

Список літератури

1. Братусь В.В. Воспаление как патогенетическая основа атеросклероза / В.В.Братусь, Т.В.Талаева //Укр. кардіол. журнал.- 2007.- №1.- С.90-96.
2. Губкин С.В. Оценка риска возникновения осложнений и прогноз у больных крупноочаговым инфарктом миокарда в остром периоде и у пациентов с ИБС до и после аортокоронарного шунтирования /С.В.Губкин, Е.Г.Оганова, О.А.Черныш //Военная медицина.- 2010.- №2.- С.112-117.
3. Нозадзе Д.Н. Моноциты в развитии и дестабилизации атеросклеротической бляшки /Д.Н.Нозадзе //Атеросклероз и дислипидемии.- 2012.- №3.- С.24-36.
4. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease //Eur. Heart J.- 2013.- Vol.34.- P.2949-3003.
5. ACC/AHA/ACP-ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines //JACC.- 2003.- Vol.41.- P.159-68.
6. Anogeianaki A. Atherosclerosis: a classic inflammatory disease //A.Anogeianaki, D.Angelucci, E.Cianchetti [et al.] //Int. J. Immunopathol. Pharmacol. - 2011. - Vol.24, №4. - P.817-825.
7. Audoy-Remus J. Rod-shaped monocytes patrol the brain vasculature and give rise to perivascular macrophages under the influence of proinflammatory cytokines and angiopoietin-2 /J. Audoy-Remus //J. Neurosci.- 2008.- Vol.28.- P.10187-10199.
8. Devaraj S. The evolving role of C- reactive protein in atherothrombosis /S. Devaraj //Clin. Chem.- 2009. - Vol.55 (2). - P. 229-380.
9. Hansson G.K. The immune system in atherosclerosis /G.K.Hansson, A.Hermansson //Nat. Immunol.- 2011.- Vol.12(3).- P.204-212.
10. Jousilahti P. The association of C-reactive protein, serum amyloid A and fibrinogen with prevalent coronary heart disease baselin findings of the PAIS project. / P.Jousilahti //Atherosclerosis.- 2001.- Vol. 156.- P.451-456.
11. Kaptoge S. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis / S. Kaptoge, E. Di Angelantonio, G.Lowe [et al.] //Lancet.- 2010.- Vol.375, №9709.- P.132-140.
12. Packard R.R. Inflammation in atherosclerosis: from vascular biology to biomarker discovery and risk prediction /R.R.Packard, P.Libby //Clin. Chem.- 2008.- Vol.54.- P.24-38.
13. Pearson T.A. CDC/AHA Workshop on markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice / T.A.Pearson, G.A.Mensah, Y.Hong, S.C.Smith //Circulation.- 2004.- Vol.110 (25).- P.e543-e544.
14. Ridker P.M. Residual inflammatory risk: addressing the obverse side of the atherosclerosis prevention coin /P.M. Ridker //Eur. Heart J.- 2016.- Vol.37(22).- P.1720-1722.
15. Young I. High-Sensitivity C-Reactive Protein and cardiovascular Disease / I.Young, N.Rifai //Clinical Chemistry.- 2009.- Vol.55.- P.201-202.

Романова В.А.

ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Резюме. Дана оцінка можливості використання показателів загального аналізу крові, рівня фібриногена і СРП, określених висококочувствительним методом, у больових з різними клінічними варіантами ІБС в якості індикаторів латентного судинного запалення і предикторів дестабілізації атеросклеротического процесу.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, системное воспаление, анализ крови, С-реактивный протеин, фибриноген.

Romanova V.O.

INDICATORS OF NONSPECIFIC SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Summary. We assess the possibility of using a common blood test indicators, fibrinogen concentration in the blood and high-sensitive CRP in patients with CHD as an indicators of latent vascular inflammation and predictors of atherosclerotic process destabilization.

Key words: coronary heart disease, systemic inflammation, blood count, C-reactive protein, fibrinogen.

