

workers of manual labour]. Medytsyna truda y promishlennaya ekologiya, 6, 1–6.

3. Tsurkan, V. (2011). Mekhanizm formuvannya yakisnoho vyrobnychoho seredovyshcha [Mechanism of forming of high-quality production environment]. Sanitarno-epidemiolohichna sluzhba, 1, 24–25.

4. Anderson, V. P., Schule, P. A., Sestito, J. (2010). Occupational fatalities, injuries, illnesses and related economic loss in the wholesale and retail trade sector. American Journal of Industrial Medicine, 53 (7), 673–685. doi: 10.1002/ajim.20813

5. Czupka, M., Kontny, U. (2011). Legal and economic consequences of the accidents at work and occupational diseases in France. Ukrayins'kyy zhurnal z problem medytsyny pratsi, 2, 68–77.

6. Kundiyeu, Yu. I., Nahorna, A. M. (2007). Profesiynne zdorov'ya v Ukraini. Epidemiolohichnyy analiz [A professional health in Ukraine]. Kiev: Avitsena, 396.

7. Occupational Safety and Health Statistics Bulletin (2013). Available at: <http://www.labour.gov.hk/eng/osh/pdf/Bulletin2012.pdf>

8. Kundiyeu, Yu. I., Nahorna, A. M., Chernyuk, V. I. (2005). Stratehiya zabezpechennya bezpechnykh umov pratsi i zberezhennya zdorov'ya pratsyuyuchykh v Ukraini na 2006-2010 roky [Strategy of providing of safe terms of labour and saving of health of workings is in Ukraine on 2006-2010 yy.]. Ukr. zhurn. z probl. medytsyny pratsi, 3/4, 4–10.

9. World Health Organization (2013). Global health observatory Data Repository. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view/main>

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Очердько О. М.
Дата надходження рукопису 09.01.2015

Крекотень Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра социальной медицины и организации здравоохранения, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018
E-mail: olena1977@mail.ru

УДК 616.22-077.271;612.521.2;616-072.1-089-001.8

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.37408

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПАРАЛІТИЧНОГО СТЕНОЗУ ГОРТАНІ

© Д. О. Покришень, С. О. Дубров

Хірургічні втручання з приводу паралітичного стенозу гортані вважаються одними з найскладніших в мікрохірургії гортані. В даній роботі обговорюються різні методи вентиляції легень, які можуть бути застосовані під час ендоскопічних втручань з приводу паралітичного стенозу гортані та подається аналіз їх впливу на результати хірургічного лікування даної патології

Ключові слова: паралітичний стеноз гортані, струминна вентиляція легень, мікрохірургія гортані, трахеостомія

Surgical repair of bilateral vocal cord paralysis is widely considered as one of the most complicated procedures in laryngeal microsurgery. Unobstructed view of laryngeal structures and adequate amount of working space are essential prerequisites for successful microsurgical operation. In order to provide necessary surgical condition several ventilatory techniques can be employed. Available options include preventive tracheostomy, conventional ventilation via small endotracheal tubes and jet ventilation. At the same time, improvement of surgeons' working conditions is never considered as an ultimate goal if it does not lead to better results or decrease of expenses.

Materials and methods. *We report a retrospective study of 104 patients who had undergone microlaryngeal surgery for bilateral vocal cord paralysis. Duration of hospital stay, duration of surgery and time spent in the operating room were compared between the three groups of patients with different ventilation strategies.*

Results. *The highest duration of hospital stay was in the group of preventive tracheostomy (18,68±7,48 days), whereas in the groups of tracheal intubation and subglottic jet ventilation it was considerably lower (12,9±7,11 and 12,15±5,69 respectively).*

Conclusions. *Obtained data suggest that preventive tracheostomy performed prior to endoscopic microlaryngeal surgery is the major independent risk factor of prolonged hospital stay for patients with bilateral vocal cord paralysis*

Keywords: *bilateral vocal cord paralysis, laryngeal microsurgery, jet ventilation, tracheostomy*

1. Вступ

Двобічний параліч голосових зв'язок на сьогоднішній день становить значну медико-соціальну

проблему. Розлади, які виникають при цій патології, призводять до інвалідизації пацієнтів внаслідок порушення зовнішнього дихання і, часто, при розвитку

обструкції дихальних шляхів на рівні гортані, становлять загрозу життю пацієнта.

