

7. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion / G. Borg // Med. Sci. Sports Exerc. — 1982. — N 14. — P. 377–381.

8. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test // Am. J.

Respir. Crit. Care Med. — 2002. — N 166. — P. 111–117.

9. Кундієв Ю. І. Порівняльна характеристика стану професійної захворюваності в Україні і світі / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Л. О. Добро-

вольський // Український журнал з проблем медицини праці. — 2009. — № 2. — С. 3–11.

10. Чучалин А. Г. Одышка: патофизиологические и клинические аспекты / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — 2004. — № 5. — С. 6–16.

УДК 616.233-002+616.24-007.272]-036.1-057-07:613.633:621
И. Ф. Костюк, А. А. Калмыков, В. Л. Прохоренко,
В. П. Брыкалин

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У РАБОТНИКОВ ПЫЛЕВЫХ ПРОФЕССИЙ МАШИНОСТРОЕНИЯ

Обследовано 102 мужчины (25 человек с пылевым бронхитом (ПБ), 28 лиц с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) I стадии, 49 больных с ХОЗЛ II стадии). Контроль — 15 практически здоровых добровольцев. Средний возраст — (52,30±4,71) лет, средний производственный стаж — (20,70±2,05) лет. Показано, что длительность, частота обострений ПБ и ХОЗЛ, продолжительность контакта с пылью могут служить клиническими критериями и предикторами прогрессирования заболеваний. Определенные выраженности одышки, величину ОФВ₁ и пройденное пациентом расстояние в тесте с 6-минутной ходьбой рекомендуется использовать для оценки функционального состояния респираторной системы у больных с ПБ и ХОЗЛ.

Ключевые слова: клинические проявления, пылевая патология, хронический бронхит, хроническое обструктивное заболевание легких.

UDC 616.233-002+616.24-007.272]-036.1-057-07:613.633:621
I. F. Kostyuk, A. A. Kalmykov, V. L. Prokhorenko,
V. P. Brykalin

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC BRONCHITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OF OCCUPATIONAL ORIGIN IN MACHINE-BUILDING INDUSTRY WORKERS

There were examined 102 males (25 men with dust bronchitis (DB), 28 persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) of I stage, 49 patients with COPD of II stage). The control group included 15 healthy volunteers. The mean age was (52,30±4,71) years, the mean working experience — (20,70±2,05) years. The clinical course, exacerbation rate per year, term of dust influence may serve as clinical criteria and predictors of disease progression. Intensity of dyspnea, FEV₁ value and distance of 6-minute walk test are recommended to evaluate the respiratory system functional condition in patients with DB and COPD.

Key words: clinical manifestation, dust pathology, chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease.

УДК 618.11-005.1-091:001.53

В. О. Ситнікова, д-р мед. наук, проф.,
Т. О. Ліщиновська

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ДЖЕРЕЛАХ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Одеський національний медичний університет

Вступ

Апоплексія яєчників упродовж багатьох років посідає друге місце серед невідкладних станів у гінекології. Патологія найчастіше зустрічається у жінок репродуктивного віку [1]. Найчастіше причиною апоплексії яєчників є розрив судин зрілого граафового фолікула, судин строми яєчника, жовтого тіла, кісти жовтого тіла, фолікулярних і ендометріюїдних кіст [2].

У численних дослідженнях, виконаних вітчизняними і зарубіжними вченими, доведено,

що морфологічним субстратом апоплексії яєчника у більшості випадків є кісти жовтого тіла (60,0–82,1 %). Значно рідше інтраабдомінальний крововилив спричиняється розривом стінки фолікулярної (14,0–17,9 %) та ендометріюїдної (2,0–4,5 %) кіст яєчника [3; 4]. Переважну більшість яєчникових кровотеч припиняють і лікують консервативно [5; 6]. Оперативного лікування загалом потребують хворі з яєниковою кровотечею, що не припиняється, вираженим больовим синдромом та за наявності великого об'єму кровотечі [7].

Незважаючи на достатньо вивчені клінічні особливості апоплексії яєчників, у літературі обмаль даних про морфологічні зміни у джерелах апоплексії яєчників залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі.

Мета дослідження — порівняти морфологічні зміни у джерелах апоплексії яєчників із різним об'ємом внутрішньочеревної кровотечі.

