

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих жінок при прогресуванні імунodefіциту збільшується кількість уrogenітальних інфекцій, рівень дисплазій та частота патології шийки матки.

Лікування уrogenітальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих жінок проводилося за загальноприйнятими схемами. Антибактеріальну терапію призначали з урахуванням чутливості мікрофлори. Кольпоскопічне і цитологічне дослідження при патології шийки матки проводили після лікування та повторно через 6 міс. Усі хворі перебувають під спостереженням для продовження подальшого дослідження.

Висновки

1. У всіх обстежених ВІЛ-інфікованих жінок наявна одна

або сполучення кількох уrogenітальних інфекцій, з-поміж яких найчастіше зустрічалися кандидоз, трихомоніаз, папіломавірусна інфекція.

2. При наявності уrogenітальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих жінок частота патології шийки матки становила 59,1 %.

3. У 28 % ВІЛ-інфікованих жінок з патологією шийки матки спостерігався виражений імунodefіцит (зменшення кількості CD4⁺-лімфоцитів), тобто при прогресуванні ВІЛ-хвороби частота патології шийки матки зростає.

4. Усім ВІЛ-інфікованим жінкам рекомендується регулярне клініко-лабораторне обстеження для своєчасної діагностики та лікування уrogenітальних інфекцій, патології шийки матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В., Лютра И. К. Рак шейки матки. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 239 с.
2. *Innovative Approaches to Cervical Cancer Prevention* / P. O. Blumental, P. Ringers, N. McIntosh, L. Gaffikin // *Medscape Women's Health*. — 2001. — Vol. 6, N 6.
3. Gibbs D. M., Sweet S. *Infectious of the Female Genital Tract*. — 4ed. — 2001.
4. *Lower genital tract infection among HIV-infected and high-risk uninfected women (findings of the Women's Interagency HIV Study (WIHS))* / R. M. Greenblat, P. Bacchetti, S. Barkan et al. // *Sex Trans Dis*. — 1999. — Vol. 26, N 3. — P. 143-151.
5. *Association between HIV infection and cervical neoplasia: for clinical care of women at risk for both conditions* / J. S. Mandelblatt, M. Fans, K. Garibaldi et al. // *AIDS*. — 1993. — N 6. — P. 183-188.
6. *Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women infected with human immunodeficiency virus* / H. L. Minkoff, D. Eisenberger Matityahu, J. Feldman et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 180, N 4. — P. 824-836.

УДК 618.3-06:616.8-009.24]-06:616.61/63

О. В. Бондар

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ У СИСТЕМІ УРОЛІТІАЗУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ УСКЛАДНЕНИХ ВАГІТНОСТЕЙ

Одеський державний медичний університет

У симптомокомплексі преєкламписі на пізніх термінах вагітності найчастіше відзначаються маркери ниркової недостатності: протеїнурія, лейкоцитурія, гіпертензія, набряки. За ступенем виразності даних маркерів судять про тяжкість супровідної ниркової недостатності. Лікувальна тактика найчастіше зводиться до симптоматичного лікування: гіпотензивні препарати, безсольова дієта, загальнозміцнювальна вітамінотерапія [4].

У багатьох дослідженнях відзначається, що рівень протеїно- і лейкоцитурії далеко не завжди відбиває тяжкість нефрологічної патології, а гіпертензія на пізніх термінах вагітності може бути і не ниркового генезу.

Більш надійними критеріями, що диференціюють харак-

тер ниркових порушень, є уропротеїни, які екстрагують із сечею і позначаються як білки Тамма — Хорсвала (БТХ), що є компонентами мембран клубочково-каналцевого апарату нирок. Виявлення цих білків у сечі свідчить про приєднання уролітіазної патології [1–3].

Разом з тим, як показано в дослідженнях Н. А. Лісової (2000), характер уролітіазних порушень не можна прогнозувати тільки на факті детекції уропротеїнів у сечі. Проблема у тому, що якщо вони екстрагуються в низькомолекулярній формі, то вони не є субстратом для каменеутворення, більше того, у мономерній формі уропротеїни виявляють захисну дію щодо каменеутворення. Якщо ж у сечі детектуються полімерні форми уропротеїнів, то досить висока можливість

каменеутворення з відповідним водно-сольовим зрушенням у всьому організмі. Менш диференційованою є роль уропротеїнів із незначним рівнем полімеризації.

