

пациентов к операции осуществлялась в тесном сотрудничестве с терапевтами и эндокринологами.

Все больные были оперированы под общей многокомпонентной анестезией с использованием ИВЛ. Интубацию удалось выполнить у всех пациентов. После интубации в пищевод вводили толстый зонд. Это значительно снижало вероятность повреждения пищевода во время выделения образования. После предварительной подготовки больным выполнены оперативные вмешательства: в 128 (53,6%) случаях субтотальная тиреоидэктомия; гемитиреоидэктомия — 2 (0,8%), тиреоидэктомия — 109 (45,6%). Мы предпочитали выполнять операции из шейного доступа. При распространении опухоли за грудину до 7–8 см, она легко вывихивалась на шею пальцем. При более значительных размерах загрудинной части, ее мобилизация выполнялась в ходе постепенной тракции органа в сторону шеи. Продольно-поперечная стернотомия с пересечением грудины на уровне 3–4 межреберья была выполнена, в сочетании с шейным разрезом, у одиннадцати пациентов (4,6%). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Риск компрессии средостения и тяжелых дыхательных расстройств, высокий уровень малигнизации загрудинного зоба (в 2 раза выше, чем при шейном зобе) позволяет рекомендовать оперативное лечение, несмотря на преклонный возраст больных и сопутствующую патологию.

Преклонный возраст и наличие сопутствующей патологии не являются противопоказанием для оперативного лечения всех больных с шейно-загрудинным зобом при условии проведения адекватной предоперационной подготовки. Подавляющее большинство операций при шейно-загрудинном зобе удается выполнить из шейного доступа под общей многокомпонентной анестезией с использованием ИВЛ. Продольно-поперечная стернотомия показана в редких случаях — когда ткань опухоли с шеи не достигается. Откладывание сроков операции приводит к прогрессированию заболевания и развитию грозных осложнений помимо сопутствующих заболеваний, характерных для людей в возрасте более 60 лет.

*Yakovychuk Nina Dmitrievna,
Associate professor, Candidate of Medical Sciences,
Department of Microbiology and Virology Bukovinian
State Medical University (Chernivtsi),
E-mail: yakovychuk.nina@mail.ru*

Intracellular microorganisms association in women with candida vaginitis

Яковичук Ніна Дмитрівна,
доцент, кандидат медичних наук, кафедра мікробіології та вірусології
Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці,
E-mail: yakovychuk.nina@mail.ru

Асоціації внутрішньоклітинних мікроорганізмів у жінок хворих на кандидозний вагініт

Неплідність — важлива медико-соціальна проблема не тільки в Україні, а й у більшості країн Європи. Частіше всього причиною неплідності подружньої пари є запальні захворювання репродуктивних органів, що зумовлені умовно патогенними збудниками¹.

У популяції здорових жінок у значній кількості випадків можуть спостерігатися мікроорганізми, зокрема урогенітальні мікоплазми, кандиди. Однак їх наявність необов'язково супроводжується появою патологічних симптомів з боку піхви².

Водночас, більшість жінок хворіють щонайменше один раз впродовж життя на кандидозних вульвовагініт і до 8% із них діагностують рецидивуючі інфекції³.

За останні роки кандидозний вагініт є одним з найбільш розповсюджених захворювань серед інфекцій сечостатевої системи у жінок. Ця інфекція є проблемою у всьому світі та діагностується в мільйонів жінок щорічно⁴. Імунологічні дослідження доводять, що при кандидозному вагініті набуті дріжджоподібні гриби роду *Candida*, як правило, спричиняють імунодефіцитний стан⁵.

Популяційно-генетичний аналіз, що проведений при вивченні популяційних видів і диференціації генотипів *Candida spp.* підтверджує, що в жінок хворих на кандидозний вульвовагініт і рецидивуючий кандидоз переважають клональні структури, які можуть бути важливим маркером при дослідженні факторів вірулентності⁶.

¹ Гуменна К. Ю. Зміни мікробіоценозу піхви у дівчат пубертатного періоду, хворих на сальпінгофорит. /Клінічна та експериментальна патологія. Том XIII, № 3 (49), 2014. – С. 55–58.

