

Виходячи з отриманих даних, слід відмітити, що імунологічна стабільність організму матері і плода певною мірою залежить від факторів гуморального імунітету, які забезпечують нормальний розвиток плода і усувають імунологічний конфлікт з організмом вагітної. Вивчення вмісту різних класів імуноглобулінів у фракціях сироваткового білка у вагітних з ускладненим перебігом гестації дозволить встановити певні механізми складних патогенетичних процесів.

ВИСНОВКИ 1. У жінок з фізіологічним перебігом вагітності спостерігаються характерні зміни факторів гуморального імунітету, в порівнянні з показниками здорових невагітних жінок, про що свідчить підвищення вмісту природних антитіл Ig G, які локалізуються у фракціях 23-21, а зниження їх у фракціях 27-24 пов'язане з наявною імуносупресією в організмі вагітних. 2. В післяродовому періоді настає активація окремих гуморальних факторів, зокрема трансформація сироваткового Ig A в слизових оболонках родових шляхів у секреторний Ig A, який направлений на нейтралізацію антигенних чинників з паралельним зниженням природного захисту організму вагітної пологами, кровотратотою і стресовою реакцією. 3. У новонароджених при фізіологічному перебігу вагітності в сироватці крові виявляються тільки Ig G. Локалізація їх в окремих фракціях диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі має свої особливості, які в певною мірою пов'язані з повноцінністю бар'єрної функції фетоплацентарного комплексу.

1. Фонталін Л.Н., Певницький Л.А. Иммунологическая толерантность. – М.: Медицина, – 1978. – 312 с.

2. Булиенко С.Д., Беседин В.Н., Герасун Б.А. Иммунологический контроль за течением беременности. Иммунология репродукции: Тез. докл. – К 1990. – С. 124.

3. Василюк М.Д., Нейко Є.М., Василюк С.М. Клінічна оцінка спектра сироваткового білка та кількісного вмісту Ig G, Ig A, Ig M при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини // Галицький лікарський вісник. – 1999. – Т. 6, № 3. – С. 8-10.

4. Способ прогнозирования течения воспалительного процесса. Авторское свидетельство 1781609 / М.Д. Василюк, В.П. Процюк, В.Є. Нейко, О.М. Макарчук // Бюл. открыт. и изобретений. – 1992. – № 46. – С. 38-40.

5. Говалло В.И. Иммунология репродукции. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

6. Manchinì G., Carbonare A.O., Haremans I.F. Immunochemical Quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2. – P. 235-254.

7. Плескановская С.А., Ахтамова З.М. Иммунологические аспекты гестационного периода // Вопросы охраны материнства и детства. – 1990. – № 9. – С. 57-62.

8. Старостина Т.А., Белокрыничий Д.В. и др. Циркулирующие иммунные комплексы и иммуноглобулины А,М,Г в системе мать-плод при физиологической беременности и гестозе // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 1. – С. 19.

9. Шлома Д.В., Терпиляк О.И., Созанский О.А. Роль клеток-супрессоров в системе мать-плод // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 2. – С. 13.(181)

10. Agrawal S., Sharma R.K., Rishore K., Agarwal S.S. Development of anti-idiotypic antibodies to HLA antigens during pregnancy // Indian J. Med. Res. – 1994. – V.99. – № 1. – S. 42-46. (185).

Пересулько О.П.

СПАДКОВИЙ ФАКТОР В ОЦІНЦІ КЛІНІЧНОГО АНАМНЕЗУ ТА ПЕРЕБІГУ РАКУ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

Буковинська державна медична академія

СПАДКОВИЙ ФАКТОР В ОЦІНЦІ КЛІНІЧНОГО АНАМНЕЗУ ТА ПЕРЕБІГУ РАКУ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ – При обстеженні 520 хворих на рак яєчників, 482 хворих на рак ендометрія виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу та клінічного перебігу захворювання у жінок з обтяженим онкопатологією клініко-генеалогічним анамнезом, що проявляється порушенням менструальної та репродуктивної функцій, високою агресивністю та злоякісністю процесу. Результати дослідження необхідно враховувати при плануванні профілактичних онкологічних оглядів серед жінок.

НАСЛЕДСТВЕННИЙ ФАКТОР В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И ТЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ – При обследовании 520 больных раком яичников, 482 больных раком эндометрия обнаружены особенности акушерско-гинекологического анамнеза и клинического течения заболевания у женщин с обтяженным онкопатологией клинико-генеалогическим анамнезом, что проявляется нарушением менструальной и репродуктивной функций, более высокой агрессивностью и злокачественностью процесса. Результаты исследования необходимо учитывать при планировании профилактических онкологических осмотров среди женщин.