Матеріали та методи дослідження

Було проаналізовано 66 клінічних випадків апоплексії яєч-

ників. Вік хворих варіював від 18 до 35 років (у середньому — $25,7 \pm 2,1$ року). Усім пацієнткам ургентно було виконане лапароскопічне оперативне втручання за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- і біполярної електрохірургічної техніки [8]. Патоморфологічному дослідженню підлягали шматочки тканини яєчників, отримані під час операції. Матеріал фіксували у 10%-му нейтральному формаліні, заливали у парафін. Для морфологічного дослідження з кожного блока робили не менше 5–7 ступінчастих зрізів. Депарафіновані зрізи завтовшки 5 мкм забарвлювали гематоксилін-еозином.

Результати дослідження та їх обговорення

Залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі хворі були поділені на три клінічні групи. Перша група — об'єм гемоперитонеума до 150,0 мл (36 пацієнток), друга група — об'єм гемоперитонеума від 150,0 до 500,0 мл (20 хворих), третя група — об'єм гемоперитонеума від 500,0 мл і вище (10 жінок).

При патоморфологічному дослідженні операційного матеріалу пацієнток першої групи було встановлено, що у 10 (27,8%) випадках джерелом апоплексії були ендометріодні кісти, у 17 (47,2 %) — кісти жовтого тіла, у 9 (25 %) — жовте тіло з крововиливом.

Серед гінекологічних захворювань у пацієнток першої групи була виявлена така патологія: хронічний сальпінгоофорит — 10 (27,8 %) випадків; серозні кісти великих розмірів — 7 (19,4 %); захворювання шийки матки — 4 (11,1 %); спайкова хвороба органів малого таза II і III ступенів — 8 (22,2 %); у 7 (19,4 %) випадках гінекологічна патологія не була виявлена.

Джерелами апоплексії яєчників у пацієнток другої гру-

пи були: жовте тіло — 7 (35,0 %) випадків; кісти жовтого тіла — 13 (65,0 %).

Серед гінекологічних захворювань у пацієнток другої групи була виявлена така патологія: хронічний сальпінгоофорит — 6 (30,0 %) випадків; серозні кісти великих розмірів із крововиливом — 3 (15,0 %); захворювання шийки матки — 6 (30,0 %); спайкова хвороба органів малого таза II і III ступенів — 4 (20,0 %); у 1 (5,0 %) випадку супровідна гінекологічна патологія не була виявлена.

Джерелами апоплексії яєчників у пацієнток третьої групи були: жовте тіло — 4 (40,0 %) випадки; кісти жовтого тіла — 6 (60,0 %).

Серед гінекологічних захворювань у пацієнток третьої групи була виявлена така патологія: хронічний сальпінгоофорит — 2 (20,0 %) випадки; внутрішній ендометріоз — 3 (30,0 %); спайкова хвороба органів малого таза II і III ступенів — 2 (20,0 %); у 3 (30,0 %) випадках супровідна гінекологічна патологія не була виявлена.

Таким чином, хронічний сальпінгоофорит найчастіше виявлявся у хворих першої та другої груп дослідження. Спайкова хвороба органів малого таза II і III ступенів траплялась однаково часто у всіх трьох групах дослідження. Захворювання шийки матки найчастіше зустрічалися в другій групі дослідження.

При морфологічному дослідженні джерел апоплексії яєчників привертала увагу такі дисциркуляторні розлади, як крововиливи у сполучнотканинну капсулу жовтого тіла та кісти жовтого тіла, шар гранульозо-текалютеїнових клітин, повнокров'я судин мікроциркуляторного русла, наявність тромбів у просвіті судин артеріального та венозного типів, порушення цілісності судинної стінки за наявності або відсутності запальної інфільтрації навколо.

При патоморфологічному дослідженні джерел апоплексії першої групи стінка ендометріодних кіст складалася зі сполучної тканини, вистеленої кубічним епітелієм. У цитогенній стромі та тканині яєчника виявлялися ендометріодні залози. Вміст кіст був дьогтеподібний, з наявністю гемосидерину.

У стінках ендометріодних кіст спостерігався набряк, великоосередкові крововиливи. У судинах мікроциркуляторного русла виявлялися червоні пристінкові тромби, навколо судин — виражений набряк строми, незначна лейкоцитарна інфільтрація (рис. 1).

Гістологічна будова кіст жовтого тіла характеризувалася наявністю внутрішнього фіброзного шару, за яким розміщувалися шари гранульозо-текалютеїнових клітин і зовнішньої сполучнотканинної капсули. Жовте тіло складалося із зовнішньої сполучнотканинної капсули та шару гранульозо-текалютеїнових клітин.

