

Зокрема, величина насичення гемоглобіну венозно крові була в 1,39 ($P < 0,001$) раза меншою, ніж у здорових осіб; споживання кисню хворими до лікування було вищим від здорових в 1,9 раза ($P < 0,001$), внутрішньолегеве шунтування крові у хворих було в 2,5 раза більшим ($P < 0,001$) у порівнянні з даними здорових осіб (табл. 1). Різні види застосовано терапі викликали різні зміни кисневого балансу. Традиційна терапі з використанням судинно-розширюючих засобів, а також лікування з додаванням до традиційних засобів афобазолу не покращували стан кисневого балансу досліджуваних хворих. Використання антидепресантно терапі не тільки достовірно покращувало якість життя хворих, але й приводило до достовірних позитивних змін всіх досліджуваних показників.

Таким чином, отримані результати стверджують про необхідність включення антидепресантів в програму терапі хворих з тинітусом.

ВИСНОВКИ 1. У хворих на вертебро-базиллярну недостатність з аурикулярним синдромом у вигляді тинітусу спостерігаються виражені зміни кисневого гомеостазу у вигляді достовірного зростання споживання кисню в 1,9 раза ($P < 0,001$), зниження сатурації венозно крові в 1,39 раза ($P < 0,001$).

2. Включення в терапію хворих на вертебро-базиллярну недостатність з аурикулярним синдромом у вигляді тинітусу ікселу та амітриптиліну приводить до суттєвого досто-

вірного покращання якості життя зазначеного контингенту пацієнтів та позитивних змін кисневого балансу організму, у вигляді нормалізації споживання кисню, зростання сатурації венозно крові, зменшення внутрішньолегеве шунтування, що є підтвердженням необхідності включення цих засобів в схеми терапі таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С. Периферические вестибуло-кохлеарные синдромы, обусловленные вертебро-базиллярной недостаточностью // Южно-Российский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 59–65.
2. Kaltenbach J. The dorsal cochlear nucleus as a participant in auditory, attentional and emotional components of tinnitus // Hearing Research. – 2006. – V. 216–217. – P. 224–234.
3. Марино П. Интенсивная терапия: пер. с англ. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 634 с.
4. Брудная Е.М. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы и внешнего дыхания. – К.: Здоров'я, 1975. – С. 95–183.
5. Березовский В.П. Напряжение кислорода как показатель функционального состояния тканей. Полярографическое определение кислорода в биологических объектах / Под ред. проф. Е.В. Колпакова. – К.: Наукова думка, 1978. – С. 218 – 235.
6. Полярографическое определение кислорода в биологических объектах / Под ред. В.А. Березовского. – К.: Наукова думка, 1968. – 302 с.
7. Утверждение Г.А. Оксигенометрия в функциональном исследовании кровообращения. – Тбилиси, 1988. – 30 с.
8. Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних. – К., 2004. – 76 с.

УДК 616.311–006.6–089.842:616.314.22

Галай О.О.

СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВО ПОРОЖНИНИ РОТА

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВО ПОРОЖНИНИ РОТА – У статті проведено аналіз ефективності реконструктивних операцій на нижній щелепі після резекції у 35 хворих з місцево-розповсюдженими пухлинами слизово порожнини рота.

Резекцію нижньої щелепи проведено у 35 хворих з місцево-розповсюдженим раком слизово порожнини рота III-IVA стадії: 30 чоловіків і 5 жінок. Вік хворих коливався від 27 до 73 років. У 62,3 % випадків місцем локалізації пухлини була слизова дна порожнини рота.

В 17 випадках проведено резекцію невеликого бокового сегмента нижньої щелепи (до 3 см) без встановлення цілості. Відновлення цілості нижньої щелепи після резекції проведено у 18 хворих. У 7 хворих провели заміщення резектованої частини аутоаутотрансплантатом: у 3 – гребнем клубової кістки, у 4 випадках за допомогою ребра. У 11 пацієнтів дефект нижньої щелепи був закритий реконструктивною титановою пластиною, з них у двох – разом з ендопротезом суглобової головки.

