ ХАНІ І. ....	269
ОСОБЕННОСТИ КОНСТИТУЦИИ, МОРФОФЕНОТИПА И ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН НИЗКОГО РОСТА НАЗАРЕНКО Л.Г., ТАРУСИНА Е.В. ....	272
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОМЕТРІОЇДНИХ ГЕТЕРОТОПІЙ ПРИ ВНУТРІШНЬОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ МАТКИ НОСЕНКО О.М. ....	276
ПУХЛИНОАСОЦІЙОВАНИ ОНКОМАРКЕРИ В ДІАГНОСТИЦІ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ НОСЕНКО О.М., ЧУЖИК О.І. ....	281
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА С ИНДИНОЛ-3-КАРБИНОЛОМ У ПАЦИЕНТОК С ВЫСОКОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ НЕЙМАРК С.Л., НЕЙМАРК О.С. ....	287
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РЕЛИЗИНГ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН С АДЕНОМИОЗОМ ОРАЗОВ М.Р. ....	289
ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫКИДЫШЕ ПЕРВОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ ДО 20 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ПАДАЛКО Л.И., ДУКА Ю.М., ЗАХАРЧЕНКО Л.Г., ШИРИНКИНА Н.К., АКАШЕВА Н.Ж. ....	293
СТАН ВАГІНАЛЬНОГО БІОЦЕНОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ ДОБРЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ ПАВЛУШЕНКО С.Д., БАБЕНКО О.М., ДОЛГОШАПКО О.М. ....	295
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПАРАЩУК Ю. С., КОНОВАЛ А. А. ....	298
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГЕМАТОМАХ ВЛАГАЛИЩА ПИЛИПЕНКО О.Н., ЛЕВЧЕНКО И.И., СЛЮСАРЬ Т.И. ....	302

## СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

МЕРЦАЛОВА О.В., КУЗЬМИНА О.А., АРАЛОВ О.Н.

г. Харьков

Исследования, посвященные вопросу влияния воспалительного процесса на функцию яичников, носят разрозненный характер [1]. Воспаление придатков сопровождается изменениями яичниковых структур и снижением активности ферментов стероидного генеза в корковой зоне яичника [2].

Яичник обладает определенной системой защиты от инфекционного процесса [3]. Морфологическим субстратом системы микроокружения женской половой клетки является гемато-фолликулярный (ГФБ) барьер.

Тканевыми составляющими ГФБ являются фолликулярный эпителий, соединительнотканые и стероидпродуцирующие элементы и сосуды внутренней и наружной оболочки тека фолликула.

Фолликулярная жидкость имеет выборочное антибактериальное действие к некоторым заинтересованным инфекционным факторам [4]. Таким образом, актуальным является вопрос исследования возбудителей инфекции у женщин с первичными и рецидивирующими кистами яичником для оптимального подбора соответствующей терапии с учетом характера инфекции [5].

### Цель исследования

Определить структуру возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, у женщин с первичными и рецидивирующими кистами яичников.

### Материалы и методы исследования

Проведено обследование 60 пациенток с кистами яичников, которые были разделены на 2 группы. 1 составили 32 женщины с первичными кистами яичников, 2-ю – 28 с рецидивирующими кистами яичников. Диагноз кисты ставился при обнаружении в одном яичнике при УЗ исследовании однокамерное, эхонегативное образование, с ровными четкими контурами, более 3 см в диаметре, без эхопозитивных включений, подвижное при бимануальном исследовании.

В обязательный план обследования больных обеих групп входило исследование цервикальной слизи и влагалищных выделений на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), бактериологическим методом и ПЦР диагностикой (методом полимеразой цепной реакции).

Проводилось также бактериологическое исследование посева из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам у больных с ретенционными образованиями в яичниках.

В рамках представленного фрагмента исследований подтвердилась концепция негативно-го влияния ИППП на функцию яичников, следствием чего является формирование кист [6].

Тем не менее, обнаружение ИППП в цервикальном канале и влагалище может лишь косвенно свидетельствовать о том, что кисты яичников возникают в связи с нарушением фолликулогенеза на фоне воспалительного процесса.

Методом иммуно-ферментного анализа (ИФА) определяли концентрации антител класса G и A к *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis* в сыворотке крови и в фолликулярной жидкости, для чего производили забор крови у пациенток из локтевой вены и пункцию кисты. Пункционная склеротерапия кист яичников проводилась в асептических условиях под контролем УЗИ с использованием анестезиологического пособия. Определение антител к *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis* проводилось при помощи специальных тест-систем «Вектор БЕСТ, Россия», предназначенных для выявления неспецифических антител.

В рамках представленного фрагмента исследований подтвердилась концепция негативного влияния ИППП на функцию яичников, следствием чего является формирование кист.

*Chlamydia trachomatis* диагностированы в цервикальной слизи у 18 (56,25%) с первичными кистами, у 13 (46,4%) с рецидивирующими кистами.