Основною причиною виникнення двобічного паралічу голосових зв'язок є пошкодження поворотних гортанних нервів під час оперативних втручань на щитоподібній залозі. За даними європейських авторів [1] після операцій на щитовидній залозі паралітичний стеноз гортані (ПСГ) виникає від 1,5 до 12 % хворих. Так, в Україні, за даними ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України», щорічно виконується близько 40 ендоскопічних мікрохірургічних втручань з приводу паралітичного стенозу гортані. Слід зауважити, що лише 30 % хворих на паралітичний стеноз гортані мають постійну трахеостому [2]. У решти пацієнтів дихальна функція, як правило, відповідає стадії неповної компенсації.

Як відомо, провідна роль в хірургічному лікуванні ПСГ належить мікроларингохірургії, а саме виконанню ендоскопічної хордоаритеноїдотомії з латерофіксацією голосової зв'язки. Разом з тим, виконання даного втручання та використання мікрохірургічної техніки потребує створення спеціальних умов для роботи хірурга, а саме належного огляду ларингеальних структур та голосової щілини під час проведення втручання. Традиційно, з метою забезпечення надійного доступу до дихальних шляхів та створення оптимальних умов для роботи хірурга перед виконанням ендоскопічної хордоаритеноїдотомії виконується превентивна тимчасова трахеостомія [2–4]. В цей же час більшість пацієнтів негативно відносяться до необхідності даного втручання, скаржаться на виражений фізичний та психологічний дискомфорт внаслідок наявності трахеостомічної трубки [5]. Слід враховувати, що значна частина хворих на паралітичний стеноз гортані це особи працездатного віку, тому трахеостомія у таких пацієнтів часто асоціюється з каліцтвом та тривалою інвалідизацією, що негативно позначається на психологічному стані хворих. Крім того, необхідність догляду за трахеостоєю створює значне додаткове навантаження на середній медичний персонал та потребує залучення додаткових матеріальних та фінансових ресурсів. Важливим негативним аспектом превентивної трахеостомії також можна вважати втрату органозберігаючого та малоінвазивного характеру втручання, який притаманний мікрохірургічним операціям на гортані. Ранні та пізні ускладнення трахеостомії також обумовлюють необхідність відмови від її використання лише з метою забезпечення прохідності дихальних шляхів під час хірургічної корекції ПСГ.

Ендоскопічна хордоаритеноїдотомія є однією з найбільш складних і тривалих операцій в мікроларингохірургії. Враховуючи ступінь складності оперативних прийомів, які виконує оператор під час цього втручання, наявність інтубаційної трубки в дихальних шляхах пацієнта є вкрай небажаною. Інтубація трахеї з використанням трубок малих розмірів (4,0–5,5), хоча й дозволяє зберегти цілісність трахеї, створює значні труднощі при огляді структур гортані та виконанні оперативних прийомів оперуючим отоларингологом. Крім того, використання трубок малого діаметра

ускладнює вентиляцію легень у хворих з надмірною масою тіла та при наявності хронічних обструктивних захворювань легень.

2. Літературний огляд

Як наголошується багатьма авторами [6–10], струминна вентиляція є методом вибору респіраторної підтримки, який дозволяє зберегти цілісність трахеї та створити належні умови для роботи хірурга під час виконання хірургічних втручань при прямій опорній ларингоскопії. На сьогоднішній день, 70 % оперативних втручань в мікрохірургії гортані виконуються із застосуванням струминної вентиляції. Залежно від способу доставки струменя газу в дихальні шляхи розрізняють два основні методи струминної ШВЛ: інжекційний і черзкатетерний. Крім того, залежно від розташування джерела струменя в дихальних шляхах розрізняють надзв'язкову, підзв'язкову і транстрахеальну струминну вентиляцію легень. В цей же час, значна кількість авторів надає перевагу підкладковій високочастотній струминній вентиляції [11, 12].

Метою даної роботи стало вивчення впливу різних методик респіраторної підтримки застосованих під час ендоскопічної хордоаритеноїдотомії на якість та результати хірургічного лікування ПСГ. Разом з тим, за даними деяких авторів [6], об'єктивна оцінка якості умов для роботи хірурга при прямій ларингоскопії практично неможлива. Дослідження з цього питання головним чином фокусується на визначенні суб'єктивної оцінки оператором якості операційного поля, можливості огляду та виконання маніпуляцій на структурах гортані. Водночас, індивідуальний досвід оператора, вид патології, характер втручання та анатомічні особливості дихальних шляхів пацієнта мають беззаперечне значення, але дослідження в яких враховуються ці фактори відсутні. Крім того, створення спеціальних «комфортних умов» для роботи хірурга за рахунок застосування більш складних та інвазивних респіраторних технологій виправдано лише у випадку, якщо ці умови призводять до покращення результатів лікування пацієнта або зменшення витрат [6]. Отже, з метою порівняльної оцінки різних методів вентиляції легень в мікрохірургії гортані варто враховувати динаміку тривалості оперативного втручання, частоту розвитку ускладнень, необхідність виконання додаткових втручань та маніпуляцій.