Виявлено, що метод закриття дефекту нижньої щелепи після резекції в кожному конкретному випадку визначається індивідуально і залежить від багатьох факторів. Застосування титанових пластин дозволяє здійснити заміщення будь-яких дефектів нижньої щелепи.

СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬОЩЕЛЕПИ У БОЛЬНИХ РАКОМ СЛИЗОВОЇ ПОЛОСТИ РОТА – В статті проведено аналіз ефективності реконструктивних операцій на нижній щелепі після резекції у 35 хворих з місцево-розповсюдженими опухлинами слизової ротової порожнини.

Резекція нижньої щелепи проведена у 35 хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової порожнини рота III-IVA стадії: 30 чоловіків і 5 жінок. Вік хворих коливався від 27 до 73 років. У 62,3 % випадків місцем локалізації пухлини була слизова дна порожнини рота.

В 17 випадках проведено резекцію невеликого бокового сегмента нижньої щелепи (до 3 см) без встановлення цілості. Відновлення цілості нижньої щелепи після резекції проведено у 18 хворих. У 7 пацієнтів провели заміщення резектованої частини аутоаутотрансплантатом: у 3 – гребнем підвздошної кістки, в 4 випадках з допомогою ребра. У 11 пацієнтів дефект нижньої щелепи був закритий реконструктивною титановою пластиною, з них у двох – разом з ендопротезом суглобової головки.

Установлено, що метод закриття дефекту нижньої щелепи після резекції в кожному конкретному випадку визначається індивідуально і залежить від багатьох факторів. Застосування титанових пластин дозволяє здійснити заміщення будь-яких дефектів нижньої щелепи.

SEGMENTAL RESECTION OF THE LOWER JAW IN PATIENTS WITH CANCER OF ORAL CAVITY MUCOSA – The effectiveness of the restorative operations on the lower jaw after its resection in patients with locally advanced tumors of the mucosa of the oral cavity has been analysed in the article.

Resection of the lower jaw was performed in 35 patients with stage III-IVA locally advanced cancer of the floor of the oral cavity: 30 males and 5 females. The age of the patients varied from 27 to 73 years. In 62,3 % of cases the cancer originated from the mucosa of the floor of the oral cavity.

In 17 cases we performed resection of the small lateral segment of the lower jaw (up to 3 cm) without restoration of the bone integrity. Restoration of the integrity of the lower jaw was later performed in 18 patients. In 7 patients we performed allotransplantation to restore the missing part: in 3 cases we used the pelvic bone graft, in 4 patients – a rib. In 11 patients the missing part of the bone was reconstructed using the titanium reconstruction plate, in 2 patients - with prosthesis of the mandibular joint.

It has been revealed that the method of reconstruction of the lower jaw after resection is determined individually in each case and depends on multiple factors. The use of titanium plates allows to perform the reconstruction of any defects of the lower jaw.

Ключові слова: рак слизової порожнини рота, резекція нижньої щелепи.

Ключевые слова: рак слизистой полости рта, резекция нижней челюсти.

Key words: cancer of the oral mucosa, resection of the lower jaw.

ВСТУП Слизова оболонка порожнини рота і прилягаючі тканини – анатомічно складна ділянка, що зумовлює специфічність клінічного перебігу і лікування пухлин, які тут розвиваються [2,6,8]. Захворюваність на рак слизової порожнини рота (РСПР) постійно збільшується, і в структурі

онкологічних захворювань серед населення України в 2007 р. склала 5,1 на 100 тис. населення: серед чоловіків – 8,8, у жінок – 1,9, тобто рівень захворюваності чоловіків у 4,6 раза вищий, ніж у жінок. Занедбаність по Україні склала 48 %, а смертність до 1 року від моменту встановлення діагнозу раку – 47 % [1,5]. Не дивлячись на те, що РСР є візуально формою локалізації пухлин і доступний лікарському огляду, більшість хворих поступає на лікування з місцево-розповсюдженою формою захворювання в III-IVA стадії [4,9]. В такій ситуації єдиним варіантом радикального лікування є проведення комбінованого лікування, основним етапом якого є операція, під час якої виникає питання не тільки про об'єм оперативного втручання на нижній щелепі, а і про відновлення цілісності резековано частини щелепи [3,7,10].