*Trichomonas vaginalis* выявлен в бактериологическом посеве из заднего свода влагалища или методом ПЦР, соответственно, в 16 (50,0%) и 12 (42,8%) случаях, *Mycoplasma hominis* при бактериологическом исследовании в 20 (62,5%) и в 8 (28,6%) случаях, гонорея при ПЦР диагностике цервикальной слизи у 5 (15,6%) и 2 (3,6%) больных, смешанная инфекция - 9 (28,1%) и 17 (60,7%), соответственно (табл. 1).

Таблица 1

### Структура возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, у больных с первичными и рецидивирующими кистами яичников

Возбудители	Первичная киста	Рецидивирующая киста
<i>Chlamydia trachomatis</i>	18 (56,25 %)	13 (46,4 %)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	16 (50,0 %)	12 (42,8 %)
<i>Mycoplasma hominis</i>	20 (62,5 %)	8(28,6 %)
Смешанная флора	9 (28,1 %)	17 (60,7 %)

### Результаты исследования и их обсуждение

Мы нашли интересное на наш взгляд объяснение тому, как внутриклеточные инфекции взаимодействуют с клетками хозяина, нарушая тем самым их функцию. *Mycoplasma hominis* синтезируют нейроаминидазу, взаимодействие которой с поверхностными структурами клетки нарушает архитектонику клеточных мембран. Среди других ферментов имеют значение протеазы, вызывающие дегрануляцию клеток, в частности тучных, расщепление молекул антител и незаменимых аминокислот, а также РНКазы, ДНКазы и тимитидазы, обладающие способностью нарушать метаболизм нуклеиновых кислот в клетках макроорганизма. До 20% общей ДНК-азной активности сосредоточено в мембранах микоплазм, что обеспечивает способность фермента нарушать метаболизм клетки [4].

Убедительным доказательством роли инфекционного процесса, по нашему мнению, является тот факт, что только у 2,36% больных инфекция не была выявлена в обеих группах.

Кроме того, дополнительный анализ анамнеза больных с отсутствием ИППП позволил выявить следующее. Во-первых, возраст больных колебался 17 лет. Во-вторых, у всех больных отмечались нарушения менструального цикла. Таким образом, в данной подгруппе женщин развитие кист яичников происходит, вероятно, на фоне возрастной нестабильности функции яичников.

Тем не менее, обнаружение ИППП в цервикальном канале и влагалище может лишь косвенно свидетельствовать о том, что кисты яичников возникают в связи с нарушением фолликулогенеза на фоне воспалительного процесса.

Серологические методы диагностики ИППП позволяют свести к минимуму число ложноотрицательных результатов, особенно в случаях персистирующей инфекции, когда уже нет возбудителя в первичном очаге, а из внутренних половых органов нельзя взять материал на исследование. Следовательно, серологическая диагностика нередко становится методом выбора.

Научные исследования убедительно доказывают значимость серологической диагностики. Изучена взаимосвязь между уровнем антител к *Chlamydia trachomatis* в сыворотке крови и повреждением маточных труб у бесплодных женщин [6]. Титры антител были значительно выше у женщин с поражением маточных труб по сравнению с теми, у кого отсутствовали изменения в полости малого таза. При высоком титре антител чаще определялся спаечный процесс в малом тазу, нежели окклюзия маточных труб. Чем выше уровень антител, тем больше была степень поражения маточных труб. Таким образом, по уровню антител можно еще до операции судить о степени поражении маточных труб [5].

Доказано, что персистирующая хламидийная инфекция повышает риск развития патологии маточных труб. Изучены серологические маркеры персистирующей хламидийной инфекции: антитела Ig G и IgA. Их высокой концентрации в сыворотке крови соответствует выраженное поражение маточных труб [6].

Если опираться на убедительные доказательства негативного влияния *Chlamydia trachomatis* на эпителий маточных труб и исходы программы ЭКО, а также собственные исследования, можно предположить, что персистирующая внутриклеточная инфекция (не только *Chlamydia trachomatis*) оказывает влияния на функцию яичника, нарушая процесс фолликулогенеза [4].

Как видно из результатов ранее проведенных исследований, изучение концентрации антител в фолликулярной жидкости достаточно информативный метод исследования. Таким образом, при планировании работы решено было включить изучение концентрации антител класса G и A к *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis* в пунктате кист яичников.

В результате проведенного исследования было обнаружено, что антитела к *Chlamydia trachomatis* в сыворотке крови обнаружены у 9(15,0%), из них у 4(12,5%) пациенток 1-й группы и у 5(17,8%) – 2-й группы. Антитела к *Trichomonas vaginalis* обнаружены у 8(25,0%) пациенток 1-й группы и у 8 (28,6%) больных 2-й группы в сыворотке крови.

В пунктате кист антитела к *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis* обнаружены у пациенток 1-й группы 6 (18,75%) и у 9 (32,1%) соответственно, у больных 2-й группы – 9(32,1%) и 10(35,7%) соответственно (табл.2). Обращает на себя внимание увеличение титра антител в пунктате кист при рецидиве, то есть рецидив кисты развивается на фоне персистирующей, резистентной к терапии инфекции, передаваемой половым путем.

Интересным представляет тот факт, что к *Chlamydia trachomatis* и к *Trichomonas vaginalis* наличие антител в пунктате класса G и M выявлено в при неизменном уровне в сыворотке крови при первичных кистах - в 4 (12,5%) и 5 (17,8%) случаях при рецидиве кист.