Рецензент - д.мед.н., проф. Осовська Н.Ю.

Стаття надійшла до редакції 3.06.2016 р.

Романова Валентина Олександрівна - аспірант кафедри внутрішньої медицини №1 ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38(0432)661198; romanova1270@gmail.com

© Таран О.А.

УДК: 618.146-007.17

Таран О.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПОПУЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Резюме. В статі наведені результати популяційного дослідження анамнестичних та клінічних факторів ризику щодо розвитку рецидиву цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (ЦІН) у жінок репродуктивного віку. Нами було виявлено, що до групи ризику з рецидиву ЦІН входять жінки, які мали в анамнезі: ранній початок статевого життя, раннє народження першої дитини, часту зміну сексуальних партнерів, запальні захворювання генітального тракту, порушення біоценозу піхви, екстрагенітальну патологію, яка пов'язана із імунодефіцитом та дисбактеріозом, застосовували пероральні та внутрішньоматкові контрацептивні засоби, відзначали травму цервікального каналу під час абортів та неадекватну терапію.

Ключові слова: ЦІН, стратифікація ризику, дисбіоз піхви, рак шийки матки.

Вступ

Шийка матки за рахунок своїх особливостей займає важливе місце в репродуктивній системі, визначаючи перспективи повноцінного запліднення, неускладненого виношування вагітності та пологів у термін. Рак шийки матки (РШМ) є одним з найбільш важких захворювань органів репродуктивної системи жінок. У країнах, що розвиваються раку шийки матки належить третє місце за рівнем захворюваності. У 2013 році виявлено двократне зростання патології у жінок у віці до 30 років. Щорічно в світі реєструють 370 000 нових випадків РШМ, який щорічно забирає життя 190 000 жінок [1]. У той же час зростання частоти необґрунтованих хірургічних втручань на шийці матки у жінок репродуктивного віку підтверджує необхідність проведення додаткових досліджень в цьому розділі гінекології [6]. За даними канцер-реєстру України в 2009-2010 рр. захворюваність РШМ складала 20,5 на 100000 жіночого населення, показник смертності відповідно - 9,05 на 100 000 жіночого населення [3].

Цервікальний скринінг повинен базуватися на популяційному реєстрі, охоплювати більшість вразливих представників населення й включати більш активне обстеження пацієнток. Цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (ЦІН), є найчастішою формою морфологічного передраку шийки матки, що характеризується атипією епітелію шийки матки з порушенням "шаруватості", але без залучення в процес строми. Для епітеліальних дисплазій характерне порушення визрівання та диференціювання клітин плоского багат шарового епітелію, що вкриває шийку матки. Головним фактором патогенезу ЦІН вважається інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ). ДНК ВПЛ високого ступеня онкогенного ризику (переважно 16 і 18 типів). При ЦІН I ВПЛ визначається в 25% випадків, ЦІН II - 80%, ЦІН III і *in situ* - 88%. Вірогідність розвитку інтраепітеліальної раку у хворих, що страждають цервікальною інтраепітеліальною неоплазією, в 20 разів вище, а інвазивного раку - в 8 разів вище, ніж у здорових жінок. З огляду на першорядну роль ВПЛ в розвитку цервікальної неоплазії та високу поширеність даної інфекції серед населення, скринінг на ВПЛ здійснює важливий напрямок ранньої діагностики соціально значущих захворювань шийки матки. У той же час широке виявлення ВПЛ у населення без урахування характеру перебігу інфекції призводить до гіпердіагностики що може визначати надмірно агресивну медикаментозну та хірургічну тактику гінеколога і онколога [2]. Заданими ВООЗ (2001 р.) при відсутності обтяжуючих чинників протягом трьох років плоскоклетинні внутрішньоepітеліальні ураження низького ступеня тяжкості, що містять ВПЛ, піддаються регресії в 50-60% спостережень. У той же час у 15-28% жінок з наявністю ДНК ВПЛ високого онкогенного ризику (при нормальній цитології) протягом двох років розвивається сквамозна інтраепітеліальна неоплазія.

