

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-16>

**СКЛАДНІ ПОРУШЕННЯ ВІТАМІННОГО  
ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СТАТУСУ  
У ЖІНОК З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ  
МАТКИ ЛЕЙОМІОМОЮ ТА АДЕНОМІОЗОМ**

**Запорожченко М. Б.**

*доктор медичних наук,  
професор кафедри акушерства та гінекології  
Одеський національний медичний університет*

**Сидоренко А. В.**

*асистент кафедри акушерства та гінекології  
Одеський національний медичний університет*

**Парубіна Д. Ю.**

*кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства та гінекології  
Одеський національний медичний університет*

**Булгар А. В.**

*лікар акушер-гінеколог  
КНП «Міська клінічна лікарня № 11» Одеської міської ради  
м. Одеса, Україна*

**Вступ:** Поєднана патологія матки лейоміома та аденоміоз у жінок молодого віку відноситься до одних з найпоширеніших патологій матки, та являється важливою причиною репродуктивних втрат та зниження якості життя.[1]. До сьогодні немає єдиної думки, щодо етіології виникнення пухлинних процесів матки. Поєднана патологія матки є гормонозалежним процесом, генетично обумовленим, та перебігає на фоні складних імунологічних, метаболічних та запальних процесів [2].

**Мета:** Дослідити вміст вітамінів (віт Д, Е, фолієва кислота, тіамін) та мікроелементів (мідь, цинк, кальцій) в крові та в видалених тканинах матки. Виявити можливий дисбаланс вітамінного-, та мікроелементного статусу у жінок репродуктивного віку з поєднаною патологією матки лейоміоною та аденоміозом.

**Матеріали та методи:** В проспективному обстеженні прийняло участь 150 жінок репродуктивного віку. До контрольної групи I були зараховані 30 практично здорових жінок. До основної клінічної (II)

групи ввійшло 120 жінок репродуктивного віку що мали поєднану патологію матки лейоміому та аденоміоз. Основна група була розділена на дві групи. До першої клінічної групи (ПА) були віднесені жінки ( $n=60$ ), що страждали на лейоміому та аденоміоз активного клінічного перебігу (вузловий, дифузний, дифузно – осередковий III–IV ступенів тяжкості), у другу клінічну групу (ПБ) були зараховані ( $n=60$ ) пацієнтки, що страждали на лейоміому та аденоміоз неактивного клінічного перебігу (дифузний та дифузно–осередковий I – II ступенів тяжкості).

#### **Результати та їх обговорення:**

Референтні межі вмісту вітаміну *B1* у крові становлять 49,0 і більше мкг/л. Рівень вітаміну *B1* у крові жінок контрольної групи дорівнював ( $119,5\pm 7,2$ ) мкг/л, групи ПА – ( $86,4\pm 5,2$ ) мкг/л, що 1,4 разу менше, ніж у контрольній групі ( $p<0,05$ ). У групі ПБ у середньому концентрація вітаміну *B1* у крові становила ( $80,7\pm 1,2$ ) мкг/л, що було у 1,5 разу нижче по відношенню до контрольної групи ( $p<0,05$ ). Порівняно з групою ПА вміст вітаміну *B1* був нижчим у 1,1 разу ( $p<0,05$ ). При цьому у 40 (65,2 %) жінок репродуктивного віку групи ПБ встановлено субклінічний дефіцит тіаміну при рівні менше (49,0) мкг/л. У контрольній групі вміст фолієвої кислоти був у межах референтних величин. В групах ПА і ПБ рівень фолієвої кислоти був достовірно нижчим ( $p<0,001$ ) по відношенню до групи I у 1,3; 1,6 рази ( $p <0,05$ ), у середньому – 1,5 разу.

Референтні величини вітаміну *D* складають (30 – 50) нг/мл. Вміст вітаміну *D* на рівні 10 – 30 нг/л розцінюється як стан субклінічного дефіциту, < 10 нг/л – дефіцит. У контрольній групі I вміст вітаміну *D* був у межах фізіологічної норми. У групі ПБ рівень вітаміну *D* був у 5,4 рази нижчим, ніж у контрольній групі I ( $p<0,05$ ), в групі ПА – у 4,9 рази ( $p<0,05$ ), в середньому – у 5,2 разу. Така різниця у показниках обох груп розцінювалась як субклінічний дефіцит вітаміну *D*.

Концентрація вітаміну *E* у контрольній групі I була у межах референтних величин. В групах ПА і ПБ рівень вітаміну *E* був у межах (11,3 – 11,4) мкг/л. В середньому вміст вітаміну *E* був нижчим показників контрольної групи у 1,5 разу ( $p<0,05$ ), що розцінювалось як стан субклінічного дефіциту.

Феритин є одним із основних показників зміни вмісту в сироватці крові депонування заліза. Референтні значення складають (13,0 – 150,0) нг/мл. Низький рівень феритину має місце при залізодефіцитній анемії, кровотечах, хронічних захворюваннях різної етіології. У жінок групи I вміст феритину склав ( $150,4\pm 7,5$ ) нг/мл і не виходив за межі референтних величин. У групі ПА концентрація феритину склала ( $12,6\pm 0,6$ ) нг/мл, у групі ПБ – ( $11,2\pm 0,5$ ) нг/мл, що було нижче нижньої межі референтних величин, а у порівнянні з групою I менше у 11,9 та 13,4 разів відповідно – в середньому – у 12,7 разу.