Кісти жовтого тіла та жовте тіло першої групи спостереження характеризувалися геморагічним вмістом і наявністю гематоми в порожнині, що збігається з даними інших авторів [9].

Таким чином, не виключено, що виникнення гематоми в порожнині пояснювало мінімальний об'єм гемоперитонеума.

Циркуляторні розлади проявлялися помірним повнокров'ям судин мікроциркуляторного русла, наявністю поодиноких червоних пристінкових тромбів у судинах артеріального типу, що, згідно з дослідженнями інших авторів, свідчить про ушкодження судинного ендотелію, оголення ендотеліального шару, що у сукупності призводить до активації тромбоцитів та утворення тромбів [10]. Дисциркуляторні розлади проявлялися дрібноосередковими крововиливами довкола судин, помірним набряком у сполучнотканинній капсулі (рис. 2).

При вивченні джерел апоплексії яєчників другої групи

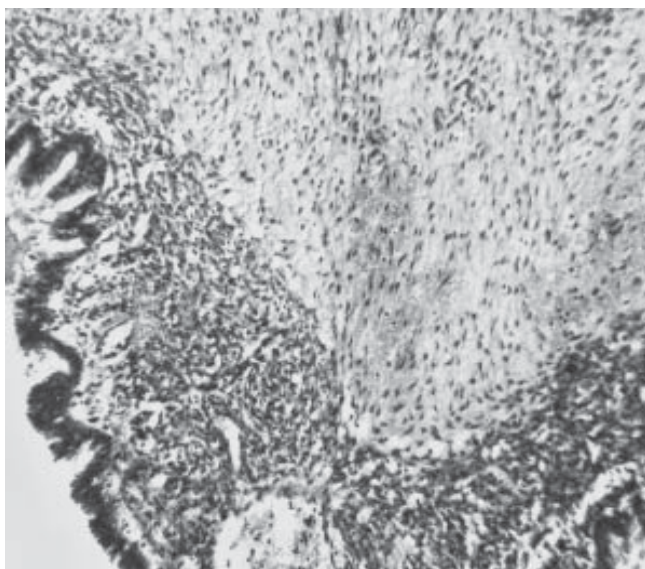


Рис. 1. Жінка 24 років. Об'єм гемоперитонеума 50,0 мл. Стінка ендометріюїдної кісти яєчника з крововиливом. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Ок. $\times 10$. Об. $\times 20$

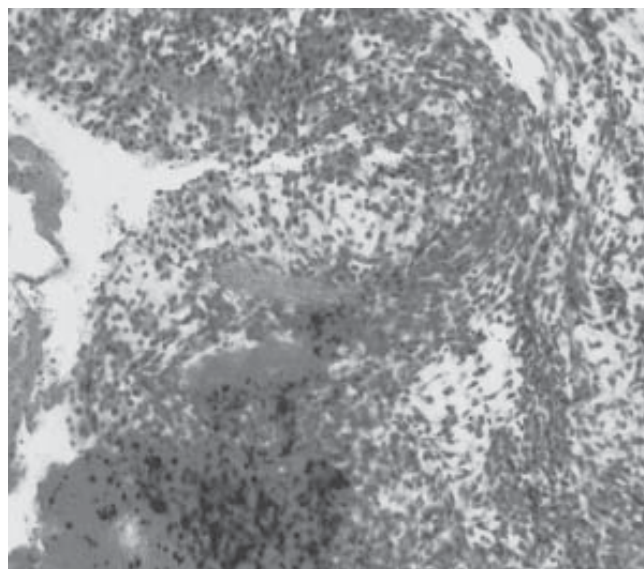


Рис. 2. Жінка 21 року. Об'єм гемоперитонеума 110,0 мл. Ділянка жовтого тіла з тромбом у порожнині. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Ок. $\times 10$. Об. $\times 20$

привертала увагу більш виражені, порівняно з першою групою, дисциркуляторні розлади, які характеризувалися наявністю вираженого набряку сполучнотканинної капсули і кіст жовтого тіла, що супроводжувалося незначною лейкоцитарною та лімфоцитарною інфільтрацією. Судини сполучнотканинної капсули кіст жовтого тіла розташовувалися з різною щільністю, переважали судини артеріального типу з добре розвиненим м'язовим шаром, які чергувалися з полями з незначною кількістю судин і великою кількістю фібробластів (рис. 3). Дисциркуляторні розлади проявлялися великоосередковими крововиливами в сполучнотканинну капсулу і шари гранульозотекальютеїнових клітин із частковою їх деструкцією. Просвіт судин артеріального і венозного типів розширений. У просвіті — помірна кількість еритроцитів, пристінкових червоних тромбів із частковим гемолізом еритроцитів. У 12 випадках базальна мембрана артеріальних судин була розпушена, спостерігалася осередкова десквамація ендотелію.