² Боднарюк Н. Д. Нормальна мікрофлора порожнини піхви та її зміни в різні вікові періоди. / Буковинський медичний вісник Том 11, № 4, 2007. – С. 128–131.

³ Sobel J. D. Vulvovaginal candidiasis. Lancet. 2007 Jun 9;369 (9577): 1961–1971.

⁴ Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. Crit Rev Microbiol. 2011; 37(3): 250–61.

⁵ Sobel J. D. Pathogenesis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. Clin Infect Dis. 1992; 14(Suppl 1):S148–153.

⁶ Amouri I I, Sellami H, Abbes S, Hadrich I, Mahfoudh N, Makni H, Ayadi A. Microsatellite analysis of *Candida* isolates from recurrent vulvovaginal candidiasis. J Med Microbiol. 2012 Aug; 61 (Pt 8): 1091–6. doi: 10.1099/jmm.0.043992–0. Epub 2012 Apr 26.

Мета дослідження встановити асоціації внутрішньоклітинних мікроорганізмів у хворих на кандидозний вагініт.

Матеріали і методи. Клініко-лабораторне та спеціальне обстеження проведено в 107 жінок, хворих на кандидозний вагініт. Клінічний діагноз підтверджений виділенням із вмісту піхви всіх жінок дріжджоподібних грибів роду *Candida* у популяційному рівні $5,69 \pm 0,37$ lg КУО/мл.

Концентрацію IgM та IgG у периферійній крові (сироватці) визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу (реакції ензим-мічених антитіл — ELISA) з використанням комерційних тест систем (ООО «Цитокін», Санкт-Петербург, РФ).

Проведена оцінка значущості персистуючих внутрішньоклітинних мікроорганізмів у формуванні асоціацій мікробів у патологічному матеріалі, шляхом вираховування на основі суми зустрічання видів даної групи мікроорганізмів, числа обстежених хворих та середнього числа видів у одного хворого.

Одержані цифрові результати клініко-імунологічних досліджень опрацьовані методом варіаційної статистики. Визначали середню арифметичну та її похибки ($M \pm m$). Достовірність відмінності між середніми величинами вибірок проводили з використанням t-критерію Student. Опрацювання результатів дослідження виконували за допомогою програмного продукту Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, USA).

Результати дослідження та їх обговорення

У жінок, хворих на кандидозний вагініт запальні процеси, що спричиняються внутрішньоклітинними мікроорганізмами здебільшого поліетіологічні і формують асоціації із різних збудників. Тому рівень імунодефіцитного стану залежить від збудника хронічного запального процесу та асоціацій мікроорганізмів. Проведені дослідження направлені на виділення та ідентифікацію внутрішньоклітинних мікроорганізмів у хворих на кандидозний вагініт. Вивчення концентрації Ig G у кожної хворої показали, що антитіла виявляли від одного до чотирьох вірусів.

Основні асоціації персистуючих вірусів були різними за видовим складом. Нами встановлено асоціації внутрішньоклітинних мікроорганізмів, що персистують в організмі жінок, хворих на кандидозний вагініт. Монокультура вірусів простого герпесу 1,2 типів, цитомегаловірус та мікоплазми були виділено у 2 хворих, а хламідії у 3 хворих. У більшості хворих мікроорганізми виділялись у вигляді асоціацій, що складаються з 2 видів мікроорганізмів, а саме цитомегаловірус+мікоплазми і цитомегаловірус+вірус гепатиту С в 1 (6,67%) хворої та цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів у 4 (26,67%) хворих. Асоціації, що складаються із 3-х видів, а саме цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів+токсоплазми, цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів+вірус краснухи та цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів+мікоплазми діагностували в 1 (6,67%) хворої. У більшості хворих мікроор-

ганізми виділялись у вигляді асоціацій з 4 видів, а саме цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів+вірус краснухи+токсоплазми у 4 (26,67%) хворих, а цитомегаловірус+віруси простого герпесу 1,2 типів+токсоплазми+хламідії у 2 (13,33%) хворих відповідно.

Таким чином, основними асоціантами, що персистують у хворих на кандидозний вагініт, є цитомегаловірус і віруси простого герпесу 1,2 типу, що складають 26,67% в асоціації із 2-х таксонів.

