

вагітними жінками (самопочуття, активності та настрою). Подальше прогресування фізіологічної вагітності характеризується середніми значеннями реактивної тривожності, високою самооцінкою за всіма трьома критеріями САН. У термінах гестації 29–32 тиж відзначено підвищення частоти скарг вегетативно-емоційного характеру на фоні максимально високих значень самопочуття пацієнток. Перед пологами (37–39 тиж) жінки знову відмітили високі значення самопочуття при стабільних показниках активності та настрою.

Перелічені особливості демонструють психоемоційну адаптацію жінок до вагітності, що забезпечує її фізіологічний перебіг. На нашу думку, отримані дані потребують посилення психологічної підтримки вагітних жінок впродовж I три-

местру вагітності, що дозволить здійснити профілактику порушень адаптації у подальшому. Ці дані потребують подальшого аналізу, порівняння їх із показниками адаптації в інших регуляторних системах впродовж фізіологічної та ускладненої вагітності. Останнє дозволить покращити прогнозування та ранню діагностику основних ускладнень вагітності — гестозу, загрози переривання вагітності, фетоплацентарної недостатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко А. А.* Психосоматическое акушерство. — СПб.: СО-ТИС, 2001. — 320 с.
2. *Значення хронічного психоемоційного стресу у виникненні та розвитку прееклампсії / С. П. Писарева, С. М. Янюта, В. Б. Ткаченко та ін. // ПАГ. — 1999. — № 3. — С. 83-86.*
3. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологи-

ческой диагностики и коррекции в клинике. — М.: Медицина, 1983. — С. 62-74.

4. *Каплун И. Б.* Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, НИИ им. Д. О. Отта. — СПб., 1995. — 22 с.

5. *Коваленко Н. П.* Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. — СПб., 1998. — 22 с.

6. *Лукьянова О. М.* Безпечне материнство — важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері та дитини // Здоровье женщины. — 2003. — № 1 (13). — С. 4-9.

7. *Практическая психодиагностика: Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского.* — Самара, 1998.

8. *Чеботарева И. С.* Динамика состояния эмоционально-мотивационной сферы пациенток с осложненной беременностью в процессе позитивной психотерапии // Вестн. новых мед. технологий. — 2001. — Т. VIII, № 1. — С. 45-48.

УДК 618.145-006.5:577.122.8-055.26

А. І. Гоженко, В. Г. Дубініна, С. І. Доломатов, А. І. Рибін

МОЛЕКУЛИ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Гіперпластичні процеси ендометрія посідають одне з провідних місць за частотою виникнення з-поміж усіх захворювань органів репродуктивної системи у жінок фертильного і перименопаузального віку. Частота виявлення даної патології у хворих із наявністю маткових кровотеч в анамнезі становить 60–70 % [1–3; 9].

Незважаючи на те, що останнім часом особлива увага приділяється питанням етіології та патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія, консервативні методи лікування даної патології у жінок ре-

продуктивного віку, що є нині в арсеналі клініциста, не дають обнадійливих результатів [1; 3; 8; 9]. Характерними особливостями «сучасних» гіперпластичних процесів ендометрія є часті рецидиви, поява резистентних до гестагенних препаратів форм, «помолодшання» даної патології. Тим актуальнішим є пошук нових прогностичних критеріїв і патогенетичних механізмів розвитку даної патології [1; 2].

До молекул середньої маси (МСМ) зараховують продукти розпаду білків і нуклеопро-теїдів — токсини, що мають масу від 500 до 5000 Да. Останнім часом більшість вітчиз-

няних і зарубіжних авторів висловлюють припущення про те, що МСМ є продуктами нормального обміну речовин в організмі людини, однак збільшення їх рівня пов'язують із посиленням їх утворення в тканинах із подальшим виходом у кров. При деяких патологічних станах рівень МСМ корелює з тяжкістю стану хворих і може бути показником ступеня ендотоксикозу [4; 5; 7].

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз 84 клінічних випадків гіперпластичних процесів ендометрія, з яких у 34 (40,5 %) пацієнток



була виявлена проста залози-ста гіперплазія, у 31 (36,9 %) — залозисто-кістозна, у 19 (22,6 %) хворих — атипова гіперплазія ендометрія. До групи контролю увійшли 30 практично здорових жінок. Середній вік обстежених становив 35,5 року. Молекули середньої маси визначали в плазмі крові та в піхвових змивах обох груп жінок за методом В. В. Ніколайчука та співавторів і наводили в одиницях оптичної густини (о. о. г.) [6]. Взяття матеріалу проводили за 2–3 дні до передбачуваного терміну менструації. Для одержання піхвового змиву використовували 10 мл 0,9%-го розчину хлориду натрію, отримуючи при цьому від 7 до 8 мл змиву. Обробка отриманих даних проводилася за допомогою стандартних статистичних методик.