У суцільній крові жінок контрольної групи (I) вміст цинку, міді узгоджувався з регіональними показниками і був вірогідно вищим ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками у груп ПА та ПБ. По відношенню до контрольної групи вміст цинку був меншим у групі ПА у 1,9; міді – більшим у 1,25 рази. Для групи ПБ вміст цинку був у 2,0 рази меншим, міді – у 1,2 рази більшим, ніж у групі I. У суцільній крові жінок контрольної групи вміст кальцію становив  $(2,55 \pm 0,01)$  ммоль/л і узгоджувався з регіональними показниками норми [3]. У суцільній крові жінок групи ПА вміст кальцію дорівнював  $(2,10 \pm 0,01)$  ммоль/л, що суттєво не відрізнялося від показників контрольної групи ( $p > 0,05$ ), але свідчило про його тенденцію до зниження, можливо, внаслідок нагромадження у лейоміоцитах. У групі ПБ відмічалось достовірне збільшення рівня кальцію у суцільній крові, порівняно з групами I та ПА –  $(3,02 \pm 0,01)$  ммоль/л, а саме у 1,2 та 1,4 рази відповідно ( $p < 0,05$ ).

Вміст цинку, міді у видалених тканинах матки жінок групи ПА склали  $(18,9 \pm 0,21)$  мкг/дл та  $(2,33 \pm 0,14)$  ммоль/г, у групі ПБ –  $(16,8 \pm 0,22)$  мкг/дл та  $(1,73 \pm 0,08)$  ммоль/г. Вміст цинку, міді у видалених тканинах матки був достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) у групі ПБ у 1,13; 1,35 рази, ніж у ПА. У жінок групи ПБ при лейоміомі та аденоміозі неактивного типу у видалених тканинах матки концентрація кальцію досягла  $(9,60 \pm 0,11)$  ммоль/г. При лейоміомі та аденоміозі активного типу у видалених тканинах матки концентрація кальцію дорівнювала  $(8,20 \pm 0,11)$  ммоль/г, що було у 1,2 рази менше порівняно з вмістом у видалених тканинах матки жінок групи ПБ ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Визначення вмісту вітамінів(тіаміну, фолієвої кислоти, віт Е, Д) в крові, та мікроелементів цинку, міді, кальцію в біологічних тканинах і рідинах організму жінки має практичне значення з позицій своєчасної профілактики мікроелементозів, які є ланцюгами патогенетичного кола виникнення та розвитку пухлинних процесів зокрема лейоміомі та аденоміозу, соматичних захворювань. Матка як орган має властивість нагромаджувати цинк, мідь, кальцій у клітинах та у позаклітинному просторі тканин міометрію, ендометрію, що свідчить про їх роль у розвитку поєднаної патології матки. Своєчасне виявлення та корекція вітамінно-мікроелементних відхилень сприяє профілактиці виникнення пухлинних процесів, та позитивним результатам саме в комплексній терапії, що доведено нашими результатами.[4].

### Література:

1. Сидорова И. С. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2012. № 4. С. 22–28.

2. Ших Е. В., Богатырева Л. М., Павлович С. В., Гребенщикова Л. Ю. Влияние витаминно–минеральных комплексов на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией. *Справочник врача общей практики*. 2013. № 2. С. 63–70.

3. Запорожченко М. Б. Характеристика лабораторних показників обстеження жінок репродуктивного віку хворих на поєднану патологію матки: лейоміому та аденоміоз. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. – 2019. – Т. 23. № 1. – С. 120–125

4. Сидоренко А.В. Комплексне лікування поєднаної патології матки: лейоміоми та аденоміозу у жінок репродуктивного віку. *дис. доктора філософії*: 222 «Медицина» 2020.

5. Запорожченко М. Б. Сочетание лейомиомы и эндометриоза у женщин репродуктивного возраста. *Репродуктивна ендокринологія*. – 2017. – № 4(36). – С. 24–31.

6. Запорожченко М. Б. Ефективність запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки–лейоміомою та аденоміозом. *Здоров'я жінки*. – 2019. – № 1(137).

7. Ефремов А. И., Матвеевский Н. А., Сафронов И. Д., Пахомова Ю. В. Содержание микроэлементов–антиоксидантов в крови у женщин с миомой и раком тела матки. *Медицина и образование в Сибири*. 2012. № 1. С. 74–79.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-17>

## **ХАРАКТЕР ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ З ВТОРИННИМИ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ НА ТЛІ НЕКОМПЕНСОВАНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ**

**Зражевська А. Ю.**

*магістр медицини,*

*аспірант кафедри ортопедичної стоматології та ортодонтії*

*ПВНЗ «Київський медичний університет»*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Часткова відсутність зубів залишається основною патологією зубощелепного апарату в усі вікові періоди впродовж не одного десятиліття [1]. Відомо, що вторинні зубощелепні деформації, які виникають внаслідок своєчасно некомпенсованих дефектів зубних рядів