Таким чином, для другої групи спостережень були характерні великоосередкові крововиливи у сполучнотканинну капсулу жовтого тіла та сполучнотканинну капсулу кісти жовтого тіла з частковою її деструкцією. Зміни у судинах з боку базальної мембрани й ендотелію у судинах артеріального типу не виключають порушення основних функцій ендотелію (паракринної, захисної та синтезу антикоагулянтів) [11; 12].

При порівняльному аналізі джерел апоплексії третьої групи спостережень привертала увагу дисциркуляторні розлади, що виявлялися великоосередковими крововиливами у сполучнотканинну капсулу кісти жовтого тіла і шар гранульозотекальютеїнових клітин з їх деструкцією, великоосередковими крововиливами у тканину яєчника з частковою її деструкцією. Спостерігалися розпушення базальної мембрани артеріальних судин з десквамацією ендотелію, порушення цілісності судинної стінки (рис. 4). Збільшувалася кількість судин з червоними обтуруючими тромбами. На-

вколо судин виявлялася виражена лейкоцитарна інфільтрація.

Висновки

1. Найчастіше джерелом апоплексії яєчників є кісти жовтого тіла.
2. Для мінімального об'єму гемоперитонеума характерна наявність тромбів у порожнині кіст або безпосередньо в порожнині жовтого тіла.
3. Існує залежність об'єму гемоперитонеума від дисциркуляторних розладів у джерелі апоплексії.
4. При апоплексіях яєчників у 20 % випадків діагностується спайкова хвороба органів малого таза.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується більш детальне вивчення системи гомеостазу у жінок з апоплексією яєчників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гладчук І. З. Апоплексія яєчника в сучасній гінекології / І. З. Гладчук, В. Л. Кожаков, О. В. Якименко // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 4. — С. 56–58.
2. Айлмазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айлмазян,

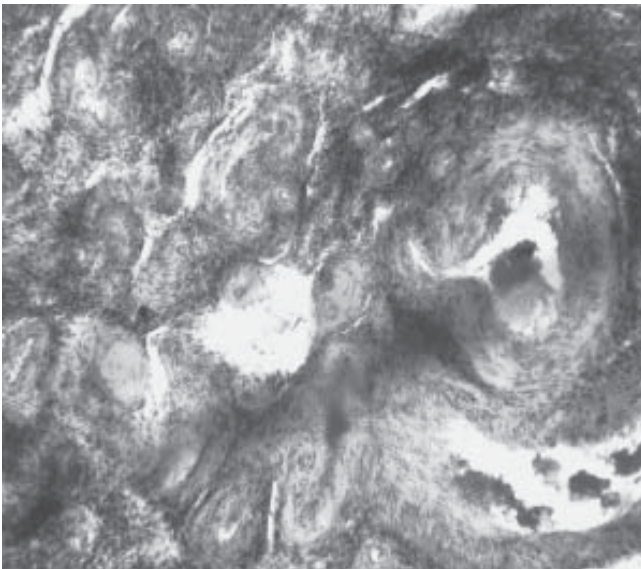


Рис. 3. Жінка 30 років. Об'єм гемоперитонеума 450,0 мл. Ділянка сполучнотканинної капсули жовтого тіла з щільно розташованими судинами артеріального типу. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Ок × 10. Об. × 20