3. Матеріали і методи

Дослідження проведене на підставі аналізу перебігу загальних анестезій у 104 пацієнтів віком від 22 до 80 років, яким проводились ендоскопічні мікрохірургічні втручання з приводу паралітичного стенозу гортані. Всі хворі надходили в стаціонар без трахеостомії. В залежності від застосованого метода респіраторної підтримки та контролю над дихальними шляхами всі пацієнти були розділені на три групи.

Пацієнтам першої групи (32 осіб) після індукції анестезії та інтубації трахеї виконувалась превентивна трахеостомія з подальшим видаленням інтубаційної трубки та виконанням ендоскопічного втручання

на фоні вентиляції через трахеостомічну трубку. У пацієнтів другої групи (30 осіб) встановлення опорного ларингоскопа та виконання латералізації голосової складки здійснювалось на фоні інтубації трахеї тонкою трубкою (4,0–5,5). У решти пацієнтів (42 хворих) застосовували підкладкову високочастотну струминну вентиляцію, яку проводили через двохпросвітний катетер (Hunsaker Mon-Jet ventilation tube), який широко використовується в мікрохірургії гортані протягом останніх 20 років. Пацієнти всіх груп (превентивної трахеостомії, інтубації трахеї та підзв'язкової струминної вентиляції) при порівнянні за демографічними показниками, ступенем складності дихальних шляхів, вихідними показниками капнографії та пульсоксиметрії та шкалою оцінки загального стану ASA не мали статистично значущих відмінностей.

Тотальна внутрішньовенна анестезія, яка традиційно є методом вибору в хірургії гортані, використовувалася у всіх пацієнтів. В якості премедикації використовувався атропін в дозі 0,5–1.0 міліграм внутрішньом'язево. Для індукції і підтримання анестезії застосовувалася інфузія пропофолу по цільовій концентрації (6мкг/мл) і болюсне введення фентанілу в загальній дозі 300–900мкг. Міорелаксація досягалася введенням атракуріума і сукцинілхоліна. Протягом всього часу перебування хворого в операційній проводився моніторинг наступних параметрів: артеріального тиску неінвазивним методом, електрокардіографії, частоти серцевих скорочень, пульсоксиметрії, капнографії. Крім того, при проведенні підзв'язкової струминної вентиляції всім хворим проводився постійний моніторинг тиску всередині трахеї.

З метою оцінки впливу методу респіраторної підтримки на лікування хворих на ПСГ визначали тривалість оперативного втручання, час перебування хворого в операційній та загальну тривалість госпіталізації. Враховувалась також кількість ускладнень у вигляді виписки зі стаціонару з існуючою трахеостомиєю (в групі превентивної трахеостомії) та необхідності виконання термінової трахеостомії (в групах інтубації трахеї та підзв'язкової струминної вентиляції).

4. Результати дослідження та їх обговорення

Усім пацієнтам оперативні втручання були виконані в початково запланованому об'ємі з відновленням достатнього для ефективного дихання просвіту голосової щілини. Ускладнення пов'язані з загальною анестезією та вентиляцією легень не спостерігались в жодному випадку, і всі пацієнти були виписані із стаціонару в задовільному стані. Насичення артеріальної крові киснем за даними пульсоксиметрії складало 98–100 % протягом всього перебігу оперативних втручань у пацієнтів всіх груп. Показники CO_2 статусу пацієнта, оці-

нені за допомогою капнографії, знаходились в межах фізіологічних референтних значень у всіх пацієнтів.

Аналіз наведених даних дозволяє стверджувати, що результати хірургічного лікування хворих на ПСГ залежать від обраного способу контролю дихальних шляхів та застосованих методів респіраторної підтримки. Як видно з табл. 1, середня тривалість госпіталізації та середня тривалість перебування хворого в операційній значно зменшуються в групах інтубації трахеї та струминної вентиляції. Як відомо, операційна є найбільш ресурсовитратним підрозділом сучасного хірургічного стаціонару, що обумовлене максимальним залученням персоналу, апаратури та інших ресурсів в надання медичної допомоги пацієнтам. Тому, зменшення тривалості перебування хворого з відповідною патологією в операційній, на нашу думку, є значним внеском в зменшення вартості хірургічного лікування.