Крім ВПЛ, до числа збудників найбільш розповсюд-

жених генітальних інфекцій відносяться віруси родини Herpes Viridae (віруси простого герпесу 1-2 типу - ВПГ 1-2 типу і цитомегаловірус - ЦМВ), які часто рецидивують і не викликають стійкого імунітету. У США, Канаді, країнах Євросоюзу носіями таких вірусів є 30-50% населення. Ще однією поширеною інфекцією статевих шляхів жінок є хламідіоз враховуючи тропність *Chlamydia trachomatis* до призматичного епітелію ендоцервіксу. Пов'язана з цими збудниками значна частота хронічних запальних процесів ендоцервіксу свідчить про необхідність подальшого вивчення ролі цих комутагенів у розвитку фонових і передракових процесів шийки матки [9].

Дані аспекти розширюють коло проблеми розвитку патології шийки матки та охоплюють загальний репродуктивний потенціал населення, впливаючи на можливість зачаття і виношування вагітності, підвищуючи ризик народження недоношених дітей. За даних умов особливого значення мають різні ретро- і проспективних наукові дослідження, метою яких є виявлення та визначення значущості, а також корелятивних взаємин нових факторів ризику [5].

Своєчасна діагностика і адекватна терапія ЦІН, розробка і використання нових методів функціонально-щадної та водночас адекватної терапії, стає однією з найбільш актуальних проблем в профілактиці РШМ.

Таким чином, аналізуючи представлені дані літератури, можна стверджувати, що в світі до цього часу немає чітких рекомендацій щодо вибору методу терапії передпухлинної і початкової пухлинної патології шийки матки, асоційованої з ВПЛ. Усі наявні методи лікування знижують ризик виникнення РШМ, проте надалі він залишається високим з огляду на тривалу персистенцію вірусного генома. Збереження найважливішого фактора репродуктивного здоров'я жіночого організму - структурно-функціональних характеристик шийки матки, є одним з основних напрямків у вирішенні питання профілактики розвитку РШМ і його лікування.

Враховуючи все вищевказане, особливо актуальним є пошук науково обґрунтованих етіопатогенетичних підходів до органозберігаючого лікування хворих на ЦІН, які б дали змогу зменшити обсяг хірургічних втручань, а в окремих випадках і уникнути їх; знизити кількість рецидивів, а також зберегти репродуктивну, сексуальну функцію, що забезпечить якість життя жінки [8,9].

Метою нашого проспективного дослідження став, популяційний аналіз факторів ризику рецидування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи

У дослідженні прийняли участь 94 хворих жінок репродуктивного віку з рецидивом цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. Термін після попереднього лікування та верифікованого негативного результату на ЦІН

сягав від 2 до 3 років.

Згідно структури пацієнтки з ЦІН були розподілені наступним чином: після ЦІН I - 34,0%; після ЦІН II - 38,3%; після ЦІН III - 27,7%. Пацієнтки, які були задіяні у дослідженні, знаходились на обстеженні та лікуванні в кабінеті патології шийки матки МКПБ № 1 м. Вінниця в 2010-2012 роках. Діагностика неоплазій шийки матки включала в себе клінічні, кольпоскопічні, цитогістологічні й імуногістохімічні методи дослідження.

Визначення патологічних процесів цервікального епітелію проводилося відповідно до загальноприйнятої Міжнародної статистичної класифікації хвороб (1992). Клінічні групи спостереження були сформовані нами на підставі виконаного обстеження.

У першу групу ввійшли 58 жінок з ЦІН II, у другу групу 36 пацієнток з ЦІН III. Оцінювались анамнестичні та клінічні фактори, до яких відносились: вік, анамнез життя, гінекологічна та репродуктивна функції, матеріально-соціальний статус, умови праці, шкідливі звички, екстрагенітальна патологія, комутагені, вид лікування.

Варіаційно-статистична обробка результатів дослідження була виконана за допомогою програми "MedCalc Version 16.4.3" (2015, ENG) з визначенням основних варіаційних показників: відношення шансів (ВШ), довірчого інтервалу (ДІ), середньоквадратичного відхилення (σ). Достовірність отриманих результатів визначалась за допомогою критерію Стьюдента.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова встановлено, що проведене дослідження не суперечить основним біоетичним нормам.

Результати. Обговорення

Вік обстежених пацієнток з рецидивом ЦІН на момент дослідження варіював від 19 до 45 років та склав у середньому $28,2 \pm 3,1$ років.

Початок менархе у пацієнток з першої клінічної групи був $12,2 \pm 1,2$ років, у другій групі дослідження вищевказаний показник становив $11,7 \pm 1,1$ років відповідно. У першій групі цикл встановився відразу, нормальний цикл, протягом маніфестації ЦІН, діагностувався у 72,4%, в другій групі оваріо-менструальний цикл встановився через $8,2 \pm 0,7$ місяців після менархе (у середньому), відсутність порушень менструального циклу припадало на 77,8% обстежуваних. Початок статевого життя у жінок в групах дослідження складав, в середньому, з $17,8 \pm 2,1$ року. З них 28,7% жінок вступали в статеві контакти до 16 років.

Біль під час статевого акту визначалась у 13,7% та 16,7% пацієнток в першій та другій клінічних групах відповідно (ВШ 0,78, 95% ДІ [0,35 - 1,73], $p=0,55$). Кров'янисті виділення під час та після статевого акту відмічали 5,2% та 8,3% обстежуваних 1-ої і 2-ої груп (ВШ 0,60, 95% ДІ [0,19 - 1,92], $p=0,39$). При розпиті і зборі анамнезу з'ясувалося, що 55,2% (32 жінки) мали двох і більше статевих партнерів, в першій групі, для другої клінічної

групи цей показник був 55,5% відповідно. 79% опитуваних, у загальній популяції відповідали, що не знали про здоров'я статевого партнера або були впевнені, що він здоровий. Основними скаргами пацієнток були свербіж (38,3%), печіння в області зовнішніх статевих органів (23,4%), помірні виділення з піхви з неприємним запахом (48,9%), були відсутні скарги у 51,1% жінок.

У 79,3% задіяних в дослідженні з I групи, в анамнестично діагностувались запальні захворювання внутрішніх статевих органів (аднексит, сальпінгіт), у 55,2% жінок з цієї ж групи діагностувалися ендocerвікоз та в 58,6% - бактеріальний вагіноз. В II групі вищевказані показники становили 77,8%, 61,1% та 66,7% відповідно (ВШ 1,18, 95% ДІ [0,57 - 2,23], $p=0,73$, ВШ 0,78, 95% ДІ [0,44 - 1,37], $p=0,39$ та ВШ 0,71, 95% ДІ [0,40 - 1,26], $p=0,24$).

Загальна кількість інфікованих ВПЛ жінок склало 84 (89,4%): 52 (93,1%) - з ЦІН II ст., 32 (88,9%) - з ЦІН III ст. При обстеженні на хвороби, що передаються статевим шляхом та неспецифічні захворювання інфекційної патології виявлено: кандидоз - 13,8% та 22,2% (ВШ 0,53, 95% ДІ [0,25 - 1,12], $p=0,1$), уреоплазмоз - 20,7% та 27,8% (ВШ 0,67, 95% ДІ [0,35 - 1,31], $p=0,24$), мікоплазмоз - 8,6% та 8,3% (ВШ 1,0, 95% ДІ [0,36 - 2,78], $p=1,0$), хламідіоз - 24,1% та 30,5% (ВШ 0,74, 95% ДІ [0,39 - 1,38], $p=0,34$), генітальний герпес - 10,3% та 11,1% (ВШ 0,90, 95% ДІ [0,36 - 2,22], $p=0,82$), трихомоніаз - 5,2% та 5,5% (ВШ 1,0, 95% ДІ [0,28 - 3,57], $p=1,0$) у першій та другій групах проспективного дослідження.

Тільки 24,5% (23 особи) користувалися бар'єрними методами контрацепції. Проте, у першій групі 44,8% використовували комбіновані оральні контрацептиви (КОК), 17,2% - внутрішньо маткові системи (ВМС). В другій групі обстежуваних 41,7% жінок приймали КОК, 36,1% використовували ВМС (ВШ 1,13, 95% ДІ [0,64 - 1,99], $p=0,67$ та ВШ 0,36, 95% ДІ [0,19 - 0,71], $p=0,003$, відповідно).

Засоби для інтимної гігієни (мило, гелі) використовували 77,7% жінок, проте щоденне користування відмічали тільки 59,6%, інші пацієнтки користувалися "при випадку" або до чи після статевого акту. Під час менструації 64,9% застосовували тампони в якості гігієнічного засобу, 20,2% з цією ж метою користувалися прокладками.

У першій клінічній групі 89,6% жінок народжували, причому перші пологи припадали на вік до 18 років у 53,4%. У 72,4% пологи були тільки раз. Кількість вагітностей у цій групі була наступна: 34,5% - одна вагітність, 27,6% - дві вагітності, 17,2% - три вагітності та у 10,3% - більше трьох вагітностей. В другій групі всі жінки, хоча б один раз народжували. Тільки одні пологи в анамнезі були в 66,7% жінок (ВШ 1,33, 95% ДІ [0,73 - 2,45], $p=0,35$). Одна вагітність була у 27,8% (ВШ 1,40, 95% ДІ [0,76 - 2,56], $p=0,28$), дві вагітності - 33,3% (ВШ 0,75, 95% ДІ [0,41 - 1,38], $p=0,35$), три і більше у 38,9% обстежуваних (ВШ 0,60, 95% ДІ [0,33 - 1,10], $p=0,097$).

Кількість жінок, які виконували аборти в першій групі становила 53,4% і більше двох абортів були зроблені 46,5% опитуваними. В другій клінічній групі аналогічні показники становили - 63,8% та 47,2% (ВШ 0,66, 95% ДІ [0,37 - 1,16], $p=0,15$ та ВШ 0,96, 95% ДІ [0,55 - 1,68], $p=0,89$, відповідно).

Аналізуючи умови праці жінок досліджуваних груп, встановлено, що більшість пацієнтів (81,9%), як першої, так і другої клінічних груп дослідження були забезпечені житлом, мали задовільний матеріальний статус та регулярне харчування. 69,1% респонденток були домогосподарками. Тільки 14,9% жінок мали важкі умови праці, яка була пов'язана з гіпертермією та роботі з хімічними речовинами.

Аналіз шкідливих звичок пацієнток (паління, прийом алкоголю), дозволив нам виявити, що достатньо велика кількість пацієнток у першій групі - 72,4%, у другій групі - 66,7% палили, більш ніж 5 сигарет на добу (ВШ 1,33, 95% ДІ [0,73 - 2,45], $p=0,35$). Вживання алкоголю в клінічних групах жінок з рецидивом інтраепітеліальної неоплазії було нами встановлено у 44,7% пацієнток, причому переважна більшість жінок (38,3%) вказувала на вживання слабоалкогольних напоїв.

Велика кількість пацієнтів мала в своєму анамнезі захворювання шлунково-кишкового тракту (55,3%) та гепато-біліарної системи (40,4%). Також, хотілося б відмітити зростання захворювань на ГРВІ протягом року у 62,8% жінок, які приймали участь у проспективному дослідженні.

Під час попереднього лікування ЦІН жінкам була застосовані наступні методики: криодеструкція 23,4%, криодеструкція з попереднім інтрацервікальним введенням

донаторів інтерферону 21,3%, діатермокоагуляція 17,0%, діатермокоагуляція з попереднім інтрацервікальним введенням донаторів інтерферону 27,7% та лазерна вапоризація - 10,6%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Клінічні групи, що були нами відібрані були однорідні, не визначались статистично достовірні відмінності за ознаками, що були досліджені.