Таким чином, за результатами вивчення вмісту уропротеїнів у сечі можна диференціювати такі варіанти передбачуваних ниркових порушень:

- 1 — відсутність уропротеїнів;
- 2 — наявність мономерних БТХ;
- 3 — виявлення високополімерних форм БТХ;
- 4 — наявність відносно низькополімерних форм БТХ.

Зазначмо, що тільки 4-й варіант не дає чіткої верифікації характеру супровідної ниркової патології.

У доступній літературі нами не виявлено робіт, присвячених



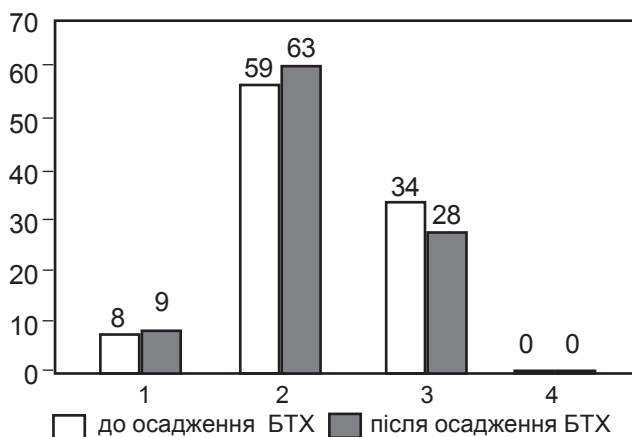


Рис. 1. Вагітність 1-ша, 36–37 тиж. Преєклампися легкого ступеня

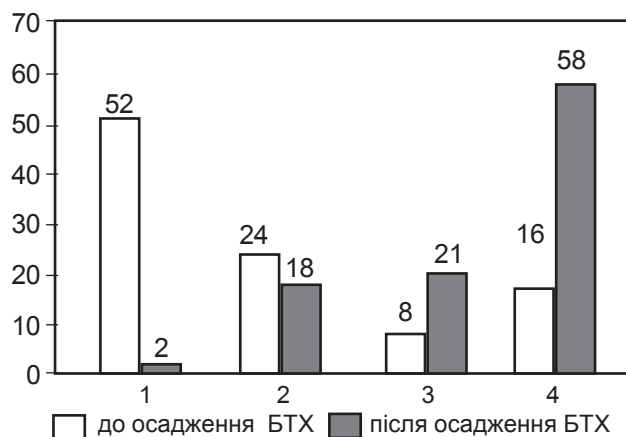


Рис. 2. Вагітність 1-ша, 38–39 тиж. Преєклампися легкого ступеня

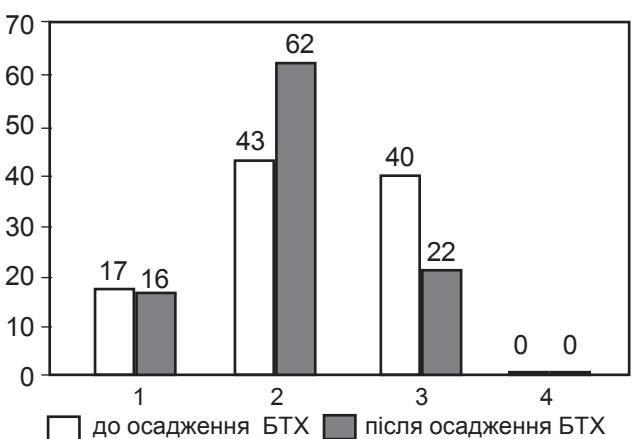


Рис. 3. Вагітність 2-га, 38 тиж. Преєклампися середнього ступеня

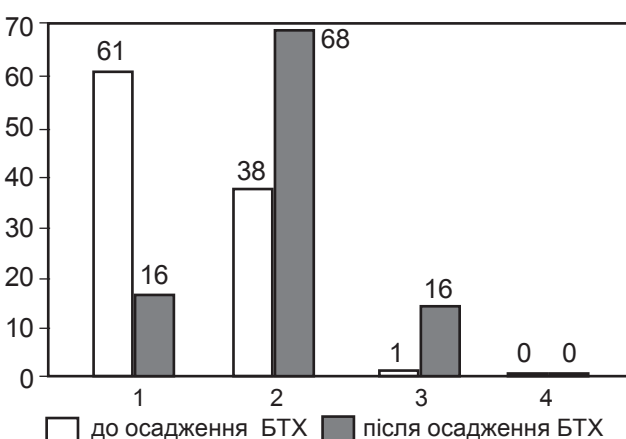


Рис. 4. Вагітність 2-га, 37–38 тиж. Преєклампися середнього ступеня

проблемі диференціації порушень у системі уролітіазу при преєкламписях, що приєднуються на пізніх термінах вагітності. Метою нашого дослідження було створення обґрунтованої методики визначення порушень у системі уролітіазу в жінок з ознаками преєкламписі на пізніх термінах вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Уропротеїни в сечі визначали у 30 вагітних жінок, що перебували на стаціонарному лікуванні в Одеській клінічній лікарні у відділенні обсервації з приводу преєкламписі.

Взяття проб і підготовка зразків до дослідження: з порції ранкової сечі відбирали 1,5 мл у пластикову пробірку, герметично закупорювали і зберігали в морозильній камері побутового холодильника (при $-50 \dots -18 \text{ }^\circ\text{C}$).

Перед вимірюванням зразок розморожували і ділили на дві порції: у першу порцію додавали 1/10 об'єму дистильованої

води, а в другу — 1/10 об'єму 5,9 М NaCl (кінцева концентрація 0,59 М). Після 48 год експозиції при температурі $+4 \text{ }^\circ\text{C}$ обидва зразки центрифугували при 5000 об/хв протягом 15 хв, обережно відбирали надосадову рідину, яку потім досліджували в лазерному кореляційному спектрометрі (ЛКС-03).

Результати дослідження та їх обговорення

Головною особливістю БТХ є те, що в їх структурі є багато ділянок для зв'язування, які

