

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків 17-18 січня 2012 р.)
Харків, 2012. – 286 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 21 грудня 2011 р.

залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію (I група), у 25 жінок – атилова гіперплазія ендометрію (II група), у 28 пацієнток – залозисто-фіброзна та фіброзна поліпні ендометрію (III група). Усі пацієнтки знаходилися у віці від 45 до 55 років, середній вік становив $49,9 \pm 4,5$ років. Про динаміку проліферативної активності клітин ГПЕ судили за значеннями індексу інтенсивності дисдиференціювання, запропонованого Г.Г.Автанділовим (1984). Цей показник одержують при аналізі гістограм шляхом ділення кількості анеуплоїдних ядер, що мають плідність більше ніж 4с, на число тетраплоїдних ядер (клітин, готових до мітозу). Цей індекс може свідчити про збільшення вираженості поліплоїдії ядер клітин, що відбуває ступінь дисдиференціювання проліферуючого ендометрію.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами застосовано комплекс сучасних методів морфологічного дослідження проліферативної активності

ГПЕ з визначення вмісту генетичного матеріалу в ядрах клітин ендометрію у обстежених жінок з матковими кровотечами в перименопаузі (за реакцією Фельгена). Отримані мікроспектрофотометричні дані свідчать про формування різних клонів ендометриальних клітин при різному характері перебігу гіперпластичного процесу в ендометрії.

У пацієнток з АГЕ зустрічалися клітини з анеуплоїдними ядрами, з плідністю в діапазоні від 4,5 до 6,5 с (32%). Одночасно із цим виявлено прогресуюче збільшення середніх значень ІД. Це є додатковим аргументом на користь прийнятої активної хірургічної тактики щодо даного виду патології ендометрію.

Плідність ядер клітин при залозистій та ЗКГЕ в період перименопаузи в переважній більшості випадків не перевищує 3с-3, 5с – 60 випадків (96,8%).

Висновки. Кожному з клініко-морфологічних варіантів ГПЕ відповідає визначений рівень проліферативної активності, що обумовлено кількістю клітинного генетичного матеріалу. При АГЕ спостерігаються більш виражені зміни клонального профілю клітин, властиві дисплазії епітеліальних структур (плідність від 4,5 до 6,5 с), що є додатковим аргументом на користь прийняття активної хірургічної тактики у пацієнок з даною патологією.

Інфекційний фактор в етіопатогенезі незриваючоїся вагітності **Маракушина Е.А., Юркова О.В.**

Харківський національний медичний університет

Незриваюча вагітність в нинішнє час являється актуальною проблемою репродуктології і займає 30% всіх самопроизвольних прерываний вагітностей. Частіше за все замирання вагітності відбувається в I триместрі.

Незриваюча вагітність або замирання вагітності (ЗВ) вважається одним з патогенетичних варіантів невынашивания. К причинам замирання вагітностіносять: генетические, инфекционные, гормональные нарушения, антифосфолипидный синдром, аномалии развития матки.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологической структуры эндометрия и плодного яйца при замершей вагітності и выявление связи с инфекционным агентом

Материалы и методы. Обследовано 25 пациенток с незриваючоїся вагітністю в сроке от 5 до 9 недель гестации. Наличие незриваючоїся вагітності было установлено путем проведения УЗИ. Было выявлено отсутствие сердцебиения плода либо анэмбрионию. Затем производили удаление хориального мешка путем вакуумэкстракции или кюретажа. Производилось гистологическое исследование соскоба из полости матки (как плодного яйца, так и эндометрия), выявление инфекционного агента методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение TORCH комплекса, а так же хламидийной, уреаплазменной, микоплазменной инфекции иммуноферментным анализом (ИФА).

Анализ полученных результатов: Результаты гистологического анализа эндометрия и плодного яйца при ЗВ, показали, что в 21 случае диагностирован хронический паритетальный и базальный децидуит, с микроабсцессами и лейкоцитарной инфильтрацией под маточным эпителием и в глубине компактного слоя. В остальных 4 случаях выявлены менее

выраженные проявления эндометрита без формирования микроабсцессов. но с выраженными признаками артериита. На фоне хронического эндометрита наблюдалась поверхностная трофобластическая инвазия, которая только в 50% случаев приводила к начальной гестационной перестройке спиральных артерий. Эти данные свидетельствуют о задержке формирования маточно-плацентарного кровотока.

Бактериологическое и ПЦР исследования материала соскоба из полости матки показали, что наиболее часто встречающиеся возбудители инфекции была микствирусная контаминация эндометрия- вирус простого герпеса и цитомегаловирус (ВПГ+ЦМВ) и встречалась в 34% случаев. Моновирусные (ЦМВ чаще всего) в 30% обследуемых женщин. Спектр выявленных инфекционных агентов в эндометрии обследуемых женщин наиболее часто представляют хламидии и ЦМВ -15%, ВПГ+ хламидии + уреоплазма -11%, ВПГ+ микоплазма -10%. Надо отметить, что данные TORCH комплекса ИФА не всегда соответствовали данным ПЦР в исследуемом соскобе.

Выводы: На основании проведенного исследования показана роль бактериально - вирусной инфекции в развитии хронического эндометрита приводящего к нарушению имплантации плодного яйца и возникновению ЗБ. Высокая частота микствирусно - бактериальной контаминации эндометрия и плодного яйца при ЗБ, свидетельствуют о необходимости включения в скрининговое обследование соскобов морфологического состояния эндометрия и определения вирусно-бактериальной ассоциации путем ПЦР и ИФА с последующим их целенаправленным лечением.

Экстремальная криотерапия в контексте лечения пациентов с дисфункциональными маточными кровотечениями **Нагула Л.А.**

Харківський національний медичний університет

Частота дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) колеблется от 15 до 20%. ДМК могут быть не только проявлением патологических процессов в репродуктивной системе, но и первым признаком нарушений основных звеньев системы гемостаза.

Цель и задачи исследования. Важность проблемы совершенствования существующих методов лечения ДМК заключается в том, что устранение причин ДМК не всегда приводит к выздоровлению. Гормональная терапия сопровождается целым рядом серьезных осложнений и нередко является противопоказанной, это приводит к поиску нового метода лечения женщин с ДМК с использованием экстремальной криотерапии (ЭК). Таким образом, использование ЭК может быть перспективным методом лечения ДМК, что и было целью нашей работы.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности применения экстремальной криотерапии в лечении больных с ДМК был проведен сравнительный анализ результатов лечения 36 больных, получавших традиционное лечение: гемостатическую и гормональную терапию (группа сравнения) и 33 пациенток, которые получали комплексную терапию, включающую 5-7 сеансов ЭК через 1 день длительностью 90-300 секунд при температуре от -60°C до -120°C (основная группа). ЭК проводится в криобоксе, который состоит из трех кабин: двух шлюзовых (с температурой -20 -60°C на протяжении 30-40 секунд) и основной (с температурой -90 -120°C на протяжении 90-300 секунд). Контрольную группу составили 16 здоровых женщин. Все больные имели жалобы на общую слабость, нарушение менструального цикла.

Все больные были обследованы, что включало клинико-лабораторное обследование, тесты функциональной диагностики, определение гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон), УЗИ органов малого таза, также гистологическое исследование соскоба эндометрия.

Результаты и их обсуждение. Полная нормализация менструальной функции, отсутствие болезненных месячных была отмечена у 33 (93,9%) пациенток основной группы в сравнении с 28 (77,8%) женщинами группы сравнения. При проведении ЭК реакций, осложнений выявлено не было. Клиническая эффективность ЭК в лечении больных с ДМК подтверждена