THE INHERITED FACTOR IN EVALUATION OF CLINICAL ANAMNESIS AND CLINICAL COURSE OF FEMALE REPRODUCTIVE SPHERE CANCER – During medical examination of patients with ovaries cancer and endometrioses cancer then were found out the peculiarities of obstetrical and gynaecological anamnesis and clinical course of disease in women with aggravated clinical – genealogical anamnesis which revealed themselves in malfunction of menstrual and reproductive functions high level of aggression and malignancy of the process. The results of the research should be taken into consideration while planning the cancer preventive check ups.

Ключові слова: рак яєчників, рак ендометрія, спадковість, акушерсько-гінекологічний анамнез, клінічний перебіг.

Ключевые слова: рак яичников, рак эндометрия, наследственность, акушерско-гинекологический анамнез, клиника.

Key words: ovaries cancer, endometrioses cancer, inherited factor, obstetrical and gynaecological anamnesis, clinical course.

ВСТУП Епідеміологічна ситуація з онкологічних захворювань в Україні характеризується безперервним зростанням рівня захворюваності на злоякісні пухлини жіночої репродуктивної сфери [1,7].

Накопичені дані з генетики пухлин людини дозволяють розглядати більшість злоякісних новоутворень як результат поєднаної дії генетичних і екзогенних факторів, етіологічне значення яких у генезі різних форм пухлин різне [1,2,5,7]. Роль спадкових факторів, без сумніву, представляє значний інтерес не тільки при вивченні етіології та патогенезу злоякісних пухлин, але й при дослідженні особливостей клінічної маніфестації неопластичного процесу. Існує лише порівняно нечисленна група новоутворень, генетична природа яких чітко встановлена, зокрема це ретинобластома, нефробластома, рак товстої кишки у хворих з спадковим синдромом Гарднера та інші [1]. Більшість же розповсюджених новоутворень людини, в тому числі рак органів жіночої репродуктивної системи, у генетичному відношенні вивчені недостатньо, а питання про співвідношення роль спадкових факторів та чинників зовнішнього середовища в їх етіології залишається відкритим [3,4]. Ця обставина диктує необхідність інтенсифікації досліджень, спрямованих на вивчення етіопатогенетичних чинників розповсюдження конкретної пухлини в популяції, а також особливостей клінічної маніфестації пухлинного процесу залежно від генетичного фактора, оскільки в кінцевому підсумку це зробить можливим розробку та впровадження нових ефективних профілактичних заходів [1,6].

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам діагностики та лікування раку ендометрія та яєчників [2,3,4], питання, пов'язані з особливос-

тями клінічної маніфестації цих новоутворень залежно від обтяженості родоводів онкопатологією, залишаються нез'ясованими.

МЕТА нашого дослідження полягала у порівняльному вивченні деяких аспектів гінекологічного та акушерського анамнезу, а також клінічного перебігу захворювання на рак яєчників (РЯ) та рак ендометрія (РЕ) у жінок з обтяженими і необтяженими за онкопатологією родовами.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Матеріалом для дослідження стали дві вибірки: "рак яєчників" та "рак ендометрія". Вибірку РЯ склали анамнестичні дані про 520 хворих на рак яєчників, вибірку РЕ – дані про 482 хворих на рак ендометрія (пробанди). Обидві вибірки включали відомості про стан здоров'я родичів хворих I-II ступеня спорідненості. Критерієм відбору пробандів у ці вибірки був гістологічно підтверджений діагноз злоякісного новоутворення яєчників та ендометрія.

Для реєстрації даних була розроблена спеціальна анкета, перша частина якої включала: паспортні дані пробандів, їх місце народження, трудову діяльність, побутові та професійні шкідливості, детальний акушерський та гінекологічний анамнези (терміни настання менархе та менопаузи, кількість вагітностей та пологів), перенесені захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ На підставі клініко-генеалогічного аналізу родоводів 520 жінок хворих на РЯ та 482 хворих на РЕ було виділено дві групи жінок:

- I група – 221 (45,86 %) хвора на РЕ і 218 (41,92 %) хворих на РЯ без наявності онкопатології в родовах;
- II група – 261 (54,14 %) хвора на РЕ та 302 (58,05 %) хворі на РЯ, у родичів яких спостерігалися злоякісні новоутворення в кількості від одного до трьох в різних сім'ях.