Мета роботи – оцінити ефективність реконструктивних операцій на нижній щелепі після резекції у хворих з місцево-розповсюдженими пухлинами слизово порожнини рота.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Резекцію нижньої щелепи проведено у 35 хворих з місцево-розповсюдженим раком слизово порожнини рота III-IVA стадії: 30 чоловіків і 5 жінок. Вік хворих коливався від 27 до 73 років. В усіх пацієнтів гістологічно верифіковано плоскоклітинний рак. Кісткова деструкція виявлена у 8 випадках. Найчастіше місцем локалізації пухлини була слизова дна порожнини рота (у 22 пацієнтів), що склало 62,3 %. Відновлення цілісності нижньої щелепи після резекції проведено у 18 хворих.

Метастази в лімфатичні вузли ши виявлено у 23 пацієнтів (65,7 %), що підтверджено даними патоморфологічного дослідження клітковини, видалено під час операції, об'єм якої залежав від поширеності процесу: операція Крайля проведена у 5 хворих, операція Ванаса – у 9, і шийна лімфодисекція – у 9 випадках. Частота ураження лімфатичних вузлів ши не залежала від об'єму первинної пухлини. У 15 хворих метастази відповідали символу N1, у 8 – символу N2. Найчастіше ураження лімфатичних вузлів зафіксовано у хворих з рецидивними пухлинами – 14 ви-

падків (42,4%). Розподіл хворих залежно від виду проведеного лікування наведено у таблиці 1.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Оскільки нижня щелепа бере активну участь в функці живання, ковтання і мовоутворення, резекція, навіть на невеликому протязі, призводить до порушення цих функцій. Крім цього, операція супроводжується вираженим косметичним дефектом і є причиною зміни нижнього контуру обличчя. Виходячи з цього, метою оперативного втручання на нижній щелепі є не тільки радикальне видалення пухлини, але і заміщення видалених тканин для попередження або зменшення можливих функціональних і косметичних дефектів.

Показаннями до виконання сегментарно резекції нижньої щелепи є:

1. Кісткова деструкція, яка займає більше половини висоти тіла нижньої щелепи – до рівня нижньощелепового каналу (виявлено у 8 хворих за даними рентгенографії).

2. Пухлинний інфільтрат в тканинах дна порожнини рота, підщелепово, підборідково ділянок, що розповсюджується на м'язи діафрагми рота, під'язикову слинну залозу, інтимно прилягає до нижньої щелепи і нерухомий відносно не (навіть при відсутності кістково інвазії) – 27 хворих. В цих випадках були відсутні рентгенологічні ознаки ураження кісткової тканини, комп'ютерна томографія виявляла більш щільну ділянку тканини без чітких меж, які прилягали до тіла нижньої щелепи. Проте сегментарна резекція була показана в зв'язку з неможливістю радикального виділення нижньої щелепи з пухлинного інфільтрату.

Ураження передньобочового відділу нижньої щелепи ми зустрічали у 9 хворих (25,7 %). При цьому пухлина поширювалася на всю слизову, м'які тканини передніх відділів дна порожнини рота і бокові відділи по щелепно-язиковому жолобу або альвеолярному виростку нижньої щелепи. В такому випадку дефект нижньої щелепи включав в себе передній відділ і велику частину горизонтального відділу

Таблиця 1. Розподіл хворих залежно від виду лікування

Вид лікування	Абс. к-сть	%
Променева терапія	9	25,7
Хіміотерапія	2	5,7
Хіміопромєнєве лікування	6	17,1
Хірургічне лікування	18	51,5
Всього	35	100

(до 7-го зуба або до кута) щелепи. У 22 пацієнтів (62,9 %) пухлина локалізувалася в бокових відділах тіла нижньої щелепи, кута і нижньої частини гілки. В 4 випадках (11,4 %) спостерігався дефект гілки щелепи і суглобового відростка.

Оперативне втручання полягало у видаленні різного за розміром фрагмента нижньої щелепи, а також слизово, м'яких тканин і м'язів дна порожнини рота, язика, ретромолярно ділянки, бокової стінки ротоглотки. Об'єм резекції м'яких тканин коливався залежно від локалізації і розповсюдженості процесу.