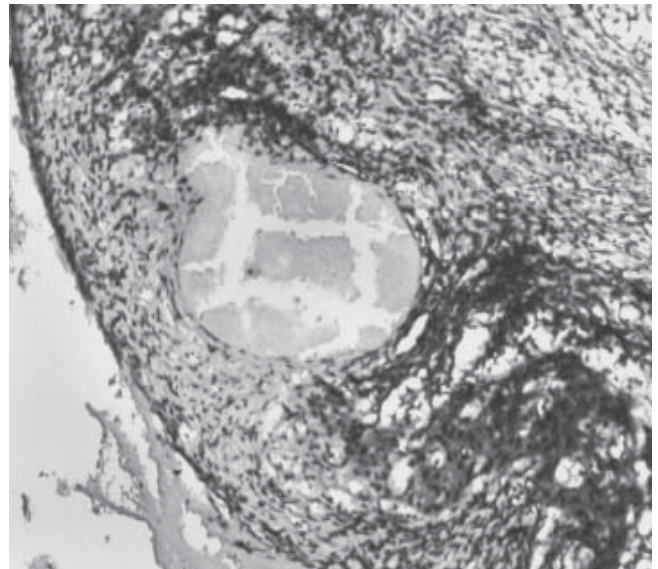


Рис. 4. Жінка 22 років. Об'єм гемоперитонеума 650,0 мл. Тромбоз судини та порушення цілісності судинної стінки. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Ок × 10. Об. × 20

И. Т. Рябцева. — М.: Медицинская книга, 2003. — 183 с.

3. Назаренко О. Я. Лапароскопія в діагностиці і лікуванні апоплексії яєчника / О. Я. Назаренко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — 2007. — С. 117–119.

4. Применение новинета и кавинтона в комплексной реабилитационной терапии пациенток, перенесших апоплексию яичника / О. Ю. Пивоварова, А. А. Евсеев, Ю. А. Голова [и др.] // Гинекология. — 2003. — Т. 5, № 3. — С. 2–14.

5. Радзинский В. Е. Неудачи репродуктивной хирургии / В. Е. Радзинский, А. О. Духин, А. И. Алев // Технологии XXI века в гинекологии. — М., 2008. — С. 173–175.

6. Archibong E. A. Spontaneous hemoperitoneum from ruptured thecal cyst / E. A. Archibong, M. Eskandar, A. A. Sobande // Saudi Med. J. — 2003, Jan. — Vol. 33 (1). — P. 30–33.

7. Гладчук І. З. Особливості вегетативної регуляції хворих з апоплексією яєчників / І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. С. Вастьянов // Досягнення біології та медицини. — 2009. — № 2. — С. 33–36.

8. Оперативна лапароскопія та штучне запліднення в лікуванні хворих з неплідністю трубного походження / О. М. Юзько, Т. А. Юзько, С. П. Польова, С. Г. Приймак // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 111–114.

9. Морфофункціональні особливості придатків матки у жінок ре-

продуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників / І. Б. Вовк, Т. Д. Задорожна, В. К. Кондратюк [та ін.] // Здоров'я жінчини. — 2007. — № 1. — С. 169–171.

10. Грицай Н. Н. Система гемостаза при порушенні мозгового кровообращения / Н. Н. Грицай, В. П. Мищенко, В. А. Пинчук // Міжнародний неврологічний журнал. — 2006. — № 5. — С. 12–14.

11. Насонов Е. Антифосфолипидний синдром / Е. Насонов. — М.: Медицина, 2004. — 243 с.

12. Эндотелиальная дисфункция в генезе перинатальной патологии / Г. Т. Сухих, Е. М. Вихляева, Л. В. Ванько [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 5. — С. 3–7.

УДК 618.11-005.1-091:001.53

В. О. Ситнікова, Т. О. Ліщиновська

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ДЖЕРЕЛАХ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Було проаналізовано 66 клінічних випадків апоплексії яєчників у жінок репродуктивного віку. Залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі хворі були поділені на три клінічні групи: перша група — до 150,0 мл, друга група — від 150,0 до 500,0 мл, третя — вище 500,0 мл. Встановлено, що найчастіше джерелом апоплексії яєчників є кісти жовтого тіла. Існує залежність об'єму гемоперитонеума від дисциркуляторних розладів у джерелі апоплексії.

Ключові слова: апоплексія яєчників, жовте тіло, внутрішньочеревна кровотеча.

UDC 618.11-005.1-091:001.53

V. O. Sytnikova, T. O. Lischinovska

COMPARATIVE ANALYSIS OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN OVARIAN APOPLEXY ORIGIN IN FERTILE AGE WOMEN

There were analysed 6 clinical cases of ovarian apoplexy in the fertile age women. The patients were divided into three groups depending on intraabdominal bleeding volume: the 1st group — up to 150.0 ml, the 2nd group — from 150.0 to 500.0 ml and the 3rd group — over 500.0 ml. It is established that more frequent the source of ovarian apoplexy are corpus luteum cysts. There is dependence of hemoperitoneum volume on circulation disorders in apoplexy origin.

Key words: ovarian apoplexy, corpus luteum, intraabdominal bleeding.