

**Громадська організація  
«Київський медичний науковий центр»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У МЕДИЧНИХ  
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУКАХ»**

**5-6 грудня 2014 р.**

Київ  
2014

**Бакун О. В.**, кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства і гінекології

**Гримайло Н. А., Мороз Т. М.**, студенти

*Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна*

## **РІВЕНЬ АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ У ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЯЄЧНИКІВ**

Вступ. Аутоімунний оофорит (АО) – це складна багатофакторна нозологічна форма оваріальної недостатності. За сучасними даними, близько 20,0% клінічних спостережень АО обумовлені високим інфекційним індексом. АО як причина первинної яєчничкової недостатності, складає 43–69% при гіпергонадотропній гіпофункції, при нормогонадотропній – 19,2-31,5% [1,3,8]. За даними науковців [5, 6], у 22,3% у жінок з хронічними сальпінгоофоритами формується оваріальна недостатність з наявністю циркулюючих і фіксованих антиоваріальних антитіл. На даний час немає єдиної теорії патогенезу АО. Тривалий час формування АО пов'язували з розвитком полігландулярного аутоімунного синдрому. Відмічено часте поєднання (до 50%) аутоімунного процесу в яєчниках з аутоімунним тиреоїдитом, недостатністю кори наднирників та ін. Ця особливість, на думку науковців, вказує на спільні механізми аутоімунних процесів.

Метою даної роботи було дослідити рівень антиоваріальних антитіл у здорових жінок та у жінок з хронічним оофоритом.

Матеріал та методи дослідження. Нами обстежено 40 жінок репродуктивного віку, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок репродуктивного віку, у яких виявлено хронічний оофорит в період загострення або за клінічно-анамнестичними даними. II – контрольна – 10 репродуктивно здорових жінок, які народжували.

Визначення антиоваріальних антитіл проводили за допомогою імуноферментного аналізу (набори фірми Bioserv Ovari-Antibodi-ELISA) для визначення в сироватці крові аутоантитіл направлених проти оваріальних антигенів.

Одночасно із визначенням антиоваріальних антитіл, досліджували гормональний гомеостаз, показники неспецифічного і специфічного імунного захисту. Проводили бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження, УЗД органів малого тазу. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного пакету STATISTICA-5.5 A(StatSoft,Inc.,США). Достовірність різниці ( $p < 0,05$ ) визначали з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що у жінок репродуктивного віку з хронічним сальпінгоофоритом рівень антиоваріальних антитіл склав  $86,6 \pm 4,7$  Од/мл (26 жінок), у другій клінічній групі –  $6,7 \pm 0,8$  Од/мл (8 жінок).

Хронічні запальні захворювання яєчників у жінок репродуктивного віку викликали утворення антиоваріальних антитіл в період загострення у

45,7% обстежених, на стадії клінічно-лабораторного обстеження – у 23,7% пацієнок з формуванням оваріальної недостатності. У розвитку аутоімунного оофориту етіопатогенетичними чинниками були тривалість захворювання більше 5-ти років, мікст форми з переважанням хламідійно-гонорейного інфікування в поєднанні з *Corynebacterium*, *Nisseria*, *Enterobacteriaceae*.

В результаті досліджень, встановлена залежність між утворенням циркулюючих антиоваріальних антитіл і тривалістю запального процесу.

Аналіз анамнестичних даних пацієнок основної та контрольної груп показав наступне: середній вік пацієнок основної групи склав  $33,0 \pm 0,6$  роки, контрольної –  $32,0 \pm 0,8$  роки ( $p > 0,05$ ).

В основній групі кількість пацієнок, які вагітніли всього склала 70,0%, із них: 50,0% склали пацієнтки, які мали одну або дві вагітності і 20% – пацієнтки які мали три вагітності і більше. У свою чергу в контрольній групі ці ж показники склали: всього пацієнок, які вагітніли – 100%, з них мали одну або дві вагітності 70,0%, три і більше вагітності – 30,0%. Отже, можна припустити, що у 30,0% пацієнок основної групи мали первинне безпліддя і у 50,0% пацієнок-вторинне. За анамнестичними даними виявили, що у основній групі одні або двоє пологів було у 50,0% жінок, а три і більше пологів – не було у жодної з пацієнок. У контрольній групі: одні або двоє пологів було у 70,0% жінок, а три і більше пологів було у 30,0% пацієнок. Отже, у пацієнок основної групи три і більше вагітності завершувалися самовільними викиднями.

#### Висновки

1. Антиоваріальні антитіла присутні у жінок репродуктивно здорових так і у хворих із хронічними сальпінгоофоритами.
2. Важливим чинником у виникненні безпліддя є хронічний сальпінгоофорит;
3. Визначення антиоваріальних антитіл є важливим кроком у розвитку репродуктології;
4. У розвитку аутоімунного оофориту етіопатогенетичними чинниками є тривалість захворювання на сальпінгоофорит більше 5 років.

#### Література:

1. Айламазян Е. К., Габелкова К. А., Гогзян А. М., Потін В.В. Аутоімунний оофорит (патогенез, діагностика, перспективи лікування) // Акушерство і гінекологія. – 2002. – № 2. – С. 7–9.
2. Бакун О.В. Методи лікування аутоімунного оофориту // Буковинський медичний вісник. – 2006. – Т. 10, № 3. – С. 137–141.
3. Бакун О.В. Характеристика рівня антиоваріальних антитіл у нормі і при патології // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2007. – № 1. – С. 99–101.
4. Габелова К. А., Гзгзян А. М., Богданова М. Н., Потин В. В., Хохлов П. П. Применение эстрогенов и гестагенов при аутоиммунном оофорите // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – № 1. – С. 49–53.

5. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунная овариальная недостаточность на различных этапах терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2008, том 7, № 6 – С. 5–9.
6. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунная овариальная недостаточность на различных этапах терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2008, том 7, № 6 – С. 5–9.
7. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Характеристика инфекционного фактора при аутоиммунной овариальной недостаточности. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2008, № 4. – С. 65–68.
8. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунный оофорит воспалительного генеза и репродуктивная функция // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 32–35.
9. Van Kasteren Y. M., Von Blomberg M., Koek A. et al. Incipient ovarian failure show the same immunological profile // Am. J. Reprod. Immunol. – 2000. – Vol. 43. – № 6. – P. 359–366.

**Бакун О. В.**, кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства і гінекології

**Колодзінська Л. Ф., Патраш С. В.**, студенти

*Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна*

## **ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ**

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – стан обумовлений зниженням вмісту заліза в сироватці крові, кістковому мозку і депо у зв'язку з великими його витратами на створення фетоплацентарного комплексу і перерозподілом на користь плоду.

Залізодефіцитна анемія залишається серйозною проблемою екстра геніальної патології в акушерстві, оскільки частота захворювання не знижується. Частота анемії вагітних складає 15–80% [10]. У 9 з 10-ти хворих анемія носить залізодефіцитний характер.

Необхідна добова доза заліза 18 мг – для невагітних жінок. Майже у половини всіх жінок до початку вагітності резерви заліза дуже малі. Розвивається дефіцит заліза і під час вагітності. Це пов'язано з тим, що вагітність супроводжується додатковою втратою заліза: 320–500 мг заліза витрачається на приріст гемоглобіну і клітинний метаболізм, 100 мг на розвиток плаценти, 50 мг – на збільшення розмірів матки, 400–500 – на потреби плода. В результаті, з урахуванням запасного фонду, плід забезпечується залізом