В 17 випадках проведено резекцією невеликого бокового сегмента нижньої щелепи (до 3 см) без встановлення цілісності. Метою пластичного етапу операції в таких випадках є не тільки закриття дефекту тканин дна порожнини рота, але і заповнення проміжку резекованої ділянки за рахунок добре васкуляризованих тканин, особливо у випадку, якщо перед операцією проводилася промєнева терапія. Такий підхід сприяє профілактиці післяопераційного остеомієліту нижньої щелепи.

Об'єм тканини, що видалювався, з одного боку, впливав на вибір варіанта пластики дефекту нижньої щелепи, а з іншого – на вираженість післяопераційних функціональних порушень, що, в свою чергу, впливало на тривалість післяопераційної реабілітації хворого, час видалення назогастрального зонда і трахеостомічної трубки. Необхідно за-

уважити, що об'єм м'якотканинного дефекту мав не менший вплив на ступінь вираженості функціональних порушень, ніж розмір і локалізація кісткового дефекту. Вибір варіанта пластики залежить від локалізації дефекту, його розповсюдженості, попереднього протипухлинного лікування, раніше виконаних операцій, віку і супутньої патології пацієнта. В той же час, нівелювати значною мірою функціональні і косметичні порушення дозволяв правильний вибір пластичного матеріалу і точна адаптація як кісткового, так і м'якотканинного фрагмента до тканин порожнини рота і нижньої лінії обличчя.

Найбільш розповсюдженими методами усунення даних порушень є кісткова пластика з використанням авто – і алотрансплантатів, заміщення дефектів біосумісними матеріалами. Але вказані методи мають цілу низку недоліків:

- одномоментне заміщення дефекту нижньої щелепи після видалення пухлини з використанням біотрансплантата не завжди можливе;
- тенденція трансплантата до відторгнення та інкапсуляції;
- розсмоктування кісткового трансплантата;
- використання автотрансплантата пов'язане з додатковою травмою для пацієнта;
- використання алотрансплантатів передбачає наявність доступного банку тканин і в той же час не знижує проблеми тканинної сумісності.

В нашому дослідженні, у 7 випадках проводили заміщення резековано частини автотрансплантатом: у 3 – гребенем клубово кистки і у 4 випадках за допомогою ребра. Для встановлення форми нижньої щелепи на трансплантаті робили від 1 до 3 остеотомій. Фрагменти трансплантата в зоні остеотомії фіксували мініпластинами. В 2 хворих ми спостерігали розм'якшення трансплантата, що спричинило його видалення. У 5 пацієнтів функціональність нижньої щелепи після встановлення трансплантата була відносно незадовільна.

Останім часом для реконструктивних операцій досить широко застосовують біологічно інертні конструкції з титану. Показанням для застосування титанових реконструктивних пластин є об'ємні дефекти нижньої щелепи в ділянці кута, тіла і дуги, а також дефекти нижньої щелепи з екзартикуляцією, які зустрічаються при значному поширенні онкопроцесу. Форма пластин допускає можливість х моделювання в різних площинах. Ангулярні пластини оптимізують проведення оперативного втручання в ділянці кута нижньої щелепи.

Імплатанти суглобових голівок дозволяють вирішувати питання ендопротезування скронево-нижньощелепного суглоба. З великою обережністю належить використовувати реконструктивні пластини у хворих, яким проводиться резекція нижньої щелепи з приводу променевого остеомієліту, оскільки в результаті запально-некротичних процесів в м'яких тканинах можлива недостатність тканин навколо титаново конструкції.

У нашому дослідженні у 11 випадках дефект нижньої щелепи був замінений реконструктивною пластиною. При масивній кістковій деструкції з розповсюдженням ракового процесу на гілку нижньої щелепи, коли оперативне втручання передбачало і видалення суглобового відростка, дефект виповнювали реконструктивною пластиною з ендопротезом суглобово голівки (рис. 1). Така реконструкція була проведена у 2 випадках. Встановлення суглобового відростка при екзартикуляції виконували шляхом фіксації кінця трансплантата у суглобовій впадінні за рахунок ушивання суглобово капсули і жувальних м'язів. При проведенні згодом лікувально фізкультури обмеження в рухах нижньої щелепи не виявлено. Функціональна здатність встановленого трансплантата абсолютно задовільна.

В 11 випадках при значному дефекті слизово оболонки і м'яких тканин виконували комбіновану пластику з використанням реконструктивно пластини і шкірно-м'язового клаптя на судинній ніжці (з включенням великого грудного м'яза – 6 випадків або груднино-ключично-шилоподібного м'яза – 5 хворих. Ускладнення, які були зумовлені частковим або повним некрозом шкірного фрагмента переміщеного шкірно-м'язового клаптя і оголенням внаслідок цього пластини, констатовано у 4 хворих.

На наш погляд, найефективнішим є встановлення пластин у хворих з дефектом бокового відділу тіла нижньої щелепи і за умови попередньо променево терапі не більше 40 Грей. Такі показання зумовлені тим, що у випадку локалізації дефекту щелепи на підборідді, використання реконструктивно пластини навіть зі шкірно-м'язовим клаптем призводить до прорізування пластини (27,8 % випадки). В такій ситуації виникає взаємна протидія сили тяжіння м'яких тканин підборіддя, які тягнуть фіксований до слизово нижньої губи і щоки шкірно-м'язовий клапоть вниз і спричиняють зсув реконструктивно пластини догори під впливом ваги жувальних м'язів на залишені фрагменти нижньої щелепи. Застосування реконструктивно пластини в групі хворих після радикально дози променево терапі також призводить до ускладнень: запальним змінам м'яких тканин і шкіри в місці прилягання до пластини, х тоншенню і прорізуванню пластини через шкіру, зазвичай підщелепно зони (3 випадки).

Вважаємо доцільним виділити такі особливості використання реконструктивних пластин:

- Перед виконанням резекції необхідно змодельювати форму пластини відповідно до форми нижньої щелепи і просвердлити по 2 отвори на кінцях фрагментів щелепи, що залишаються для наступно фіксації пластин в правильному прикусі.
- Пластина розташовується таким чином, щоб встановити в першу чергу нижній край тіла нижньої щелепи, який є більш значущим з косметично точки зору.
- Щадне ставлення до тканин, які оточують нижню щелепу: якщо це можливо з онкологічно точки зору – не резекувати окістя, а залишати на відсепарованому щічному клапті для профілактики прорізування пластини.
- Фіксація шкірного фрагмента шкірно-м'язового клаптя до медіального краю дефекту слизово оболонки здійснюється до фіксації реконструктивно пластини. Після фіксації пластини необхідно оцінити стан м'язово ніжки

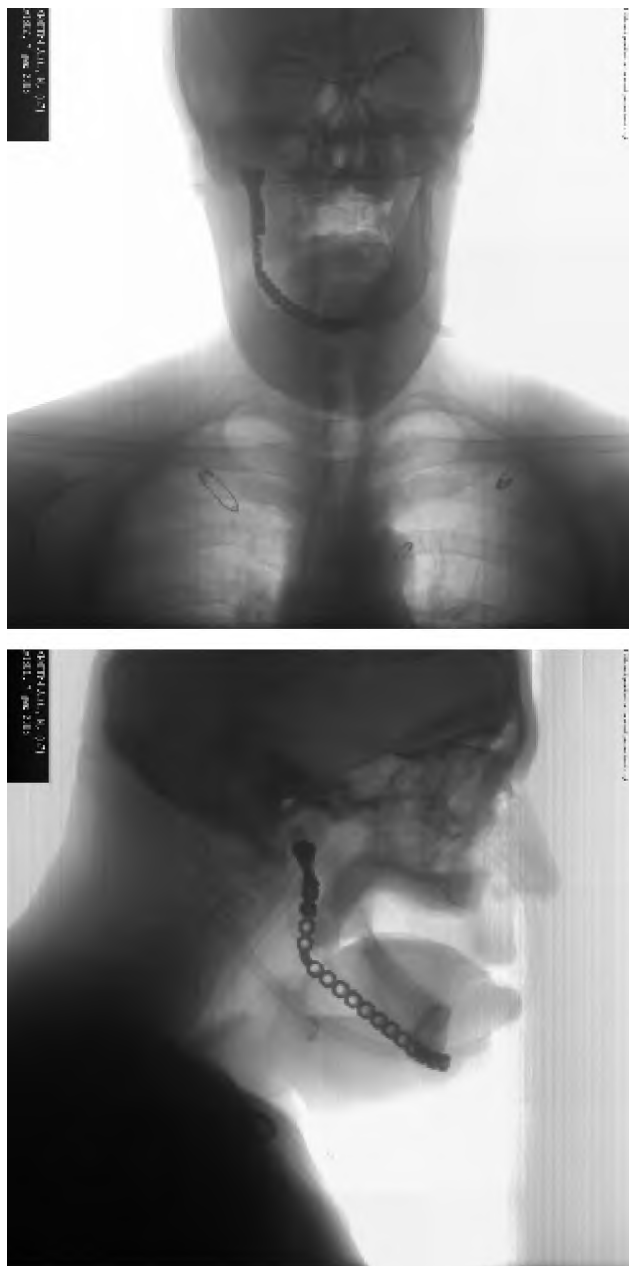


Рис 1. Рентгенограма. Дефект нижньої щелепи, замінений титановою пластиною і суглобом (пряма і бокова проекція).

кляптя, яка проходить під пластиною, з точки зору кровопостачання шкірного фрагмента кляптя.

Остеосинтез пластинами передбачає: анатомічну репозицію фрагментів; стабільну внутрішню фіксацію, яка відповідає місцевим біомеханічним вимогам; збереження кровопостачання фрагментів кістки і м'яких тканин шляхом атравматично хірургічно техніки.

Перевагою титанових імплантатів є: особлива корозійна стійкість, нетоксичність, відсутність фактора біологічно несумісності (біоінертність); високі механічні властивості (міцність, пластичність, гомогенність); відносна простота виготовлення, зберігання і стерилізації. Вищевказані фактори сприяють запобіганню деформації обличчя, полегшенню догляду за хворими, скороченню тривалості стаціонарного лікування, зменшенню відчуття дискомфорту у пацієнта.

ВИСНОВКИ Вибір методу закриття дефекту нижньої щелепи після резекції в кожному конкретному випадку визначається індивідуально і залежить від багатьох факторів.

2. Застосування титанових пластин дозволяє здійснити заміщення будь-яких дефектів нижньої щелепи.

3. Використання реконструктивних пластин різних конструкцій, з одного боку, є найпростішим методом встановлення цілісності нижньої щелепи, а з іншого – при використанні за правильно і детально констатованими показаннями дозволяє досягнути високих естетичних і функціональних показників.

У перспективі планується провести порівняльний аналіз крайових і сегментарних резекцій нижньої щелепи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні 2006-2007. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ. – 2008. – № 9. – С. 99.
2. Решетов И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия опухолей головы и шеи // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 9–14.
3. Сдвижков А.М., Финкельштерн М.Р., Кожанов Л.Г. и др. Комплексное лечение местнораспространённых злокачественных опухолей челюстно-лицевой области // Материалы XII Российского онкологического конгресса. – Москва, 2008. – С. 178.
4. Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л., Шаталова В.А., Осинцов И.К. Комплексное лечение опухолей орофарингеальной области // Материалы XII Российского онкологического конгресса. – Москва, 2008. – С. 178.
5. Щепотин И.Б. Рак ротово-порожнини: організаційні та епідеміологічні аспекти проблеми // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – № 4. – С. 2–3.
6. Daniel Knott, Jeffrey D. Suh, Vishad Nabili et al. Evaluation of Hardware-Related Complications in Vascularized Bone Grafts With Locking Mandibular Reconstruction Plate Fixation // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2007. – Vol. 133, № 12. – P. 1302–1306.
7. Jonathan M., David Pienkowski, Michele Goltz et al. Biomechanical Evaluation of Fixation Techniques for Bridging Segmental Mandibular Defects // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2004. – Vol. 130. – P. 1388–1392.
8. Monteiro S., Junior L., Ramos B. et al. Management of mandibular basilar fracture as a complication of tumor surgery // Braz. J. Oral. Sc. – 2005. – Vol. 4, № 15. – P. 929–931.
9. Oleg N., Andreas Werle, Nadia Mohyuddin et al. Comparison of Radial Forearm With Fibula and Scapula Osteocutaneous Free Flaps for Oromandibular Reconstruction // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2005. – Vol. 131. – P. 571–575.
10. Wolff D., Hassfeld S., Hofele C. The outcome of various cements in combination with titanium reconstruction plates after segmental resection of the mandible // British J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 43. – P. 303–308.

