

ним типом зрушень знижується і стабілізується, однак через 24 год різко зростає кількість спостережень із проліферативними зрушеннями в ЛК-спектрі з тенденцією до зменшення на 8-му добу.

Зіставлення результатів ЛКС і клінічних даних у кожного з 21 пацієнта з ГСН показало, що гідролітична спрямованість у ЛК-спектрі, як правило, якщо не супроводжувала розвитку КШ чи НЛ (виявлена в 4 випадках), то їм передувала (виявлена за 1–5 год до розвитку ОСН у 17 хворих).

### Висновки

1. У хворих з ІМ у ЛК-спектрі через 2 год і протягом 1–2-ї доби від початку коронарної атаки домінує гідролітичний тип зрушень. Формування вираженої гідролітичної спрямованості зрушень у ЛК-спектрі у хворих на ІМ супроводжується розвитком КШ і НЛ, що дає підстави розглядати вказані

зміни у субфракційному складі сироватки крові як прогностичну ознаку можливого розвитку ГСН.

2. Анаболічна супресія, що реєструється в період гострого ІМ, надалі змінюється на модифікацію імунопоезу в більш пізній період, про що свідчить виражена перевага проліферативно-спрямованих ЛК-зрушень на 8-му добу захворювання.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Деклараційний патент України 47301А. Спосіб прогнозування перебігу гострого інфаркту міокарда / В. С. Нетяженко, О. В. Лапшин. Опубл. 17.06.2002. — Бюл. № 6.

2. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: прогностическое значение определения уровня тропонина I и КФК-MB<sub>масс</sub> / М. Г. Глезер, А. Л. Сыркин, Е. П. Гитель и др. // Тер. архив. — 2002. — № 9. — С. 26-30.

3. National Academy of Clinical Biochemistry standards of laboratory practice: recommendation for use of

cardiac marker in coronary artery disease / A. Wu, F. Apple, B. Gilber et al. // Clin. Chem. — 1999. — Vol. 45. — P. 1104-1121.

4. Прогнозирование течения острого инфаркта миокарда по биохимическим маркерам / А. В. Виноградов, И. А. Журавлева, Н. Ю. Воеводина и др. // Кардиология. — 1999. — № 2. — С. 39-40.

5. The prognostic and therapeutic implication of increased troponin T levels and ST depression in unstable coronary artery disease: the FRISK II invasive troponin T electrocardiogram substudy / E. Diderhom, B. Andren, G. Frostfeldt et al. // Am. Heart J. — 2002. — Vol. 143. — P. 760-767.

6. Peterson E. D., Shaw L. J., Califf R. M. Risk stratification after myocardial infarction // Ann. Intern. Med. — 1997. — Vol. 126. — P. 561-582.

7. Лазерна кореляційна спектроскопія у практичній охороні здоров'я: Метод. рекомендації / Ю. І. Бажора, В. І. Кресюн, Л. О. Носкін та ін. — Одеса, 2003. — 24 с.

8. Новые подходы к диагностике и формулировке диагноза «Инфаркт миокарда». Рекомендации Европейского кардиологического общества. — 2000. — 22 с.

УДК 618.3-008.6-056.83:618.15-008.87

М. В. Шаповал

## МІКРОБІОЦЕНОЗ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З НАРКОМАНІЯМИ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Актуальність проблеми впливу інфекції на перебіг вагітності у жінок з наркоманіями пов'язана з високим рівнем у них інфекційної захворюваності та різноманітної акушерської патології [1–3; 5]. У даного контингенту вагітних підвищена питома вага дітей, які внутрішньоутробно були інфіковані.

За даними досліджень встановлено, що інфекційні захворювання та порушення мікробіоценозу статевих шляхів призводять до підвищення ча-

стоти мимовільних викиднів більше ніж у десять разів, передчасних пологів у 5–6 разів, несвоєчасного вилиття навколоплідних вод у 6–9 разів, розвитку хоріоамніоніту в 3 рази, ендометриту в 4–5 разів [1; 7; 9]. Так, бактеріальний вагіноз є одним із факторів, який зумовлює розвиток мимовільного викидня в I та II триместрі в 10–16 % жінок і вагітності, яка не розвивається більш ніж у 40 % випадків [4; 11]. Серед вагітних із групи ризику розвитку внутрішньоутробного інфікування плода бактеріальний вагіноз трапляється в 90 %

випадків, у II триместрі — в 64 %, у III триместрі — в 48 % випадків [4–6; 10].