забезпечують високу гідрофобність молекули. У присутності 0,59 М NaCl вони випадають в осад (всі інші білкові інгредієнти в сечі при даній концентрації солі залишаються в надосадовій рідині). Тому всі зрушення, які реєструються в субфракційному складі сечі до і після додавання NaCl, можна трактувати як пов'язані з осадженням БТХ.

Для вивчення субфракційного складу сечі нами використано ЛКС. У даному дослідженні використано ЛК-спект-

Таблиця

Частоти різних варіантів трансформацій, виявлених у ЛК-спектрах сечі після осадження БТХ 0,59 М NaCl

Порція сечі	Варіанти трансформацій ЛК-спектрів сечі	Кількість спостережень	%
1	Немає зрушень	4	14
2	Осаджуються низькомолекулярні БТХ	7	23
3	Осаджуються високомолекулярні БТХ	15	53
4	Осаджуються БТХ середнього розміру	4	14
	Усього:	30	



роскопію надвисокого розділення за рахунок фотодіодної техніки детекції світлорозсіюваних бітів.

ЛКС-спектрометрія біологічних рідин допомагає визначити внесок у загальне світлорозсіювання зразка різних біологічноактивних інгредієнтів з розмірами молекул від 1 до 10 000 нм.

У наших умовах детекції весь зазначений діапазон було розбито на 4 зони:

- 1 — від 1 до 75 нм;
- 2 — від 76 до 220 нм;
- 3 — від 221 до 1500 нм;
- 4 — від 1501 нм і вище.

При використанню способи детермінації світлорозсіювальних зон цілком очевидно, що до 1-ї зони потрапляють найбільш низькомолекулярні інгредієнти, а до 4-ї — найбільш високомолекулярні.

Тому якщо після додавання NaCl підвищується світлорозсіювальна ефективність більш низькомолекулярних зон, то зі зразка осаджено більш високомолекулярні інгредієнти і навпаки. Якщо ж спектральні характеристики 1-го і 2-го зразків аналогічні, то інгредієнти не осаджуються, що свідчить про їхню відсутність.

На рис. 1–4 наведено усі варіанти одержаних результатів.

Як видно на рис. 1, після додавання NaCl ніяких помітних спектральних трансформацій не виявлено. Такий результат трактується як відсутність у зразку БТХ.

На рис. 2 показано, що після додавання NaCl різко знизилася світлорозсіювальна ефективність 1-ї, найбільш низькомолекулярної, фракції і підвищилася світлорозсіювальна ефективність 4-ї, найбільш високомолекулярної. За таким результатом можна припустити, що випала в осад низькомолекулярна фракція БТХ.