УДК 616-003.826-02:616-006.6-036.3-08

Суханова А.А.

МОНІТОРИНГ ІНДЕКСУ АПОПТОЗУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МОНІТОРИНГ ІНДЕКСУ АПОПТОЗУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ – з метою визначення ефективності лікування дисплазій епітелію шийки матки і показань до цілеспрямованої біопсії у вагітних з інфекцією цервіко-вагінального біотопу проведено дослідження індексу апоптозу до та після етіотропного лікування.

Визначено, що зміна індексу апоптозу супроводжується зміною стадій дисплазії. При дисплазіях метapлазованого епітелію нормалізація біоценозу більш активно сприяє позитивним змінам індексу апоптозу, ніж при дисплазіях багаточарового сквамозного епітелію. Доведено, що консервативне етіотропне лікування дисплазій метapлазованого епітелію супроводжується нормалізацією індексу апоптозу і переходом CIN 2-3 в стадію CIN 1 в 30,4 %, а в 56 % обумовлює перехід дисплазії (CIN 1) в доброякісну зону трансформації, яка у вагітних не є показанням для використання біопсії і фізіохірургічного лікування.

При CIN 2-3 багаточарового плоского епітелію, на відміну від дисплазій метapлазованого епітелію, в процесі етіотропного консервативного лікування нормалізація індексу апоптозу і зниження ступеня дисплазії відбувається лише в 7 %; тому консервативне лікування в 93 % необхідно доповнити фізіохірургічним – дезепітелізацією вогнища дисплазії.

МОНІТОРИНГ ІНДЕКСУ АПОПТОЗУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ СОСТОЯНИЙ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ – з метою визначення ефективності лікування дисплазій епітелію шийки матки і показань до цілеспрямованої біопсії у вагітних з інфекцією цервіко-вагінального біотопу проведено дослідження індексу апоптозу до і після етіотропного лікування.

Визначено, що зміна індексу апоптозу супроводжується зміною стадій дисплазії. При дисплазіях метapлазованого епітелію нормалізація біоценозу більш активно сприяє позитивним змінам індексу апоптозу, ніж при дисплазіях багаточарового сквамозного епітелію. Доведено, що консервативне етіотропне лікування

дисплазій метapлазованого епітелію супроводжується нормалізацією індексу апоптозу і переходом CIN 2-3 в стадію CIN 1 в 30,4 %, а в 56 % обумовлює перехід дисплазії (CIN 1) в доброякісну зону трансформації, яка у вагітних не є показанням для використання біопсії і фізіохірургічного лікування.

При CIN 2-3 багаточарового плоского епітелію, на відміну від дисплазій метapлазованого епітелію, в процесі етіотропного консервативного лікування нормалізація індексу апоптозу і зменшення ступеня дисплазії відбувається лише в 7 %; тому консервативне лікування в 93 % випадків необхідно доповнювати фізіохірургічним – дезепітелізацією вогнища дисплазії.

МОНІТОРИНГ ІНДЕКСУ АПОПТОЗУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ СОСТОЯНИЙ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ – з метою визначення ефективності лікування дисплазій епітелію шийки матки і показань до цілеспрямованої біопсії у вагітних з інфекцією цервіко-вагінального біотопу проведено дослідження індексу апоптозу до і після етіотропного лікування.

Визначено, що зміна індексу апоптозу супроводжується зміною стадій дисплазії. При дисплазіях метapлазованого епітелію нормалізація біоценозу більш активно сприяє позитивним змінам індексу апоптозу, ніж при дисплазіях багаточарового сквамозного епітелію. Доведено, що консервативне етіотропне лікування