Одержані результати досліджень, направлені на вивчення збудників запального процесу у 107 жінок хворих на кандидозний вагініт показали, що у 24 жінок, запальний процес обумовлений внутрішньоклітинними мікроорганізмами. Монокультура виявлена в 9 (37,5%) хворих, в 6 (25,0%) виявлено 2 види мікроорганізмів, в 3 (12,5%) виявлена асоціація, що складається із 3 видів, а в 6 25,0% хворих встановлено асоціація, що спостерігалась із 4 видів.

Таким чином, запальний процес у хворих на кандидозний вагініт підтримується не тільки дріжджоподібними грибами роду *Candida*, а й внутрішньоклітинними мікроорганізмами, які персистують переважно у вигляді асоціацій, що складаються з 2, 3 та 4 таксонів.

Своєчасна діагностика захворювань генітального тракту, характеристика стану системи імунітету у жінок репродуктивного віку дає можливість своєчасно відмежувати умовно патогенних асоціантів від основних збудників запального процесу в асоціації з дріжджоподібними грибами роду *Candida*. На нашу думку, внутрішньоклітинні мікроорганізми мають здатність підсилювати вірулентність, що є однією з основних причин встановлення неплідності у жінок репродуктивного віку.

Висновки

1. Персистенція внутрішньоклітинних мікроорганізмів (вірусів та інших мікроорганізмів) носить переважно хронічний характер.

2. У більшості випадків (62,5%) внутрішньоклітинні мікроорганізми персистують у вигляді асоціацій, що складаються з 2, 3 та 4 таксонів. Кожна асоціація складається з герпес вірусів — цитомегаловірусу і вірусу простого герпесу.

Результати даних досліджень можуть бути використані лікарями акушер-гінекологами для діагностики провідного збудника запального процесу у жінок репродуктивного віку.

Список літератури:

1. Боднарюк Н. Д. Нормальна мікрофлора порожнини піхви та її зміни в різні вікові періоди./Буковинський медичний вісник Том 11, № 4, 2007. – С. 128–131.
2. Гуменна К. Ю. Зміни мікробіоценозу піхви у дівчат пубертатного періоду, хворих на сальпінгофорит./Клінічна та експериментальна патологія. Том XIII, № 3 (49), 2014. – С. 55–58.

3. Sobel J.D. Vulvovaginal candidiasis. *Lancet*. 2007 Jun 9;369 (9577): 1961–1971.
4. Sobel J.D. Pathogenesis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Clin Infect Dis*. 1992; 14 (Suppl 1): S148–153.
5. Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. *Crit Rev Microbiol*. 2011; 37 (3): 250–61.
6. Amouri I, Sellami H, Abbes S, Hadrich I, Mahfoudh N, Makni H, Ayadi A. Microsatellite analysis of *Candida* isolates from recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Med Microbiol*. 2012 Aug; 61 (Pt 8): 1091–6. doi: 10.1099/jmm.0.043992-0. Epub 2012 Apr 26.

*Saidova Farida Heyraddin kizi,
Scientific Center of Surgery named after M. A. Topchibashev,
Department of endocrine surgery, senior researcher, MD
E-mail: farida.s.x@mail.ru*

*Shahsuvarov Orudj Museyib oglu,
Scientific Center of Surgery named after M. A. Topchibashev,
Department of endocrine surgery, senior researcher,
the candidate of medical Sciences*

*Aslanova Jalya Baba kizi,
Scientific Center of Surgery named after M. A. Topchibashev,
Department of endocrine surgery, Junior researcher
E-mail: jal-aslanova2005@yandex.ru*

Clinical features, diagnosis and treatment of nodular and multinodular goiter, cervical retrosternal localization

*Саидова Фариди Хейраддин кизи,
Научный Центр Хирургии им. М. А. Топчибашева,
отделение эндокринной хирургии, старший научный сотрудник,
доктор медицинских наук
E-mail: farida.s.x@mail.ru*

*Шахсуваров Орудж Мусейиб оглы,
Научный Центр Хирургии им. М. А. Топчибашева,
отделение эндокринной хирургии, старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук*