

Список літератури

- Корж А.Н. Сердечно-сосудистая патология у больных хроническим обструктивным заболеванием легких /А.Н. Корж //Международ. журнал.- 2008.- №2.- С.41-46.
- Перцева Т.О. Особливості перебігу порушень серцевого ритму та провідності у хворих із поєднанням ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії та хронічного обструктивного захворювання легень за даними ретроспективного аналізу / Т.О.Перцева, О.В.Фесенко //Медицинські перспективи.- 2009.- Т.ХІV, №3.- С.27-31.
- Потабашній В.А. Критерії систолічної дисфункції лівого шлуночка при хронічній серцевій недостатності у хворих з ішемічною хворобою серця і артеріальною гіпертензією в поєднанні з хронічними обструктивними хворобами легень /В.А.Потабашній //Медицинські перспективи.- 2004.- Т.Х, №2.- С.25-29.
- Фещенко Ю.И. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких /Ю.И.Фещенко //Український пульмон. журнал.- 2010.- №1.- С.6-10.
- Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Canada cardiovascular disease in COPD patients / S.M.Curkendall, C.Deluisse, J.K. Jones [et al.] //Ann. Epidemiol.- 2006.- Vol.16.- P.63-70.
- Carverley P.M.A. Cardiovascular event in patients with COPD: TORCH Study results /P.M.A.Carverley //Thorax.- 2010.- №65.- P.719-725.
- Left Ventricular diastolic dysfunction in COPD may manifest Myocardial Ischemia /P.Bhattacharyya, D.Acharjee, S.N.Ray [et al.] //COPD.- 2012.- №9.- P.345-347.

Распутина Л.В.

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ - ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМО ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

Резюме. С целью изучения структурно-геометрического ремоделирования левого и правого желудочка у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), сопутствующей артериальной гипертензией в зависимости от пола, обследовано 256 больных, с сочетанным течением ХОЗЛ и АГ, средний возраст которых составил 60,7±3,4 лет. Диагностировано, что среди мужчин достоверно чаще выявляли признаки систолической дисфункции левого желудочка, среди женщин - нарушение диастолической функции левого желудочка. При оценке правых отделов сердца диагностированы более тяжелые изменения правого желудочка, а именно толщина стенки правого желудочка и признаки объемной перегрузки правого желудочка.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническое обструктивное заболевание легких, эхокардиография, пол.

Rasputina L.V.

STRUCTURAL AND GEOMETRIC REMODELING OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ACCORDING TO GENDER EXAMINED

Summary. With the goal to study the structural and geometric remodeling of the left and right ventricles of the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), concomitant arterial hypertension (AH) depending on the sex, the 256 patients who had a combined course of COPD and hypertension, whose average age was 60,7 ± 3,4 years were examined. Found that males significantly more often showed the signs of left ventricular systolic dysfunction and the women - were more pronounced violation of diastolic of the left ventricular dysfunction. In assessing of the right parts of the heart the harder changes of the right ventricle were diagnosed such as the thickness of the wall of the right ventricle and the signs of the volume overload of the right ventricle.

Key words: arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, investigation.

Стаття надійшла до редакції 17.04.2013 р.

Распутина Леся Вікторівна - доктор мед. наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; raspulina.l@mail.ru.

© Крижанівська А.Є., Кіндратів Е.О., Михайлюк І.О.

УДК: 616-08+616-006.6+618.146+615.849.1

Крижанівська А.Є.*, Кіндратів Е.О.***, Михайлюк І.О.**

Івано-Франківський національний медичний університет, курс онкології*, кафедра патоморфології та судової медицини** (вул.Галицька, 2, м.Івано-Франківськ, 76000, Україна)

ПАТОМОРФОЗ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ІІВ СТАДІЇ ПРИ НЕОАД'ЮВАНТНІЙ СИСТЕМНІЙ ПОЛІХІМОТЕРАПІЇ

Резюме. З метою вивчення лікувального хіміотерапевтичного патоморфозу проведено морфологічне дослідження 74-х випадків раку шийки матки ІІВ стадії яким застосовувалась неоад'ювантна системна ПХТ за схемою FP (цисплатин 100 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² з 1-го по 4-й день) 2-3 курси кожні 3 тижні, оперативне втручання в об'ємі пангістеректомії ІІІ типу. Ступінь вираженості лікувального патоморфозу паренхіматоно-стромальних компонентів оцінювали за шкалою Г.А.-Лавнікової (1976). Аналіз лікувального патоморфозу показав, що пошкодження І ступеня фіксували у 3 (4,1%) випадках, ІІ - у 46 (62,1%), ІІІ - у 13 (17,6%), ІV - у 12 (16,2%). Індекс пошкодження становить 61,2%. Висока частота (95,9%) розвитку хіміотерапевтичного патоморфозу підтверджує чутливість раку шийки матки ІІВ стадії до застосування неоад'ювантної системної ПХТ. При передопераційному лікуванні хворих на рак шийки матки ІІВ стадії використання неоад'ювантної системної поліхімотерапії дає можливість досягти зниження вмісту життєздатної пухлинної паренхіми в 2,6 разів у порівнянні з контро-

лем (20,45±2,61 і 52,65±3,17% відповідно). Застосування передопераційної ПХТ зумовлює девіталізацію пухлинної паренхіми як в поверхневих, так і в центральних та глибоких зонах.

Ключові слова: рак шийки матки, поліхіміотерапія, патоморфоз.

Вступ

Рак шийки матки (РШМ) залишається актуальною проблемою сучасної онкогінекології. У структурі загальної онкологічної захворюваності в Україні РШМ займає 7 місце серед всіх злоякісних пухлин і 2 місце серед онкогінекологічної патології після раку тіла матки. Особливе занепокоєння онкогінекологів викликає зростання частоти захворюваності на РШМ у молодому віці. Встановлено, що найбільшу частину хворих складають жінки з II-ю стадією хвороби (40,3%) [Федоренко, Гайсенко, 2011].

Найбільш складною є діагностика РШМ IIВ-III стадій. Згідно клінічної класифікації FIGO, критерієм РШМ IIВ стадії є інфільтрація параметріїв, що не досягає стінок тазу [Yatahawa, 2000]. В лікуванні хворих на РШМ основна роль належить хірургічному методу і променевої терапії (ПТ). Вибір методу лікування хворих на РШМ IIВ стадії складає предмет багаторічних дискусій між онкогінекологами, променевими терапевтами і хірургами [Moioли, 2012; Uegaki, 2013].

Збільшення кількості хворих на РШМ молодого віку спонукає до перегляду традиційних схем лікування, тобто застосування ПТ на передопераційному етапі, яка викликає передчасну інволюцію тканини яєчника та супроводжується численними ускладненнями, які відстрочують проведення операції, погіршують її технічне виконання і, як наслідок, збільшують тривалість лікування [Галил-Оглы, 2003; Семикоз, 2000].

Роль неад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ) в лікуванні РШМ активно обговорюється протягом останніх двох десятиліть. Поряд з хіміопроменевим лікуванням вивчається можливість застосування при місцевопоширеному РШМ неад'ювантної ПХТ з наступною радикальною операцією [Moioли, 2012; Uegaki, 2013], проводяться численні рандомізовані дослідження по порівнянню ефективності різних схем ПХТ. Завдяки неoad'ювантній ПХТ підвищується можливість резектабельності пухлини та зниження ризику інтраопераційної дисемінації пухлинних клітин [Yatahawa, 2000]. При гістологічному дослідженні видаленої пухлини після проведеного передопераційної ПХТ є можливість оцінити ступінь лікувального патоморфозу і чутливості пухлини до ПХТ, що може використовуватися поряд з іншими факторами для визначення прогнозу та необхідності додаткового проведення післяопераційного лікування [Галил-Оглы, 2003; Чазова, 2006].

Вивчення факторів, які містять інформацію про здатність пухлини реагувати на хіміотерапевтичні впливи, є важливим етапом у виборі індивідуальної тактики лікування [Абраменко, 2003].

Мета дослідження: вивчення лікувального патоморфозу раку шийки матки IIВ стадії при застосуванні неoad'ювантної системної поліхіміотерапії.

Матеріали та методи

Для морфологічного дослідження використовували операційний матеріал шийки матки IIВ стадії та регіонарних лімфатичних вузлів. Забір шматочків РШМ проводили з поверхневої, центральної та глибокої зон пухлини. Матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні. Після чого матеріал проводили за загальноприйнятою методикою: зневодення в серії спиртів зростаючої концентрації, просвітлення у ксилолі та заключення матеріалу у парафінові блоки. З кожного парафінового блоку робили серійні зрізи товщиною 5-6 мкм. Гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, три хромом за Массоном, за ван Гізоном та ОЧГ за Зербіно Д.Д., у модифікації Лукасевич.

Гістологічні препарати вивчали шляхом світлової мікроскопії (мікроскоп AxioStar+ фірми Carl Zeiss). Ступінь вираженості лікувального патоморфозу паренхіматоно-стромальних компонентів оцінювали за шкалою Г.А. Лавнікової [Лавнікова, 1976]: I ст. - співвідношення між паренхімою та стромою не порушено; наявні дистрофічні зміни в пухлинних клітинах; II ст. - відмічається вогнищеве зникнення паренхіми за рахунок некрозу та склерозу, однак більша частина пухлини збережена; III ст. - більша частина пухлинної паренхіми некротизована та заміщена сполучною тканиною; IV ст. - пухлинні клітини відсутні.

Об'ємний вміст пухлинної паренхіми без ознак пошкодження, стромального компоненту та некрозу оцінювали у 20 випадкових полях зору, використовуючи морфометричну 25-ти вузлову сітку [Абраменко, 2003].

Для об'єктивної оцінки лікувального патоморфозу за Г.А. Лавніковою використовується кількісний показник - індекс пошкодження (ІП), що розраховували за формулою $ІП = \frac{Пк - Пл}{Пк} \times 100$, де Пк - середній об'єм життєздатної пухлинної паренхіми (без лікування); Пл - середній об'єм життєздатної пухлинної паренхіми (після лікування); ІП - індекс пошкодження у процентах (від 100 до 0).

Отримані результати аналізувались із застосуванням статистичних методів.

Результати. Обговорення

Проведено комплексне морфологічне дослідження РШМ IIВ стадії 85 хворим яким застосовувалась неoad'ювантна системна ПХТ за схемою FP (цисплатин 100 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² з 1-го по 4-й день) 2-3 курси кожні 3 тижні, оперативне втручання в об'ємі пангістеректомії III типу, при необхідності післяопераційний курс ПТ.

Результати дослідження показали, що серед форм росту переважала екзофітна - 51,8%, ендофітна і змішана форми росту відповідно склали 36,5% та 11,8%. У 41,2% виявляли тотальний РШМ. В найменшій кількості

Таблиця 1. Розподіл РШМ в залежності від форми росту та локалізації (абс., %±m).

Локалізація РШМ	Форма росту						Всього	
	Екзофітна		Ендофітна		Змішана			
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Всього	44	51,8±5,4	31	36,5±5,2	10	11,8±3,5	85	100,0
Тотальний	22	50,0±7,5	9	29,0±8,2	4	40,0±15,5	35	41,2±5,3
Передня губа	12	27,3±6,7	4	12,9±6,0	1	10,0±9,5	17	20,0±4,3
Задня губа	6	13,6±5,2	5	16,1±6,6	-	0,0	11	12,9±3,6
Цервікальний канал	4	9,1±4,3	13	41,9±8,9	5	50,0±15,8	22	25,9±4,8

Таблиця 2. Розподіл РШМ за гістогенезом та формою росту (абс., %±m).

Локалізація РШМ	Форма росту						Всього (n=85)	
	Екзофітна (n=44)		Ендофітна (n=31)		Змішана (n=10)			
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Плоскоклітинний незроговілий	35	79,5±6,1	23	74,2±7,9	7	70,0±14,5	65	76,5±4,6
Плоскоклітинний зроговілий	9	20,5±6,1	8	25,8±7,9	3	30,0±14,5	20	23,5±4,6

Таблиця 3. Розподіл РШМ за гістогенезом та локалізацією (абс., %±m).

Локалізація РШМ	Гістологічний тип РШМ			
	Плоскоклітинний незроговілий (n=65)		Плоскоклітинний зроговілий (n=20)	
	абс.	%±m	абс.	%±m
Тотальний	26	40,0±6,1	9	45,0±11,1
Передня губа	15	23,1±5,2	2	10,0±6,7
Задня губа	9	13,8±4,3	2	10,0±6,7
Цервікальний канал	15	23,1±5,2	7	35,0±10,7

(12,9%) відмічали локалізацію РШМ на задній губі. Розподіл РШМ в залежності від форми росту та локалізації наведені у таблиці 1.

При гістологічному дослідженні верифікований плоскоклітинний рак, у 65 (76,5%) випадків ідентифікували незроговілий РШМ, у 20-ти (23,5%) зразках - зроговілий плоскоклітинний рак. Незалежно від форми росту РШМ домінував плоскоклітинний незроговілий гістологічний варіант новоутвору, так при екзофітній формі - 79,5%, ендофітній - 74,2% та змішаній - 70,0%. Розподіл РШМ за гістогенезом та формою росту наведений у таблиці 2.

Як плоскоклітинний незроговілий (40,0%), та і зро-

говілий (45,0%) РШМ спостерігався при тотальному поразенні шийки матки (табл. 3).

Через 3 тижні після останнього курсу ПХТ 74 (87,1%) хворим проведено хірургічне втручання в об'ємі пангістеректомія III типу. У 11 (12,9%) пацієнток не вдалося перевести процес з нерезектабельного в резектабельний, було призначено повний курс поєднано-променевої терапії.

Після застосування передопераційної ПХТ лікувальний патоморфоз характеризується зміною структури пухлини. Найбільш вираженою та стійкою ознакою патоморфозу є альтеративні зміни пухлинної паренхіми. Інтенсивність альтеративних процесів різного ступеня вираженості. На відміну від променевого патоморфозу при застосуванні передопераційної хімотерапії пошкодження пухлинної паренхіми відмічаються як в поверхневих, так і в центральних та глибоких зонах дослідження. При цьому переважали дистрофічні зміни дифузного характеру. Дегенеративні пухлинні клітини різної величини, спотвореної форми з набряком та просвітленням цитоплазми. Ядра ракових клітин світлі з ніжно волокнистим хроматином. Нуклеолема нечітка зливається з цитоплазмою клітини, яка характеризується базопілією.

Летальна девіталізація ракової паренхіми значно

Таблиця 4. Хімотерапевтичний патоморфоз раку шийки матки (абс., %±m).

Форма росту	Гістологічний тип РШМ	Ступінь патоморфозу (n=74)							
		I (n=3)		II (n=46)		III (n=13)		IV (n=12)	
		абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Екзофітний	незрог.	0	0,0	17	36,9±7,1	8	61,5±13,5	4	33,3±13,6
	зрог.	0	0,0	4	8,7±4,2	2	15,4±10,0	1	8,3±8,0
Ендофітний	незрог.	2	66,7±27,2	13	28,3±6,6	2	15,4±10,0	5	41,7±14,2
	зрог.	0	0,0	6	13,0±5,0	0	0,0	1	8,3±8,0
Змішаний	незрог.	0	0,0	5	10,9±4,6	1	7,7±7,4	0	0,0
	зрог.	1	33,3±27,2	1	2,2±2,2	0	0,0	1	8,3±8,0

Таблиця 5. Морфометричні зміни в тканині РШМ при передопераційній системній хіміотерапії (%±m).

Групи дослідження	Пухлинна паренхіма, %±m	Строма, %±m	Некроз, %±m
До лікування	52,65±3,17	18,3±1,9	6,53±1,4
ПХТ	20,45±2,61*	27,42±2,85*	19,34±2,33*

Примітка: * - коефіцієнт вірогідності випадкових міжгрупових розбіжностей $p < 0,05$.

домінує над дегенеративними змінами. В центральних та глибоких зонах ділянки некрозу множинні, зливаються між собою, утворюючи крупновогнищеві некротичні осередки.

Збережені острівці пухлинної паренхіми розрихлені, зменшується щільність розміщення онкоцитів.

Різко зростає частка стромального компонента відносно паренхіми пухлинної тканини. Спостерігається дифузна лімфоцитарна інфільтрація. Клітини лімфоїдного ряду інфільтрують строму пухлини і оточують збережені ділянки пухлинної паренхіми.

Відмічаються зміни судин мікроциркуляторного русла. Частина з них паретично розширені. Наявні свіжі крововиливи, фіброз та гіаліноз стінок окремих судин. Пухлинні емболі в 77% випадків в просвіті судин не визначаються.

В даній групі зростає частота виявлення молодого грануляційної тканини з активним новоутворенням тонкостінних судин.

Аналіз лікувального патоморфозу за Г.А. Лавніковою і співавтор. (1979), показав, що пошкодження I ступеня фіксували у 3 випадках (4,1%), II - у 46 (62,1%), III - у 13 (17,6%), IVст - у 12 (16,2%) (табл. 4).

Список літератури

- Абраменко И.В. Оценка параметров апоптоза в диагностике онкологических заболеваний, их прогнозе и оптимизации схем терапии //И.В.Абраменко, А.А.Фильченко //Вопр. онкол. - 2003. - Т.49, №1. - С. 21-30.
- Лавникова Г.А. Некоторые закономерности лучевого патоморфоза опухолей человека и их практическое использование //Г.А.Лавникова //Вестн. АМН СССР. - 1976. - №6. - С. 13-19.
- Рак в Україні, 2009-2010 /З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] //Бюлетень Національного онкологічного реєстру. - 2011. - №12. - С. 57-58.
- Семикоз Н.Г. Променивий патоморфоз органів і тканин малого тазу при лікуванні раку тіла та шийки матки //Н.Г.Семикоз, В.Г.Шлопов. - Д.: УкрНТЕК, 2000. - 146 с.
- Терапевтический патоморфоз при различных видах предоперационной терапии рака шейки матки //Г.А.Галил-Оглы, Н.Л.Чазова, Л.А.Алипенченко [и др.] //Вестник РНЦПР Минздрава России. - 2003. - №3. - С. 62-63.
- Чазова Н.Л. Морфологическая характеристика леченного рака шейки матки (изучение терапевтического патоморфоза) //Н.Л.Чазова, А.М.Бершанская //Вестник РНЦПР Минздрава России. - 2006. - №6. - С. 41-50.
- Moioli M. Chemotherapy with cisplatin and paclitaxel in locally advanced cervical cancer: has this regimen still a role as neoadjuvant setting? //M.Moioli, A.Papadia, S.Mammoliti //Minerva Ginecol. - 2012. - Vol.64(2). - P. 95-107.
- Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel and cisplatin or carboplatin for patients with locally advanced uterine cervical cancer. //Zhang R, Li B, Bai P. [et al.] // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. - 2011. - Vol.33(8). - P. 616-20.
- Neoadjuvant intraarterial infusion chemotherapy in patients with stage IB2-IIIb cervical cancer //Y.Yamakawa, M.Fujimura, T.Hidaka [et al.] //Gynecol. Oncol. - 2000. - Vol.77(2). - P. 264-70.
- Outcome of stage IB2-IIb patients with bulky uterine cervical cancer who underwent neoadjuvant chemotherapy followed by radical hysterectomy //K. Uegaki, M. Shimada, S.Sato [et al.] //Int. J. Clin. Oncol. - 2013. - P. 20-25.

Крыжановская А.Е., Киндратив Е.О., Михайлюк И.А. ПАТОМОРФОЗ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ІІВ СТАДИИ ПРИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Резюме. С целью изучения лечебного химиотерапевтического патоморфоза проведено морфологическое исследование 74-х случаев рака шейки матки ІІВ стадии которым применялась неоадьювантная системная ПХТ по схеме FP (цисплатин 100 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² с 1-го по 4-й день) 2-3 курса каждые 3 недели, хирургическое вмешательство в объеме пангистерэктомии ІІІ типа. Степень выраженности лечебного патоморфоза паренхиматозно-стромальных компонентов оценивали по шкале Г.А. Лавниковой (1976). Анализ лечебного патоморфоза показал, что повреждения І степени

Висока частота розвитку патоморфозу спостерігається у 71 пацієнтки, що становить 95,9%.

Використання передопераційної системної ПХТ зумовлює вірогідну девіталізацію пухлинної паренхіми (табл. 5). При цьому індекс пошкодження становить 61,2%.

При морфологічному дослідженні регіонарних лімфатичних вузлів у 17 (22,97%) прооперованих діагностовано метастази РШМ у регіонарні лімфатичні вузли. При цьому патоморфоз у 16 пацієнток відповідає ІІ ступеню, в однієї - ІV.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Висока частота (95,9%) розвитку лікувального патоморфозу підтверджує чутливість раку шийки матки ІІВ стадії до застосування неоадьювантної системної ПХТ за схемою FP (цисплатин 100 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² з 1-го по 4-й день) 2-3 курси кожні 3 тижні, оперативне втручання в об'ємі пангистеректомії ІІІ типу.

2. При передопераційному лікуванні хворих на рак шийки матки ІІВ стадії використання неоадьювантної системної поліхіміотерапії дає можливість досягти зниження вмісту життєздатної пухлинної паренхіми в 2,6 разів у порівнянні з контролем (20,45±2,61 і 52,65±3,17% відповідно). Застосування передопераційної ПХТ зумовлює девіталізацію пухлинної паренхіми як в поверхневих, так і в центральних та глибоких зонах.

Перспектива подальших досліджень полягає у вивченні динаміки імуногістохімічних маркерів ki-67, p-53, COX-2 до початку лікування та після неоадьювантної системної поліхіміотерапії.

зафіксували в 3 (4,1%) случаях, II - у 46 (62,1%), III - у 13 (17,6%), IV - у 12 (16,2%). Индекс повреждения составляет 61,2%. Высокая частота (95,9%) развития химиотерапевтического патоморфоза подтверждает чувствительность рака шейки матки IIB стадии к применению неoadъювантной системной ПХТ. При предоперационном лечении больных раком шейки матки IIB стадии использование неадъювантной системной полихимиотерапии дает возможность достичь снижения содержания жизнеспособной опухолевой паренхимы в 2,6 раз в сравнении с контролем (20,45±2,61 и 52,65±3,17% соответственно). Применение предоперационной ПХТ приводит к девитализации опухолевой паренхимы как в поверхностных, так и в центральных и глубоких зонах.

Ключевые слова: рак шейки матки, полихимиотерапия, патоморфоз.

Kryzhanivska A.E., Kindrativ E.O., Mychaylyk I.O.

PATHOMORPHOSIS OF THE CERVICAL CANCER OF IIB STAGE AT NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Summary. With the purpose of study of the medical chemotherapy pathomorphosis morphological research of 74th cervical cancer of IIB of the stage is conducted which neoadjuvant chemotherapy was used on the chart of FC (cisplatin 100 mg/m², 5-fluoruracil 1000 mg/m² from 1th for a 4th day) 2-3 courses each 3 weeks, operative interference with volume of pangysterectomy to the III to type. The degree of expressed of medical pathomorphosis of parenchymatous-stromal components was estimated after a scale G.A. Lavnikovoy (1976). The analysis of medical pathomorphosis rotined that damage I degree fixed in 3 (4,1%) cases, II - in 46 (62,1%), III - in 13 (17,6%), IV - in 12 (16,2%). An index of damage is 61,2%. High-frequency (95,9%) of development of chemotherapy pathomorphosis confirms a sensitiveness of cervical cancer of IIB of the stage is to application of neoadjuvant chemotherapy. At preoperative treatment of patients with the cervical cancer of IIB of the stage of the use of neoadjuvant chemotherapy enables to attain the decline of content of viable tumour parenchym in 2,6 times in comparing to control (20,45±2,61 and 52,65±3,17% accordingly). Application of preoperative chemotherapy predetermines the devitalization of tumour parenchyma both in superficial and in central and deep areas.

Key words: cervical cancer, chemotherapy, pathomorphosis.

Стаття надійшла до редакції 22.05.2013 р.

Крижанівська Анна Євстахіївна - канд. мед. наук, доцент кафедри онкології Івано-Франківського національного медичного університету; (050) 2094000; anna.nivska@gmail.com;

Кіндратів Ельвіра Олександрівна - канд. мед. наук, доцент кафедри патоморфології та судової медицини Івано-Франківського національного медичного університету;

Михайлюк Іван Олексійович - доктор мед. наук, професор кафедри патоморфології та судової медицини Івано-Франківського національного медичного університету.

© Навроцький В.А.

УДК: 616.345.-053.2:616-002.3

Навроцький В.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра дитячої хірургії (вул. Пирогова 58, м. Вінниця, 21018, Україна)

ЗМІНИ БІОЦЕНОЗУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА У ДІТЕЙ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Резюме. В роботі наводяться дані вивчення та інформація змін мікрофлори товстого кишківника у 79 дітей з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин та кісток скелету, які знаходились на лікуванні в ВОДКЛ.

В результаті дослідження було встановлено наявність значних патологічних змін біоценозу товстого кишківника: в 58,2% хворих дітей були виявлені лактозо негативні ешерехії, кишкова паличка продукуюча гемолізін виявлена у 63,4%, ентерококи у 22,6%, стафілококи 14,8%, гриби роду *Candida* у 6,7% випадках та їх асоціації.

Було відмічено, що серед численних факторів викликаючих погіршення дисбіозу дитячого організму, є такі фактори: гнійно-запальний процес, медикаментозна терапія - особливо антибактеріальна, елементарні зміни, що відіграють надзвичайно важливу роль в порушенні біосистеми дитини.

Ключеві слова: гнійно-запальні захворювання, біоценоз кишківника, пробіотики.

Вступ

Нормальна мікрофлора кишківника сприяє утворенню стабільної аутохтонної мікрофлори (біфідо- і лактобактерій), які приводять до покращення імунної системи. Лактобактерії збільшують кількість специфічних антитіл і покращують дію пробіотиків.

За останні роки на фоні великої кількості антибактеріальних препаратів та антибіотиків III-IV покоління відмічається зростаючий рівень резистентності мікроорганізмів при гнійно-запальних захворюваннях у дітей з

характерним порушенням мікрофлори кишківника та виникненням дисбіозу організму дитини [Кураєва, Ладодо, 1991; Овчаренко и др., 2005]. Своєчасна корекція мікробної екосистеми кишківника методом селективної деконтамінації хворої дитини дозволяє покращити результати лікування. Згідно класифікації В.Н.Красноголовець у наших хворих дисбіоз товстого кишківника був виявлений: у 24,4% компенсована, у 61,8% субкомпенсована і у 12,1% дітей некомпенсована форма відповідно.