2. До групи ризику по рецидиву ЦІН були зараховані пацієнтки, які відзначали в анамнезі: ранній початок статевого життя (до 16 років) та раннє народження першої дитини (до 18 років), часту зміну сексуальних партнерів, запальні захворювання генітального тракту і комутагенні, порушення мікробного пейзажу піхви (використання засобів для інтимної гігієни, бактеріальний вагіноз, кандидоз), застосування пероральних і внутрішньоматкових засобів контрацепції, травматизацію під час абортів, екстрагенітальну патологію яка пов'язана із імунodefіцитом та дисбактеріозом (часті ГРВІ та хронічні захворювання травної системи), застосування неоптимальної терапії та мали пристрась до паління.

3. Вибір методу лікування має ґрунтуватися на дотриманні забезпечення оптимальної терапії, в результаті чого буде попереджено виникнення рецидивів захворювання і прогресування патологічного процесу.

Застосування методів лікування, які поєднують онкологічну радикальність та функціональну збереженість органу у жінок, на основі персоніфікованої стратифікації ризику по виникненню рецидивів ЦІН, дозволить зберегти репродуктивну функцію у майбутньому.

Список літератури

1. Киселев В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. /Киселев В. И. - М.: Компания "Димитрейд График Групп", 2004. - 180с.
2. Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги. Розділ 1.15. Доброякісні та передракові процеси шийки матки //Наказ МОЗ України №676 від 31.12.2004. - Київ, 2004.- С.127-140.
3. Рак в Україні 2009-2010 : захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] /З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] //Бюл. нац. канцер-реєстру України; Національний інститут раку.- Київ, 2011.- Вид. №12. - Режим доступу: <http://www.ucr.gs.com.ua/>
4. Ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки / С.А. Сельков [и др.] //Акуш. и гинекол.- 2005. - №3. - С.17-20.
5. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: Руководство для практикующего врача /Роговская С.И.- М., 2008.- 192с.
6. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference: 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests /Т.С. Jr. Wright, L.S. Massad, C.J. Dunton [et al.] //Am. J. Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol. 197, Iss. 4. - P.346-355.
7. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies /P. Appleby, V. Beral, A. Berrington de Gonz?lez [et al.] //Lancet. - 2007. - Vol.370 (9599).- P. 1609-1621.
8. Persistent human papillomavirus infection and smoking increase risk of failure of treatment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) / Acladios, N. //Intern. J. of Cancer.- 2002.- Vol.98 (3). - P.435-439.
9. Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors /M.Madeleine, T. Anttila, S.M. Schwartz [et al.] //Int. J. Cancer. - 2007.- Vol.120 (3). - P.650-655.

Таран О.А.

ПОПУЛЯЦИОННИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕННЯ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Резюме. В статтю приведено результати популяційного дослідження анамнестических і клінічних факторів ризику розвитку рецидива цервікальної інтраепітеліальної неоплазії у жінок репродуктивного віку. Нами було виявлено, що в групу ризику по рецидиву ЦІН входять жінки, у яких в анамнезі були: раннє початок половий життя, раннє народження першого дитини, часта зміна сексуальних партнерів, запальні захворювання генітального

тракта, порушення біоценоза влагалища, екстрагенітальна патологія пов'язана з імунodefіцитом і дисбактеріозом, застосування пероральних і внутриматочних контрацептивних засобів, відзначали травму цервікального каналу в час абортів і не адекватну терапію.

Ключевые слова: ЦИН, стратифікація ризику, дисбіоз влагалища, рак шийки матки.

Taran O.A.