Результати дослідження та їх обговорення

Індекс маси тіла в основній групі становив 28,7, що перевищує аналогічний показник у групі контролю (23,4). Середній вік появи менархе коливався в межах 11–15 років, тимчасом як у групі контролю коливання становило 12–13,5 років. У 61 (72,6 %) пацієнтки основної групи в анамнезі були порушення менструальної функції: менометрорагія (41,6 %), гіперполіменорея (27,4 %), альгоменорея (4,8 %), ювенільні маткові кровотечі (9,5 %). Більше 3 штучних абортів у анамнезі мали 32 (38 %) пацієнтки основної групи, пологи великим плодом (більше 4 кг) були у 26 (30,9 %) хворих, що вірогідно вище аналогічних показників у групі контролю (4 (13,3 %) і 3 (10 %) відповідно). Із супровідної гінекологічної патології міома матки була у 46,4 % випадків (39 хворих), хронічні запальні захворювання придатків матки — в 51,2 % випадків (43 хворих), ерозія шийки матки — в 36,9 % (31 пацієнтка), безплідність відмі-

чалася в 27,4 % випадків (23 хворих).

Тривале використання ВМС (більше 3 років) без перерви відмічалася у 17 (20,2 %) хворих основної групи, тимчасом як у групі контролю даний факт відзначено лише в 1 жінки (3,3 %). Що ж до супровідної соматичної патології, то у 32,9 % (27) хворих на гіперпластичні процеси ендометрія були порушення функції щитоподібної залози як у бік підвищення, так і в бік зниження її активності. Серед пацієнток основної групи 34 (40,5 %) мали різні захворювання молочної залози, в тому числі мастит (3,6 %), мастопатію (28,6 %), масталгію (8,3 %). Внаслідок проведеного детального генеалогічного анамнезу було виявлено, що 63 % (53 пацієнтки) мали онкологічно або гінекологічно обтяжений генеалогічний анамнез, порівняно з 6 (20,0 %) жінками з групи контролю. При порівнянні особливостей статевої функції жінок обох груп (вік початку, регулярність статевого життя), шкідливих звичок і професійних шкідливостей вірогідних відмінностей виявлено не було.

На другому етапі дослідження з обох груп були виключені жінки, які мали в анамнезі або на момент дослідження як гінекологічні, так і екстрагенітальні захворювання запального генезу. При довжині хвилі 254 нм середня концентрація МСМ у плазмі крові хворих із гіперпластичними процесами ендометрія становила (238,4±0,4) о. о. г., тимчасом як у контрольній групі вона дорівнювала (194,4±0,4) о. о. г. Дослідження вмісту МСМ у плазмі крові пацієнток основної групи при довжині хвилі 280 нм показало, що середній рівень МСМ дорівнював (126,2±0,3) о. о. г., вірогідно перевищуючи такий у контрольній групі — (48,8±0,2) о. о. г. (таблиця).

Потім ми провели порівняння отриманих даних із показ-

Таблиця
Рівень МСМ у плазмі крові та піхвових змивах досліджуваних жінок, о. о. г., М±m

Довжина хвилі, нм	Основна група, n=84	Контрольна група, n=30
Плазма крові		
254	238,4±0,4	194,4±0,4
280	126,2±0,3	48,8±0,2
Піхвові змиви		
254	240,8±0,3	181,2±0,2
280	48,8±0,2	21,0±0,3

никами концентрації МСМ у піхвових змивах жінок обох груп. Отримані значення корелювали з такими, отриманими при дослідженні плазми крові: при довжині хвилі 254 нм концентрація МСМ у піхвових змивах хворих із гіперпластичними процесами ендометрія становила (240,8±0,3) о. о. г., тимчасом як у групі практично здорових жінок цей показник дорівнював (181,2±0,2) о. о. г.

При довжині хвилі 280 нм середній рівень МСМ в основній групі становив (48,8±0,2) о. о. г., що також вірогідно вище аналогічного показника в контрольній групі — (21,0±0,3) о. о. г. Слід відмітити, що при аналізі кожного конкретного випадку найбільш високий рівень МСМ відмічався у хворих із гіперпластичними процесами ендометрія, що мали обтяжений генеалогічний анамнез. Ця обставина дуже цікава з точки зору сучасних поглядів на провідну роль генетичного фактора в розвитку даної гінекологічної патології.

Таким чином, у хворих репродуктивного віку з наявністю гіперпластичних процесів ендометрія відзначається підвищення рівня МСМ як у плазмі крові, так і в піхвових змивах. З одного боку, цей факт може свідчити про більшу вираженість синдрому метаболічної інтоксикації, індикатором якого загальноновизнані МСМ. З другого боку, враховуючи переоцінку поглядів на функції



MCM останнім часом, отримані дані наводять на думку про значущість MCM у механізмах розвитку даної патології. Безсумнівно, необхідне подальше більш глибоке вивчення функціональної активності MCM в організмі, а також можливості їх використання в якості прогностичного маркера при гіперпластичних процесах ендометрія.