Таблиця 1

Відображення результатів хірургічного лікування хворих на ПСГ в залежності від методу респіраторної підтримки

Показник	Превентивна Трахеостомія (n=32)	Інтубація трахеї (n=30)	Підзв'язкова Струминна вентиляція (n=42)
Середня тривалість госпіталізації, дні	18,68±7,48	12,9±7,11	12,15±5,69
Середня тривалість втручання, хв	80,41±20,25	83,81±23,17	83,81 ± 18,24
Середня тривалість перебування хворого в операційній, хв	153,54±37,52	116,88±32,01	118,94± 22,16

В цей же час, при дослідженні тривалості виконання власне ендоскопічної хордоаритеноїдотомії не було виявлено достовірної різниці в цьому показнику між досліджуваними групами, що дозволяє говорити про створення однакових умов для виконання втручання у пацієнтів всіх груп.

З наведених даних видно, що виключення превентивної трахеостомії з плану оперативного лікування є основним фактором який призводить до покращення результатів лікування хворих на ПСГ. Слід зазначити, що в групі інтубації трахеї, серед 30 пацієнтів, трахеостомія була виконана лише у 2 хворих. В обох випадках трахеостомія виконувалась в післяопераційному періоді після завершення операції та підзв'язкової струминної вентиляції. В одному випадку у хворого 62 років причиною виникнення показань до виконання невідкладного доступу до дихальних шляхів стала кровотеча в зоні оперативного втручання на фоні призначення антикоагулянтів. В іншому випадку ймовірно причиною накладання трахеостоми став післяопераційний набряк гортані, який клінічно характеризувався вираженим інспіраторним стридором. В обох випадках трахеостомія виконувалась під загальною анестезією з інтубацією трахеї. Гіпоксія до та під час виконання трахеостомії не розвивалась у жодного з обох пацієнтів (SpO_2 на фоні інгаляції кисню становив 92 % і більше).

Варто зауважити, що значна кількість хворих (56 %), яким була виконана превентивна трахеостомія, були виписані з функціонуючою трахеостоєю, що може обумовлювати необхідність повторного стаціонарного лікування.

Таким чином, аналізуючи динаміку виконання превентивної трахеостомії перед ендоскопічними мікрохірургічними втручаннями у хворих на паралітичний стеноз гортані за останні роки (рис. 1) та перебіг загальних анестезій у 104 пацієнтів, можна стверджувати, що виключення превентивної трахеостомії є доцільним та обґрунтованим підходом

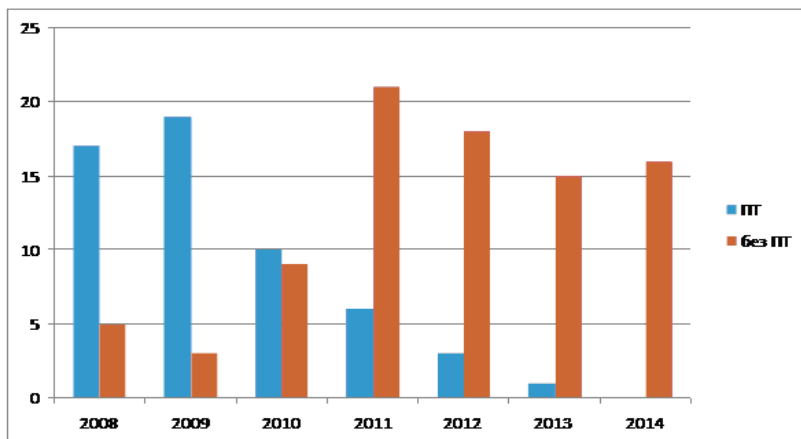


Рис. 1. Динаміка виконання превентивної трахеостомії (ПТ) перед ендоскопічними мікрохірургічними втручаннями з приводу паралітичного стенозу гортані

5. Висновки

1. Отримані результати та наш клінічний досвід показують очевидну доцільність і безпечність проведення ендоскопічних втручань з приводу паралітичного стенозу гортані без виконання превентивної трахеостомії.

2. Виключення превентивної трахеостомії з плану лікування хворих на ПСГ дозволяє зменшити час перебування хворого в операційній та загальну тривалість госпіталізації.

3. Наявність катетера для струминної вентиляції в дихальних шляхах пацієнта не створює перешкод для виконання оперативних прийомів під час ендоскопічної латерофіксації голосової складки при паралітичному стенозі гортані.

Література

1. Janjević, D. Subglottic high frequency jet ventilation in surgical management of bilateral vocal fold paralysis after thyroidectomy [Text] / D. Janjević et al. // Acta Clin Croat. – 2012. – Vol. 51. – P. 451–456.
2. Павлык, Б. И. Варианты эндоскопической хордоаритеноидотомии при паралитическом стенозе гортани [Текст] / Б. И. Павлык // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – № 3. – С. 29–35.
3. Damrose, E. J. Suture laterofixation of the vocal fold for bilateral vocal fold immobility [Text] / E. J. Damrose // Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. – 2011. – Vol. 19, Issue 6. – P. 416–421. doi: 10.1097/moo.0b013e32834c7d15

4. Sapundzhiev, N. Surgery of adult bilateral vocal fold paralysis in adduction: history and trends [Text] / N. Sapundzhiev et al. // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2008. – Vol. 265, Issue 12. – P. 1501–1514. doi: 10.1007/s00405-008-0665-1

5. Hashmi, N. K. Quality of life and self-image in patients undergoing tracheostomy [Text] / N. K. Hashmi et al. // Laryngoscope. – 2010. – Vol. 120, Issue 4S. – P. 196. doi: 10.1002/lary.21663

6. Baer, G. A. Endolaryngeal Procedures: Conventional Intubation vs. Infra- and Supra-glottic JV [Text] / G. A. Baer. – Joined Papers on Jet Ventilation. – Tampere, Tampere University Press, 2011. – P. 37–42.

7. Dhara, S. S. Jet Ventilation and Anaesthesia – A practical guide to understanding jet ventilation and its current applications in clinical anaesthetic practice [Text] / S. S. Dhara; R. Riley (Ed.). – Australasian Anaesthesia. Invited papers and selected continuing education lectures, 2011. – P. 79–92.

8. Hunsaker, D. H. Anesthesia for microlaryngeal surgery: the case for subglottic ventilation [Text] / D. H. Hunsaker // Laryngoscope. – 1994. – Vol. 104, Issue 8, Pt 2 suppl 65. – P. 1–30

9. Kalezic, N. Subglottic high frequency jet ventilation in management of bilateral vocal fold paralysis: A case report [Text] / N. Kalezic // HealthMed. – 2013. – Vol. 7, Issue 4. – P. 1262.

10. Samarütel, J.; Baer, G. A. (Ed.) 20 Years of Experience with Normofrequent subglottic/intratracheal Jet Ventilation [Text] / J. Samarütel. – Joined Papers on Jet Ventilation. – Tampere, Tampere University Press, 2011. – P. 43–44.

11. Davies, J. M. The Hunsaker Mon-Jet tube with jet ventilation is effective for microlaryngeal surgery [Text] / J. M. Davies // Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie. – 2009. – Vol. 56, Issue 4. – P. 284–290. doi: 10.1007/s12630-009-9057-2

12. Hu, A. Hunsaker Mon-Jet tube ventilation: a 15-year experience [Text] / A. Hu et al. // Laryngoscope. – 2012. – Vol. 122, Issue 10. – P. 2234–2239. doi: 10.1002/lary.23491

References

1. Janjević, D. et al. (2012). Subglottic high frequency jet ventilation in surgical management of bilateral vocal fold paralysis after thyroidectomy. Acta Clin Croat, 51, 451–456.
2. Pavlyk, B. I. (1990). Types of endoscopic chordarthytenotomy for bilateral vocal cord paralysis. Kiev, USSR: Journal of ear nose and throat diseases, 3, 29–35.
3. Damrose, E. J. (2011). Suture laterofixation of the vocal fold for bilateral vocal fold immobility. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 19 (6), 416–421. doi: 10.1097/moo.0b013e32834c7d15
4. Sapundzhiev, N. et al. (2008). Surgery of adult bilateral vocal fold paralysis in adduction: history and trends. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 265 (12), 1501–1514. doi: 10.1007/s00405-008-0665-1
5. Hashmi, N. K. et al. (2010). Quality of life and self-image in patients undergoing tracheostomy. Laryngoscope, 120 (4S), 196. doi: 10.1002/lary.21663
6. Baer, G. A. (2011). Endolaryngeal Procedures: Conventional Intubation vs. Infra- and Supra-glottic JV, Joined Papers on Jet Ventilation. Edited by Baer GA. Tampere, Tampere University Press, 37–42.