У родовах 261 хворої на РЕ (II група) було виявлено 374 випадки, а у родовах 302 хворих на РЯ (II група) – 612 випадків злоякісних новоутворень різного генезу, що свідчить про агрегацію пухлин у родовах. Найбільш частими локалізаціями були: рак шлунково-кишкового тракту – 91 (24,33 %) випадків, рак ендометрія – 42 (11,23 %), рак яєчників – 77 (20,59 %) і рак молочної залози – 29 (7,75 %).

Вік усіх хворих варіював у широких межах – від 31 до 81 року. Після розподілу хворих за інтервалом 10 років виявилось, що кількість хворих на РЕ та РЯ в інтервалі 41-50 років у групі з обтяженим онкоанамнезом у родичів (II група) була достовірно більшою, ніж у групі хворих без онкопатології в родовах (I група) – (17,5±4,8) % і (3,9±1,8) % відповідно для РЕ і (18,9±3,9) % і (5,0±2,2) % відповідно для РЯ. В той же час кількість хворих у віковому інтервалі від 51 до 60 років була достовірно вищою в групі з необтяженим онкоанамнезом і становила (53,2±4,4) % для РЕ і (52,0±6,1) % для РЯ. Наведені дані свідчать про те, що у хворих з наявністю злоякісних пухлин у родичів РЕ та РЯ виникає раніше, ніж у хворих з необтяженими онкопатологією родовами.

Аналіз особливостей менструальної функції виявив, що кількість хворих на РЕ II групи, у яких перші менструації з'явилися у віці або до 12, або після 15 років, перевищувала число таких пацієнток I групи. При цьому достовірна різниця відмічена стосовно пізнього початку місячних: число таких хворих в II групі становило (38,3±3,9) %, що було вдвічі більше, ніж в I групі ((15,9±4,4) %). При вивченні термінів настання менопаузи також було виявлено достовірні відмінності: число хворих на РЕ з терміном менопаузи в інтервалі 51-55 років у II групі було достовірно меншим, ніж в I. Аналогічні достовірні відмінності характерні і для хворих на РЯ II групи. Наведені дані свідчать про те, що у хворих на РЕ та РЯ з наявністю онкопатології у родичів менархе і менопауза настають або раніше, або пізніше, ніж у хворих з необтяженим клініко-генеалогічним анамнезом.

Аналіз репродуктивної функції жінок показав, що у хворих на РЕ з наявністю онкопатології в родовах достовірно частіше спостерігається безпліддя, про що свідчить відсутність фактів вагітності ((16,4±4,1) % в II групі і (4,8±2,1) % в I групі відповідно), а також пологів ((17,8±3,9) % в II і (6,8±3,7) % в I групах). Аналогічні достовірні відмінності виявлені стосовно хворих на РЯ – відсутність фактів вагітності ((20,7±4,5) % в II і (9,8±3,2) % в I групах), а також пологів ((21,3±4,7) % і (12,2±3,3) % в II та I групах відповідно).

За гістологічною структурою всі видалені пухлини ендометрія були аденокарциномами. Аналіз ступеня диференціації аденокарцином ендометрія показав, що у хворих II групи в 90 % випадків зустрічалися помірний і низький ступені диференціації пухлини, тоді як у хворих I групи переважали високий і помірний ступені диференціації (86,2 %). Слід звернути увагу, що низький ступінь диференціації РЕ у хворих II групи спостерігався частіше, ніж у хворих I групи – 36,7 % і 9,2 % відповідно, різниця достовірна (p<0,05).

За гістологічною структурою серед видалених пухлин яєчників переважали серозні аденокарциноми. Аналіз ступеня диференціації аденокарцином яєчників виявив достовірні відмінності між досліджуваними групами в частоті різних ступенів диференціації злоякісних новоутворень. Зокрема, в II групі хворих було виявлено достовірно більше випадків низького ступеня диференціації раку, ніж в I групі ((45,0±4,6) % і (10,2±3,5) % для II та I груп відповідно), в той час як число випадків високого та помірного ступенів диференціації достовірно переважало в I групі ((89,8±6,2) % у порівнянні з (55,2±5,3) % в II групі).

Біологічні особливості РЕ та РЯ у виділених групах визначали важкість клінічного перебігу хвороби, на яку вказує наявність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли. Ця ознака спостерігалась у (25,6±4,2) % хворих на РЕ II групи і лише у (6,2±2,6) % хворих I групи, тобто у пацієнток з обтяженим онкоанамнезом у родичів метастази спостерігались в чотири рази частіше, ніж у хворих без онкопатології в родовах. У хворих на РЯ II групи ці ознаки спостерігались у (45±6,8) % випадків, а у хворих з необтяженою спадковістю (I група) – лише у (18,8±3,0) %, різниця достовірна.