Таким чином, при гіперпластичних процесах ендометрія у жінок репродуктивного віку відмічається зростання концентрації середніх молекул у плазмі крові, особливо MCM 280, які є продуктами розпаду білків із високим вмістом ароматичних амінокислот. Ця обставина, безумовно, вказує на появу ознак ендогенної інтоксикації у жінок із гіперпластичними процесами ендометрія.

Однак зміна їх концентрації у плазмі крові ще не свідчить про джерело їх утворення і не виключає можливості зменшення виведення MCM із організму. Значною мірою на ці питання відповідають результати визначення MCM у піхво-вих змивах. По-перше, аналогічно показникам плазми крові, виявлено підвищення їх концентрації. По-друге, як і в плазмі крові, більше зростали MCM 280 зі збереженням такої ж кратності збільшення. Зреш-

тою, їх абсолютна концентрація в піхво-вих змивах суттєво перевищує таку, що виявляється в плазмі крові, з тієї причини, що при отриманні піхво-вих змивів рідина розводиться не менше ніж у 6–7 разів. Необхідно відмітити, що абсолютні величини MCM особливо значні, а дана фракція якраз і пов'язана з розпадом нуклеопротейдів. Про те, що збільшення MCM має скоріш за все маткове походження, свідчить і той факт, що концентрації інших кінцевих продуктів азотистого обміну — сечовини та креатиніну — в усіх хворих перебували в межах фізіологічної норми і становили $(5,9 \pm 0,1)$ і $(56,3 \pm 0,1)$ мкмоль/л відповідно. Отже, підвищення рівня середніх молекул не пов'язано зі зміною функціонального стану печінки та нирок.

На підставі вищесказаного можна стверджувати, що матка відіграє важливу роль у збільшенні рівня середніх молекул у плазмі крові в жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія. Очевидно, гіперплазія ендометрія супроводжується одночасним підсиленням протеолізу в клітинах слизової оболонки матки. Можливо, даний факт відображає підсилення апоптозу частини клітин ендометрія як компенсаторно-

го процесу в ендометрії, що виникає у відповідь на розвиток гіперпластичних процесів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипова С. В. Передракові захворювання і рак ендометрія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків: держ. мед. ун-т, 2001.
2. Запорожан В. Н. Акушерство і гинекологія: В 2-х кн. — К.: Здоров'я, 2001. — 820 с.
3. Запорожан В. М., Цегельський М. Р. Гінекологічна патологія: Атлас: Навч. посібник. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. — 308 с.
4. Нагоев Б. С., Габрилович М. И. Значение определения средних молекул в плазме крови при инфекционных заболеваниях вирусной и бактериальной этиологии // Клини. лабор. диагностика. — 2000. — № 1. — С. 9-11.
5. Средние молекулы и их фракции при астраханской риккетсиозной лихорадке / А. А. Николаев и др. // Там же. — 1999. — № 6. — С. 41-42.
6. Способ определения «средних молекул» / В. В. Николайчук, В. М. Моин, В. В. Кирковский и др. // Лабор. дело. — 1991. — № 10. — С. 13-18.
7. Осипович В. К., Тупикова З. А., Маркелов И. М. Сравнительная оценка экспресс-методов определения средних молекул // Там же. — 1987. — № 3. — С. 221-224.
8. Ambros R. A. Simple hyperplasia of the endometrium: an evaluation of proliferative activity by Ki-67 immunostaining // Int. J. Gynecol. Pathol. — 2000. — Vol. 19 (3). — P. 206-211.
9. Relevance of ER to the development of endometrial hyperplasia and adenocarcinoma / K. Kato et al. // Breast Cancer. — 1999. — Vol. 6 (4). — P. 312-319.

УДК 617.731-002+616.832-004.2

М. Г. Матюшко, М. М. Прокопів, Н. С. Турчина

РЕТРОБУЛЬБАРНИЙ НЕВРИТ ЯК ПОЧАТКОВИЙ ПРОЯВ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Розсіяний склероз (РС) — хронічне прогресуюче захворювання центральної нервової системи, при якому, в першу чергу, страждає мієлінова оболонка провідних шляхів. Клінічна картина цього захворювання дуже мінлива навіть у

одного і того ж пацієнта в різні періоди захворювання, що досить часто призводить до діагностичних помилок, особливо на ранніх стадіях захворювання.

В останні десятиріччя у клінічну практику введено метод магніторезонансної томографії

(МРТ), який допомагає діагностувати багато захворювань центральної нервової системи, в тому числі й РС. Відомі критерії діагнозу РС Ч. Позера (1983), які найбільш широко застосовуються в світі, що включають результати МРТ