Эти данные подтверждаются исследованиями некоторых ученых, которыми было доказано, что в тканях содержание антител может быть выше, чем в сыворотке крови. Объясняется это тем, что в связи с различной васкуляризацией и, вероятно, возможностью локальной выработки иммуноглобулинов их концентрация в органах и тканях существенно различаются [5].

Таблица 2

### Структура возбудителей урогенитальных инфекционных заболеваний по определяемому титру антител в сыворотке крови и пунктате кист

Группы больных	<i>Chlamydia trachomatis</i>		<i>Trichomonas vaginalis</i>	
	Сыворотка крови	Пунктат	Сыворотка крови	Пунктат
Первичная киста	4 (12,5%)	6 (18,75%)	8(25,0%)	9(28,1%)
Рецидив кисты	5(17,8%)	9(32,1%)	8(28,6%)	10(35,7%)

Когда патологический процесс затронул тканевые лимфоциты и их клетки-партнеры (эндотелий, макрофаги, другие лейкоциты), то лимфоциты, циркулирующие в крови, лишь в минимальной мере могут нести на себе (или не нести совсем) признаки тканевой патологии. Неадекватность такого анализа на практике часто дискредитирует в целом то, что называют анализом иммунного статуса [4]

Фолликулярная жидкость близка по составу к плазме, содержит не менее 50% всех белков сыворотки крови. Пассивно введенные антитела достигают яйцеклетки через фолликулярную жидкость, яйцевод и матку. Стенка самого фолликула ведет себя как молекулярный фильтр, обеспечивая прохождение белков в обратной пропорции к их молекулярному весу. После внутривенного введения меченых микромолекул их можно уже через 6 минут обнаружить в фолликулярной жидкости. Синтез иммуноглобулинов, осуществляется мест-

ными лимфоидными элементами, относительно независим от общего гуморального ответа. Антитела могут продуцироваться секреторными клетками яичника, зрелым фолликулом. Однако нет окончательных доказательств, что не имеет место частичная трансудация антител из сыворотки крови [2].

В яичниках Т-лимфоциты отсутствуют в развивающихся фолликулах, но локально небольшое их количество находится вокруг кровеносных сосудов теки.

Важен тот факт, что иммуноглобулины G, A и M не определяются в норме во всех тканях яичников [5] Отсюда следует вывод, что даже равный уровень иммуноглобулинов всех классов, но особенно M и A, в сыворотке крови и пунктате антител свидетельствует об их местном синтезе из плазматических клеток.

Косвенное свидетельство тому - превалирующее определение в цитограмме пункта макрофагов и лимфоцитов в нашем исследовании. При этом значительно реже определяются эритроциты и минимально нейтрофильные лейкоциты.

### Выводы

Таким образом, результатом данного фрагмента исследования, по нашему мнению, явилось доказательство несомненной роли инфекционного процесса в развитии персистирующих ретенционных образований яичников за счет внутриклеточного поражения и, соответственно, нарушения функции яичников.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Серебренников К.Г.* Комплексная терапия и реабилитация у женщин с фолликулярными кистами яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях /К.Г.Серебренников, Е.П.Кузнецова//Гинекология. – 2008. – Т.4, №4. – С.174-175.
2. *Lauro C.* Role of echo-guided aspiration of ovarian cysts /C. Lauro, M.Rotondi, F.P.Ammaturo et al. //Minerva Ginecol. – 2001. – Vol.53,№1. – P. 55-58.
3. *Spanel-Borowski K.* Increase in final stages of follicular atresia and premature decay of corpora lutea in Ins13-deficient mice / K. Spanel-Borowski, I. Schefer, S. Zimmermann et al. //Mol.Reprod. Dev. – 2001. – Vol. 58, N3. – P.281-286.
4. *Zanetta G.* Role of puncture and aspiration in expectant management of simple ovarian cysts a randomized study /G.Zanetta, A. Lissoni, V.Torri et al.//Boil/Med.J. – 2006. – Vol.313,N7065. – P.1110-1113.
5. *Кисина В.И.* Существует ли взаимосвязь генитальных микоплазм с патологией органов мочеполовой системы? / В.И.Кисина, Е.В.Ширшова //Consilium Medicum. – 2005. – Т.7, №7. – С.533-541.
6. *Хаитов Р.М.* Иммунология / Р.М.Хаитов, Г.А.Игнатьева, И.Г.Сидорович. – М.: Медицина, 2000. – С.49, 88-111.

---

*Наукове видання*

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
*Асоціації акушерів-гінекологів України*

**Верстка**  
*Коваленко І.В.*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 № 2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*  
*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Підписано до друку 13.09.2013. Формат 60×84 1/16  
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.  
Друк. арк. 58,0. Обл. вид. арк. 58,97.  
Тираж 1000 прим. Замовлення № 130913

ТОВ «Поліграф плюс»  
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.  
тел./факс: (044) 502-39-78 (доб.119)  
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua  
www.poligraph-plus.kiev.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
№ 2148 (серія ДК) від 07.04.2005 р.