Метою даного дослідження було вивчення клінічних і лабораторних закономірностей стану мікробіоценозу піхви у вагітних з наркоманіями. «Сліпим» методом із 276 обстежених вагітних з наркоманіями в III триместрі було проведено поглиблене обстеження 66 жінок.

### Матеріали та методи дослідження

Мікробіологічне дослідження включало оцінки резуль-



татів бактеріологічного методу, бактеріоскопії, хімічних тестів. Матеріал піхвового, цервікального й уретрального вмісту фіксували на скельцях із подальшим забарвлюванням їх за Грамом та Романовським — Гімзою для дослідження клітинних елементів і визначення основних бактеріальних морфотипів. Матеріал вміщувався в пробірки з транспортними середовищами та поглиначем кисню фірми "Bio-Merieux" для доставки в лабораторію. Засіви інкубували в термостаті при температурі 37 °С протягом 24–96 год в аеробних або в анаеробних умовах за допомогою теплогенеруючих пакетів ("Oxoid") об'ємом 3,5 л, а з допомогою стереоскопічного мікроскопа підраховували кількість різних видів колоній у кожному секторі та розраховували показник Ig КУО/мл.

До основної групи ввійшли 66 вагітних з наркоманіями, до контрольної — 32 жінки в III триместрі вагітності, які надійшли для розродження в пологовий будинок № 5 із наявністю загрози передчасних пологів та плацентарною недостатністю. Вагітні обох груп порівнювалися за віком (26,9 і 27,3 року відповідно). В обох групах пацієнток нами виявлений високий інфекційний індекс. Так, у 22 (33,33 %) вагітних основної групи і 2 (6,25 %) групи порівняння виявлено збіг 2 екстрагенітальних захворювань і більше, при цьому в пацієнток основної групи в 3 рази частіше відмічались захворювання серцево-судинної системи і в 6 разів частіше — органів шлунково-кишкового тракту, в 5 разів — хронічні захворювання органів дихання.

Серед гінекологічної патології як в основній, так і в групі порівняння найбільш поширеними були: хронічні сальпінгоофорити, ерозія шийки матки (23 (34,85 %) та 17 (21,87 %), 21 (65,62 %) та 9 (28,12 %) відповідно). Інфекції, що пере-

даються статевим шляхом, у пацієнток обох груп в анамнезі діагностувалися в 31 (46,97 %) і 3 (9,37 %) випадків відповідно.

Відзначалися ускладненнями I і II триместри перебігу даної вагітності у 66 (100 %) основної групи і тільки в 6 (18,75 %) пацієнток порівняльної групи. В основній групі серед ускладнень вагітності найбільш часто траплялися: транзиторна загроза переривання у 66 (100 %) і ранній гестоз у 18 (27,27 %). У контрольній групі частіше спостерігалися: ранній гестоз у 8 (25 %) і ОРЗ у 6 (18,75 %).

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати мікробіологічного дослідження дозволяють стверджувати, що мікрофлора слизової оболонки піхви, цервікального каналу у вагітних відрізняється як типовими бактеріями — еубіонтами, так і умовно-патогенними мікроорганізмами. Кількісні та якісні характеристики просвітньої та пристінкової мікрофлори піхви цервікального каналу в пацієнток із захворюванням на наркоманію відрізнялися від таких із групи жінок з неускладненим перебігом вагітності. Інтенсивність колонізації мікроорганізмами піхви, цервікального каналу у вагітних з наркоманіями була однаковою на всьому протязі статевого тракту з деякою тенденцією до посилення в цервікальному каналі. Кількість мікроорганізмів у пацієнток групи порівняння зменшувалась. Якісний склад їх зривувався у міру наближення до каналу шийки матки (за винятком анаеробів — бактероїдів), кількість яких підвищувалася з 3,1 до 4,5 Ig КУО/мл. У цервікальному каналі у вагітних з наркоманіями кількість деяких мікроорганізмів зменшувалася (пептострептококи з 6,3 до 5 Ig КУО/мл, бактероїди з 6,1 до 5,1 Ig КУО/мл, віелонели з 5,4 до 3,9 Ig КУО/мл, клостридії з 2,1 до 0,9 Ig КУО/мл