Аналізуючи наведені дані, слід відмітити, що у хворих на РЕ та РЯ з наявністю онкопатології в родовах є відмінності як в акушерсько-гінекологічному анамнезі, так і в клінічному перебігу пухлинного процесу. Про особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу перш за все свідчать виявлені відмінності менструальної та репродуктивної функції пацієнток, що характеризуються більш раннім або більш пізнім початком менструацій, ранньою або пізньою менопаузою, високою частотою неплідності. Для клінічного перебігу РЕ перш за все характерний ранній розвиток неопластичного процесу, про що свідчить висока частота виявлення захворювання у жінок середнього віку, а також більш агресивний та злоякісний перебіг хвороби порівняно із хворими без онкопатології в родовах. Біологічні особливості пухлинного росту, а саме зростання частоти помірного та низького ступенів диференціації раку є свідченням високої агресивності та злоякісності процесу. Про це також свідчить важкий ступінь клінічного перебігу захворювання, який можна оцінити за високим метастатичним потенціалом пухлини, що характеризується значно вищою (порівняно із хворими з необтяженою спадковістю) частотою виявлення метастазування у регіонарні лімфатичні вузли.

Все вищенаведене підтверджує, що обтяженість родоводів за онкопатологією відіграє суттєву роль серед комплексу чинників, які модифікують клінічні особливості пухлинного процесу, зокрема у хворих на РЕ та РЯ. Таким чином, інтенсифікація досліджень, спрямованих на вивчення особливостей клінічної маніфестації неопластичного процесу залежно від генетичної обтяженості родоводів поряд із дослідженням етіопатогенетичних факторів, що сприяють розповсюдженню конкретної пухлини в популяції, в

кінцевому підсумку зробити можливим розробку та впровадження нових ефективних профілактичних заходів. Тому лікарі-гінекологи, особливо ті, що ведуть профілактичні онкологічні огляди серед населення, повинні приділяти значну увагу встановленню особливостей клінічного перебігу РЕ та РЯ залежно від дії генетичного чинника, а саме від обтяженості родоводів за онкопатологією.

ВИСНОВКИ 1. У хворих на РЕ та РЯ з обтяженим онкопатологією клініко-генеалогічним анамнезом виявлені особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу та клінічного перебігу пухлин, що проявляються порушеннями менструальної та репродуктивної функцій, високою агресивністю та злоякісністю процесу. **2.** Особливості родоводів хворих, а саме їх обтяженість за онкопатологією, відіграють суттєву роль серед чинників, що модифікують клінічні особливості пухлинного процесу у хворих на РЕ та РЯ. **3.** Встановлення особливостей клінічного перебігу РЕ та РЯ залежно від дії генетичного чинника, а саме від обтяженості родоводів за онкопатологією, потребує значної уваги під час проведення профілактичних онкологічних оглядів серед населення.

1. Акуленко Л.В., Манухин И.Б., Шаблина Н.В., Высоцкий М.М. Современные взгляды на этиологию, патогенез и профилактику наследственного рака органов женской репродуктивной системы // Вопр. репродукции. – 2000. – №1. – С. 14-19.

2. Ганина К.П. Клиническая онкогенетика в Украине // 36. наукових праць "Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології". – Київ-Луганськ-Харків, – 1999. – №4. – С.59-64.

3. Неспрядько С.В., Воробьева Л.И., Полищук Л.В. Клиническое течение рака эндометрия у больных с наличием онкопатологии в родословных // Материалы наук.-практичной конференції "Злоякісні пухлини матки та трофобласту". – Київ, 25-26 листопада 1999 – С.55-56

4. Пересунько О.П. Клініко-генетичний моніторинг груп ризику: основа профілактики і ранньої діагностики раку жіночої статеві сфери // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – Київ-Луганськ-Харків, 1999. – №4. – С. 115-123.

5. Пересунько О.П., Ганина К.П., Федоренко З.П., Сахненко О.М. Клініко-генеалогічний аналіз та моніторинг групи ризику виникнення раку яєчників у жінок Чернівецької області // Онкологія. – 1999. – №4. – С.294-298.

6. Porubova G.M., Ekimova E.M. Familial cancer in women from the Gomel Region of Belarus // Disease Markers. – 1999, 15. – P.86-87.

7. Рак в Україні, 1998. Захворюваність, смертність, виживання, діагностика, лікування Біол. Нац. Канцер-реєстру України / За. ред. С.А.Шалімова. – Київ, 2000. – С.36.