

Zakutnij T.

## ESTIMATION OF ANTIOVARIAN ANTIBODIES IN WOMEN WITH INFERTILITY OF UNEXPLAINED ORIGIN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetrics and gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Bakun O.)

Introduction. In the structure of infertile marriage the main place has still been kept by a tubal factor. The frequency of this infertility factor reaches 18-73%.

Target of the study. To determine the level of antiovarian antibodies in the blood of women with tubal infertility.

Materials and methods. A clinical-laboratory examination has been made of 109 women which were divided into 2 groups: 1 group (main) – 58 women with infertility of tubal origin; 2 group (control) – 51 women. The antiovarian antibodies were determined by means of immunoferrmental set made by the firm Bioserv Ovari-Antibodi ELISA for determination in the blood serum of autoantibodies directed against ovarian antigenes.

Results. 30 women have been examined and divided in two groups in our study. The first group included 20 women with infertility of tubal origin. The second group consisted of 10 healthy women with a preserved reproductive function. The average age of women in the main group didn't differ from the women's age of the control group. Significant majority in the number of women with chronic salpingoophoritis in the main group (6 times more) testified to the possibility of autoimmune salpingoophoritis initiation in the group under study. The level of antiovarian antibodies was determined equal to  $7,1 \pm 0,9$  and in the main group –  $4,1 \pm 0,5$ , which is 1,7 times less than in the control group.

Conclusions. 1. The level of antibodies in the main group of women under study and rise of the level have been determined in patients with a secondary infertility who didn't impregnate for more than 5 years and underwent the following surgery; tubectomy, cystectomy, adnexectomy. 2. On the contrary, the decreased level of antiovarian antibodies has been discovered in patients with a primary infertility who did not impregnate for 5 years as well as in women with uterine pathology and myoma.

Андріїв Ю.В., Задорожна М.А., Гузик Н.В.

## ДИСФУНКЦІЙНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.Д.)

Дисфункційні маткові кровотечі обумовлені функціональними порушеннями в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, в основі яких лежить порушення ритмічної секреції гормонів яєчника. Пріоритетність проведення досліджень в даному напрямку обумовлена, в першу чергу, тим фактом, що вказана нозологічна група належить до числа проліферативних захворювань, які при рецидивному перебігу можуть стати фоном для злякисних новоутворень слизової оболонки порожнини матки. Загальновідомо, що одним із основних етапів адекватної профілактики будь-якого захворювання є виділення груп ризику в популяції щодо його виникнення.

Тому, враховуючи вищесказане, метою нашої роботи було дослідження основних факторів ризику виникнення гіперпластичних процесів ендометрія у жінок пременопаузального віку для розробки алгоритмі прогнозування та профілактики вказаної патології.

Вікова категорія жінок склала 40-55 років, зокрема: 40-45 років - 163; 45-50 - 181; 50-55 - 34. У всіх пацієнок переважали скарги на різного роду порушення менструального циклу (передменструальні кров'янисті виділення, ациклічні кров'янисті виділення, тривалі менструації з значною крововтратою тощо). Тривалість порушень менструального циклу коливалась від 6 міс. до 3 років і в середньому становила  $(1,3 \pm 0,4)$  років (протягом 1-го року відмічалось у - 154; 1,5 року - 133; 2 роки - 64; 3 роки - 27). У 20 хворих, у яких ДМК рецидивували, раніше проводилось лікувально-діагностичне вишкрібання слизової стінки порожнини матки. Оперативне лікування у зв'язку з повторними ДМК та гіперпластичним процесом ендометрія за 3 роки отримали 11 хворих. Більшість пацієнок мали несприятливий преморбідний фон у вигляді поєднання гінекологічної та екстрагенітальної патології.

Висновок. Таким чином, гормональна терапія гіперпластичних процесів ендометрію у жінок на тлі екстрагенітальної патології має бути диференційованою. При відсутності обмінно-метаболічних порушень перевагу у лікуванні гіперпластичних процесів ендометрію необхідно віддавати засобам з найбільш вираженим трансформуючим впливом на ендометрій. Всі жінки з екстрагенітальною патологією та гіперпластичними процесами ендометрію вимагають перед проведенням гормонального лікування поглибленого обстеження.