та протей з 6,1 до 2 Ig КУО/мл). В якісному складі також спостерігалися зміни, які проявлялися зникненням пристінкового компонента мікрофлори ентеробактерій, появою псевдомонад і абсолютною відсутністю біфідобактерій. У пацієнток порівняльної групи вірогідні зміни мікробіоценозу піхви та цервікального каналу (виділень на слизовій оболонці, а також власне слизової оболонки) характеризуються зниженням кількості лактобактерій (з 7 до 5,6 Ig КУО/мл), біфідобактерій (з 5,1 до 3,6 Ig КУО/мл), коринебактерій (з 7 до 4,4 Ig КУО/мл), стрептококів (з 4,1 до 2 Ig КУО/мл), пептострептококів (з 5 до 4 Ig КУО/мл). Крім того, безпосередньо на слизовій оболонці з'являлись актиноміцети та бактероїди.

У вагітних з наркоманіями в мікробіоценозі піхви, цервікального каналу виявлена вірогідна перевага аеробних і анаеробних мікроорганізмів (бактероїди, ентеробактерії, псевдомонади, бацили, клостридії, превотели, актиноміцети і віелонели) і грибів роду *Candida*, при цьому кількість бактероїдів була вища безпосередньо на самій слизовій оболонці як піхви, так і цервікального каналу. У здорових вагітних зі слизових оболонок висівалися біфідобактерії, були відсутні гриби роду *Candida* і такі мікроорганізми: ентеробактерії, клостридії, псевдомонади, превотели, бацили, віелонели. При порівнянні частоти виділення мікроорганізмів у вагітних 2 груп — основної і контрольної — виявлено, що у вагітних з наркоманіями частота виявлення аеробних (стрептококів, стафілококів, бацил) і анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів (пептострептококів, актиноміцетів, бактероїдів) була вища безпосередньо зі слизової як піхви, так і цервікального каналу. У міру проведення бактеріологічних досліджень від



просвітнього компонента виділень зі слизової оболонки піхви та цервікального каналу до поверхневих епітеліальних клітин, їх слизової відмічена частота виділення таких мікроорганізмів: стрептококів (з 12 (18,18 %) до 23 (34,84 %) у піхві, з 5 (7,57 %) до 13 (19,69 %) у цервікальному каналі ( $P < 0,05$ )), стафілококів (з 29 (43,94 %) до 49 (74,24 %) у піхві ( $P < 0,05$ ) і з 23 (34,85 %) до 33 (50 %) у цервікальному каналі ( $P < 0,05$ )), пептострептококів (з 33 (50 %) до 40 (60,61 %) у піхві), привател (від 0 до 4 (6,06 %) у піхві та з 2 (3,03 %) до 7 (10,61 %) у цервікальному каналі ( $P < 0,05$ )), актиноміцетів від 0 до 4 (6,06 %) у піхві, бактероїдів (з 7 (10,60 %) до 17 (25,76 %) ( $P < 0,05$ )) і бацил (з 4 (6,06 %) до 7 (10,60 %) у цервікальному каналі ( $P < 0,05$ )).

З однаковою частотою з просвітнього та пристінкового компонентів мікрофлори слизової оболонки піхви виділялися: лактобактерії — у 66 (100 %), бактероїди — у 4 (6,06 %), бацили — у 7 (10,60 %), клостридії — у 4 (6,06 %) та гриби роду *Candida* — у 13 (19,70 %).

У цервікальному каналі з однаковою частотою в просвітньому та пристінковому компонентах виділень висівалися: лактобактерії — у 66 (100 %), коринебактерії — у 4 (6,06 %), клостридії — у 4 (6,06 %), пропіонібактерії — у 10 (15,15 %), ентеробактерії — у 10 (15,15 %).

Тенденція до знижень частоти висівання була відмічена при посівах із просвітнього компонента виділень слизової оболонки піхви до її поверхнього епітелію для коринебактерій, пропіонібактерій та ентеробактерій ( $P > 0,05$ ), у цервікальному каналі для пептострептококів (з 33 (50 %) до 23 (34,85 %)) і грибів роду *Candida* (від 16 (24,24 %) до 10 (15,15 %) ( $P < 0,05$ )).