THE POPULATION ANALYSIS OF DEVELOPMENT RISK CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Summary. *The results of property investigations of anamnestic and clinical risk of recurrent cervical intraepithelial neoplasia among women of reproductive age. According to our results at high risk for recurrence of CIN includes women who report a history of early sexual activity, early birth of first child, a frequent change of sexual partners, inflammatory diseases of the genital tract, co-mutagens, disorder of the microbial landscape of the vagina, use of oral contraceptives and intrauterine devices, trauma of the cervical canal during abortion, smoking, extragenital pathology associated with immunodeficiency and dysbiosis, and treatment of which didn't contain the cancer radicality and preservation of functional organ in women of reproductive age.*

Key words: *CIN, risk stratification, dysbiosis of vagina, cervix cancer.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Булаченко О.В.

Стаття надійшла до редакції 23.06.2016р.

Таран Оксана Анатоліївна - к. мед. н., доц. кафедри акушерства та гінекології №1 ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(097)5381206; taranoa@ukr.net

© Костюк О.Г., Ткачук Т.В., Корнеєва С.П., Поляков М.М., Ковальов О.О., Бурков М.В.

УДК: 612.13-089:[612.382+616-006]

Костюк О.Г.¹, Ткачук Т.В.¹, Корнеєва С.П.³, Поляков М.М.⁴, Ковальов О.О.², Бурков М.В.¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова¹ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), ДЗ "ЗМАПО МОЗ України"² (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096), Запорізький центр трансплантації і хронічного гемодіалізу³ (Оріхівське шосе, 10, м. Запоріжжя, Україна, 69050), Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповалова⁴ (Московський проспект, 195, м. Харків, Україна, 61000)

ОЦІНКА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТЕРІО-ВЕНОЗНОЇ ФІСТУЛИ У ДІАЛІЗНИХ ТА ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Резюме. *В статті приводиться оцінка центральної гемодинаміки в умовах використання артеріо-венозних фістул у онкологічних хворих з різною локалізацією раку. До однієї з груп входили пацієнти з хронічною нирковою недостатністю.*

Ключові слова: *артеріо-венозна фістула, центральна гемодинаміка.*

Вступ

Для проведення цитотоксичної хіміотерапії в клінічній онкології з метою створення тривало функціонуючого судинного доступу найчастіше використовують тимчасовий катетер в периферичній вені передпліччя, а також тимчасовий катетер або "повністю імплантовані судинні системи" в одній з центральних вен системи верхньої порожнистої вени [3, 4, 5, 10]. Альтернативним судинним доступом для проведення протипухлинної терапії є артеріо-венозна фістула, сформована на передпліччі онкологічного хворого (за аналогією з таким же судинним доступом для проведення хронічного гемодіалізу у пацієнтів з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності) [1, 2, 6, 7, 8, 9].

Вивчено можливість негативних наслідків артеріо-венозної фістули на стан центральної гемодинаміки хворих на хронічну уремію, які можуть проявлятися неконтрольованою артеріальною гіпертензією та перевантаженням правих відділів серця з прогресуванням систолічної та діастолічної дисфункцій міокарда.

Дослідження, присвячені вивченню впливу артеріо-венозної фістули на стан центральної гемодинаміки онкологічного пацієнта, в літературі відсутні.

Мета дослідження - вивчити стан центральної гемодинаміки онкологічних пацієнтів в умовах функціонуючої артеріо-венозної фістули.

Матеріали та методи

Пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 14 онкологічних пацієнтів (5 чоловіків і 9 жінок) з різною локалізацією раку, яким в якості судинного доступу з метою проведення тривалої цитотоксичної хіміотерапії в ад'ювантному та паліативному режимах формували артеріо-венозну фістулу на передпліччя. До другої групи - 50 хворих (36 чоловіків і 14 жінок) з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності, які отримують лікування хронічним гемодіалізом. Всі пацієнти протягом 2012-2015 років перебували на лікуванні у Вінницькому обласному онкологічному диспансері, Запорізькому обласному онкологічному диспансері та Запорізькому центрі трансплантації та хронічного гемодіалізу.

Для оцінки стану центральної гемодинаміки використовували двохвимірну ехокардіоскопію, яку виконували на медичному діагностичному ультразвуковому ком-