Як видно з рис. 3, спектральна трансформація мала порівняно з рис. 2 зворотний характер: знижувалася ефективність світлорозсіювання третьої фракції та підвищувалася — другої. Такий результат припускає, що після обробки 0,59 M NaCl осадилася в основному

високомолекулярна фракція БТХ.

Нарешті, перерозподіли відзначено переважно між 1-ю і 2-ю фракціями (рис. 4). Такий результат припускає, що осадилася відносно низькомолекулярна фракція БТХ.

У таблиці наведено частотні характеристики різних варіантів трансформації ЛК-спектрів сечі за результатами дослідження, проведеного у вагітних із клінічними ознаками прееклампсії на пізніх термінах.

Відсутність у сечі БТХ встановлено тільки в 4 пацієнтів (14 %), що підтверджує відому в клініці прееклампсії високу частоту нефрогенних патологічних маркерів. Разом з тим, за допомогою апробованого методу детекції рівня полімерності осаджуваних БТХ є можливість диференціювати три варіанти БТХ, що осаджуються. Найчастіше виявляються високомолекулярні форми (53 %), трохи рідше — низькомолекулярні (22 %) і в 3–4 рази рідше — проміжні.

У всіх пацієнтів анамнез був обтяжений хронічним пієлонефритом, але на момент дослідження відзначалася ремісія. Вагітних старше 28 років (першороділлі) було 5 (30 %) осіб, четверо з них потрапили до групи з низькомолекулярними БТХ. За даними Н. А. Лісової (2000), екстракція низькомолекулярних БТХ маніфестує переважно апластичними процесами в клубочково-канальцевій системі, що частіше спостерігається у зрілому віці.

У жодному спостереженні на початку дослідження не виявлено гіпертензивних симптомів, і тільки у однієї вагітної відзначалася набряклість рук, ніг і обличчя. Це свідчить про те, що обстежуваний контингент можна вважати відносно благополучним щодо клінічної обтяженості. Так, анемізація, яка часто супроводжує прееклампсичні стани, на момент обстеження відзначалася тільки в 7 (41 %) пацієнтів, а виражена (Hb 100 г/л) — у 5 (30 %) осіб. Втім, усі ці випадки характеризуються осадженням низько-

високомолекулярних БТХ. Достатнє благополуччя досліджуваного контингенту підтверджено також відсутністю помітних зрушень у дезінтоксикаційній системі (концентрація сечовини в крові — 2,7–4,0 мкм/мол). Іншими словами, тестування системи уролітіазу проведено в умовах не дуже клінічно ускладненої прееклампсії, що свідчить про чутливість апробованих методик.

У клінічній практиці виразність нефрологічної компоненти найчастіше визначається на основі аналізу сечі. Протеїнурію (понад 0,033 ‰) серед нашого контингенту встановлено в 6 спостереженнях, при цьому 2 спостереження відповідає 2-й варіант ЛКС трансформацій (40 %), а ще 4 — 3-й (60 %). Інший симптомокомплекс прееклампсії пов'язаний з лейкоцитурією. У наших дослідженнях тільки в 1 спостереженні з першої та четвертої групи відзначено помірну лейкоцитурію (до 30–40 у полі зору), що становить 20 %. У жодній вагітній 3-ї групи не виявлено лейкоцитурії. Втім, у третій групі (високомолекулярні БТХ) лейкоцитурію зареєстровано у 5 (70 %) пацієнтів, причому в 3 із них — виражену.

На основі проведених досліджень встановлено, що варіанти уролітіазу можна диференціювати відповідно до клінічного перебігу прееклампсії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бажора Ю. І., Тринчук О. В. Лазерна кореляційна спектроскопія в діагностиці системних порушень плазмового гомеостазу при акушерсько-гінекологічній патології. Повідомлення 1 // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2000. — № 5. — С. 96-99.
2. *Высокомолекулярные соединения* / С. Н. Дробченко, Л. С. Исаева-Иванова, С. А. Грачёв, Г. Н. Бондарев // Биофизика. — 1990. — Т. 32, № 4. — С. 254.
3. *Меньшиков В. В.* Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник. — М.: Медицина, 1987. — С. 48-50.
4. Иванов І. І. Гемостаз при пізніх гестозах // Акушерство і гінекологія. — 1999. — № 3. — С. 23-25.