Із слизу просвіту цервікального каналу та з епітелію його слизової оболонки з однаковою частотою висівалися: лактобактерії, коринебактерії, кло-

стридії, пропіонібактерії та ентеробактерії; пептострептококи і гриби роду *Candida* домінували в слизу з просвіту цервікального каналу.

У жінок із фізіологічним перебігом вагітності з однаковою частотою з поверхневих мас виділень і безпосередньо з самої слизової оболонки піхви висівалися: лактобактерії — у 32 (100 %), біфідобактерії — у 5 (15,62 %), стрептококи — у 7 (21,87 %), коринебактерії — у 3 (9,37 %), пептострептококи — у 24 (75 %) і нейсерії — у 3 (9,37 %); частіше мікроорганізми виявляли безпосередньо на слизовій оболонці піхви, ніж у виділеннях. Із слизу просвіту цервікального каналу з більшою частотою виділяли: пептострептококи — 21 (65,62 %), бактероїди — 6 (18,75 %), пропіонібактерії — 5 (15,62 %), стафілококи — 5 (15,62 %), нейсерії — 3 (9,37 %).

Таким чином, у вагітних з наркоманіями відмічено більше обсіменіння статевих шляхів як за рахунок збільшення кількості та інтенсивності колонізації мікроорганізмів, так і за рахунок збільшення частоти їх виділень. У них відмічається високий рівень та частота виділень безпосередньо зі слизових оболонок дріжджоподібних грибків роду *Candida* та умовно-патогенних мікроорганізмів як у піхві, так і в цервікальному каналі. У здорових вагітних загальна засіяність мікроорганізмами статевих шляхів була набагато нижча в порівнянні з пацієнтками з наркоманіями, а мікрофлора піхви, цервікального каналу не мала виражених якісних відмінностей і характеризувалася тільки виділенням безпосередньо на слизовій оболонці актиноміцетів.

За результатами показників мікробіоценозу статевих шляхів використовувалися критерії нормоценозу, проміжного типу і дисбіозу I, II, III ступеня, а також оцінка рівня колонізаційної резистентності в слизових

оболонках статевих шляхів. Зіставлення отриманих результатів дає можливість зробити висновок про правомірність того, що ступінь вираженості порушень перебігу вагітності у жінок з наркоманіями значною мірою залежить від стану мікробіоценозу статевих шляхів. Так, у 43 (65,15 %) вагітних з наркоманіями були виявлені: дисбіоз піхви різного ступеня та низька колонізаційна резистентність слизових оболонок. У 14 (21,21 %) пацієнток основної групи вагітності закінчилася пологами до терміну, 5 (7,57 %) з них мали дисбіоз піхви II ступеня і одна — кандидозний кольпіт.

Серед пацієнток із вагітністю 38–40 тиж переважали жінки з проміжним типом мікробіоценозу піхви — 10 (15,15 %) вагітних, нормоценоз піхвового вмісту виявлявся тільки у 5 (7,57 %) пацієнток, а кандидозний кольпіт зустрічався у кожній 3-ї пацієнтки. Серед вагітних контрольної групи у 28 (87,5 %) стан мікробіоценозу піхви був розцінений як нормоценоз, проміжний тип був у 4 (12,5 %) пацієнток. Показники колонізаційної резистентності слизових оболонок у цілому були розцінені як високі.

## Висновки

1. У пацієнток з наркоманіями в 13 разів частіше зустрічається дисбактеріоз піхви, кандидозний кольпіт діагностується у кожній п'ятій пацієнтки (порівнюючи з жінками при неускладненому перебігу вагітності).

2. Проміжний тип мікробіоценозу піхви діагностується з однаковою частотою у вагітних з неускладненим перебігом вагітності та за наявності наркоманії. В той же час від показників колонізаційної резистентності фактично не залежить рівень колонізації піхви вагітних грибками роду *Candida*, численність яких у паці-



енток з наркоманіями з високою колонізаційною резистентністю була аналогічною, але мікрофлора висіювалась у 1,3 рази частіше у вагітних із низькою колонізаційною резистентністю. В жодній пацієнтки з фізіологічним перебігом вагітності не був діагностований кандидозний кольпіт.