7. Dhara, S. S.; Riley, R. (Ed.) (2011). Jet Ventilation and Anaesthesia – A practical guide to understanding jet ventilation and its current applications in clinical anaesthetic practice Australasian Anaesthesia 2011. Invited papers and selected continuing education lectures, 79–92.

8. Hunsaker, D. H. (1994). Anesthesia for microlaryngeal surgery: the case for subglottic ventilation. Laryngoscope, 104 (8 Pt 2 suppl 65), 1–30.

9. Kalezić, N. et al. (2013). Subglottic high frequency jet ventilation in management of bilateral vocal fold paralysis: A case report. HealthMed, 7 (4), 1262.

10. Samarütel, J. (2011). 20 Years of Experience with Normofrequent subglottic/intratracheal Jet Ventilation. Joined Papers on Jet Ventilation, Edited by Baer GA. Tampere, Tampere University Press, 43–44.

11. Davies, J. M. et al. (2009). The Hunsaker Mon-Jet tube with jet ventilation is effective for microlaryngeal surgery. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie, 56 (4), 284–290. doi: 10.1007/s12630-009-9057-2

12. Hu, A. et al. (2012). Hunsaker Mon-Jet tube ventilation: a 15-year experience. Laryngoscope, 122 (10), 2234–2239. doi: 10.1002/lary.23491

Дата надходження рукопису 16.01.2015

Дубров Сергій Олександрович, доктор медичних наук, професор, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, пров. Лабораторний, 14-20, м. Київ, Україна, 01133

E-mail: sergii.dubrov@gmail.com

Покришень Денис Олегович, лікар-анестезіолог, відділення анестезіології, ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України», вул. Зоологічна, 3, м. Київ, Україна, 03057

E-mail: denpdoden@yahoo.com

УДК 618.131/.138-007.43/.44-036.87-092-07-089-036.83

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.37474

ВИБІР ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

© Т. Р. Стрельцова, Д. А. Хасхачих, Т. В. Демченко

Проведені дослідження, щодо вибору гормональної контрацепції у жінок репродуктивного віку, інфікованих вірусом папіломи людини (ВПЛ) та патологією шийки матки. Результати досліджень показали, що зниження кількості естрогенових рецепторів у нормальному епітелії необхідно розглядати як предиктор розвитку передракових процесів шийки матки у ВПЛ-інфікованих жінок з патологією шийки матки. Використання мікродозованих оральних контрацептивів зі вмістом етинілестрадіолу 15–20 мкг, можна рекомендувати як оптимальний метод гормональної контрацепції

Ключові слова: вірус папіломи людини, гормональна контрацепція, комбіновані оральні контрацептиви

Aim and Methods. To address the issue of selection of hormonal contraception in women of reproductive age who are infected with human papilloma virus (HPV) were carried out immunohistochemical studies of the tissues of the cervix to determine the level of estrogen (ER) and progesterone receptor (PR) and their ratio at 120 women diagnosed with HPV-high risk types (16,18, 32,33 types) and 120 healthy women who is OK with different content of ethinyl estradiol.

Results and conclusions. The results showed that the use of ultra-low-dose oral contraceptives containing 15–20 mcg of ethinyl estradiol can be recommended as the optimal method of hormonal contraception in women of reproductive age who are infected with human papilloma virus (HPV)

Keywords: human papilloma virus, hormonal contraception, combined oral contraceptives

1. Вступ

Враховуючи широке застосування оральних контрацептивів (ОК) серед жінок репродуктивного віку та значне розповсюдження вірусу папіломи людини, актуальним залишається питання вибору комбінованих ОК у жінок з патологією шийки матки та ВПЛ-інфекцією.

2. Постановка проблеми

Незважаючи на наявність розроблених засобів профілактики раку шийки матки, ця патологія займає

одне з перших місць серед онкозахворювань у жінок репродуктивного віку. Враховуючи широке застосування комбінованих ОК, необхідно визначити найбільш раціональні види гормональної контрацепції для жінок, що інфіковані ВПЛ з урахуванням стану епітеліального шару шийки матки та імунологічного гомеостазу.

3. Літературний огляд

В останні роки в Україні, значно виросло число жінок, які застосовують комбіновані оральні контра-