3. Дисбіоз статевих шляхів у вагітних з наркоманіями може класифікуватися як фактор ризику пологів до терміну, при цьому відповідні показники мікробіоценозу статевих шляхів можуть бути діагностичним тестом патологічного перебігу вагітності в II та III триместрі.

4. Діагностика дисбіотичних процесів у піхві для вагітних з наркоманіями повинна бути невід'ємною частиною ведення вагітності.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Акушерские и перинатальные аспекты наркомании* / А. А. Зелинс-

кий, В. С. Битенский, Н. В. Шаповал и др. — Одесса: Чорномор'я, 1998. — 112 с.

2. *Анكيرская А. С., Муравьева В. В.* Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища // *Акуш. и гинекология.* — 2000. — № 3. — С. 26-28.

3. *Антонова О. Л.* Взаемозв'язок показників рН піхвового середовища у вагітних зі змінами мікробіоценозу піхви, перебігом та наслідками вагітності // *Педіатрія, акуш. та гинекологія.* — 2002. — № 1. — С. 74-75.

4. *Берлев И. В., Кура Е. Ф.* Роль условно-патогенной микрофлоры в развитии невынашивания беременности у женщин с нарушениями микробиотоза влагалища // *Журн. акуш. и женских болезней.* — 1999. — № 2. — С. 33-37.

5. *Кура Е. Ф.* Клиника и диагностика бактериального вагиноза // *Акушерство и гинекология.* — 1994. — № 2. — С. 32-35.

6. *Кура Е. Ф., Берлев И. В., Молчанов О. Л.* Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиоти-

ческими нарушениями влагалища // *Журн. акуш. и женских болезней.* — 1999. — Т. XLVIII, № 2. — С. 8-11.

7. *Порівняльні аспекти мікробіоценозу піхви при вагітності й в післяпологовому періоді* / В. С. Остап'юк, Н. І. Геник, Д. Р. Шадлун, І. С. Глазков // *Вісн. наук. досліджень.* — 2001. — № 1. — С. 70-71.

8. *Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Буданова П. В.* Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроценоза родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием плода // *Акуш. и гинекология.* — 2003. — № 1. — С. 47-52.

9. *Gibbs R. S.* Chorioamnionitis and bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 169, N 2. — P. 460-462.

10. *Guidelines for management of pregnant Women with infections at delivery and care of their newborns* / Ed. L. Sterner. — Copenhagen, 1990. — P. 485-486.

11. *Sweet R. L.* New approaches for the treatment of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 69. — Pt. 2. — P. 479-482.

УДК 616.211-006:616.216-006

М. Б. Піонтковська

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМ ПОРОЖНИНИ НОСА І НАВКОЛОСОВИХ ПАЗУХ

Одеський державний медичний університет

Цистаденокарцинома (циліндрома, аденокістозний рак) — злоякісна високодиференційована епітеліальна пухлина, що характеризується утворенням циліндроподібних структур і гіалінозом строми. Розвивається з епітелію слинних і серомукозних залоз усього дихального тракту, зокрема, порожнини носа, навколоосових пазух, бронхів, стравоходу, а також шийки матки, молочних залоз. Пухлина вирі-

зняється повільним ростом і різко вираженою схильністю до рецидивування. Метастазує у шийні лімфатичні вузли, легені та кістки. Терміни прояву метастазів — від 2 до 20 років [1; 3; 4; 6].

Викладеним вище обмежена вся інформація щодо цистаденокарциноми, наведена в монографіях [1; 3] і довідниках [4; 6], виданих з 1979 по 2000 рр. Такою ж малою інформативністю характеризуються і відо-

мості щодо патоморфології та патогістології цієї пухлини. Відзначимо, однак, лише одне докладне дослідження 1978 р. [2] щодо діагностики та лікування цистаденокарциноми великих привушних і підщелепних слинних залоз.

**Мета роботи** — аналітична оцінка результатів досвіду діагностики, лікування та моніторингу 9 хворих жінок із цистаденокарциномою (ЦАК) порожнини носа, верхньощелеп-

