

енток з наркоманіями з високою колонізаційною резистентністю була аналогічною, але мікрофлора висіювалась у 1,3 разу частіше у вагітних із низькою колонізаційною резистентністю. В жодній пацієнтки з фізіологічним перебігом вагітності не був діагностований кандидозний кольпіт.

3. Дисбіоз статевих шляхів у вагітних з наркоманіями може класифікуватися як фактор ризику пологів до терміну, при цьому відповідні показники мікробіоценозу статевих шляхів можуть бути діагностичним тестом патологічного перебігу вагітності в II та III триместрі.

4. Діагностика дисбіотичних процесів у піхві для вагітних з наркоманіями повинна бути невід'ємною частиною ведення вагітності.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Акушерские и перинатальные аспекты наркомании* / А. А. Зелинс-

кий, В. С. Битенский, Н. В. Шаповал и др. — Одесса: Чорномор'я, 1998. — 112 с.

2. *Анكيرская А. С., Муравьева В. В.* Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища // *Акуш. и гинекология.* — 2000. — № 3. — С. 26-28.

3. *Антонова О. Л.* Взаемозв'язок показників рН піхвового середовища у вагітних зі змінами мікробіоценозу піхви, перебігом та наслідками вагітності // *Педіатрія, акуш. та гинекологія.* — 2002. — № 1. — С. 74-75.

4. *Берлев И. В., Кура Е. Ф.* Роль условно-патогенной микрофлоры в развитии невынашивания беременности у женщин с нарушениями микробиотоза влагалища // *Журн. акуш. и женских болезней.* — 1999. — № 2. — С. 33-37.

5. *Кура Е. Ф.* Клиника и диагностика бактериального вагиноза // *Акушерство и гинекология.* — 1994. — № 2. — С. 32-35.

6. *Кура Е. Ф., Берлев И. В., Молчанов О. Л.* Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиоти-

ческими нарушениями влагалища // *Журн. акуш. и женских болезней.* — 1999. — Т. XLVIII, № 2. — С. 8-11.

7. *Порівняльні аспекти мікробіоценозу піхви при вагітності й в післяпологовому періоді* / В. С. Остап'юк, Н. І. Геник, Д. Р. Шадлун, І. С. Глазков // *Вісн. наук. досліджень.* — 2001. — № 1. — С. 70-71.

8. *Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Буданова П. В.* Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроценоза родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием плода // *Акуш. и гинекология.* — 2003. — № 1. — С. 47-52.

9. *Gibbs R. S.* Chorioamnionitis and bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 169, N 2. — P. 460-462.

10. *Guidelines for management of pregnant Women with infections at delivery and care of their newborns* / Ed. L. Sterner. — Copenhagen, 1990. — P. 485-486.

11. *Sweet R. L.* New approaches for the treatment of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 69. — Pt. 2. — P. 479-482.

УДК 616.211-006:616.216-006

М. Б. Піонтковська

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМ ПОРОЖНИНИ НОСА І НАВКОЛОСОВИХ ПАЗУХ

Одеський державний медичний університет

Цистаденокарцинома (циліндрома, аденокістозний рак) — злоякісна високодиференційована епітеліальна пухлина, що характеризується утворенням циліндроподібних структур і гіалінозом строми. Розвивається з епітелію слинних і серомукозних залоз усього дихального тракту, зокрема, порожнини носа, навколоосових пазух, бронхів, стравоходу, а також шийки матки, молочних залоз. Пухлина вирі-

зняється повільним ростом і різко вираженою схильністю до рецидивування. Метастазує у шийні лімфатичні вузли, легені та кістки. Терміни прояву метастазів — від 2 до 20 років [1; 3; 4; 6].

Викладеним вище обмежена вся інформація щодо цистаденокарциноми, наведена в монографіях [1; 3] і довідниках [4; 6], виданих з 1979 по 2000 рр. Такою ж малою інформативністю характеризуються і відо-

мості щодо патоморфології та патогістології цієї пухлини. Відзначимо, однак, лише одне докладне дослідження 1978 р. [2] щодо діагностики та лікування цистаденокарциноми великих привушних і підщелепних слинних залоз.

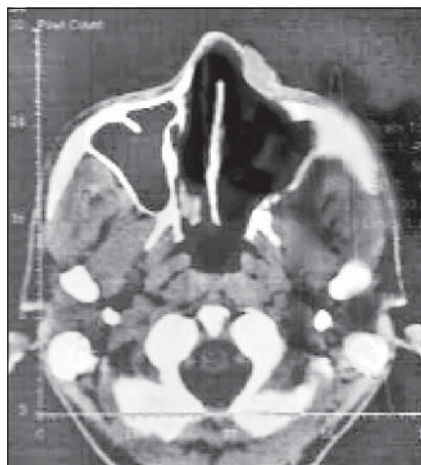
**Мета роботи** — аналітична оцінка результатів досвіду діагностики, лікування та моніторингу 9 хворих жінок із цистаденокарциномою (ЦАК) порожнини носа, верхньощелеп-



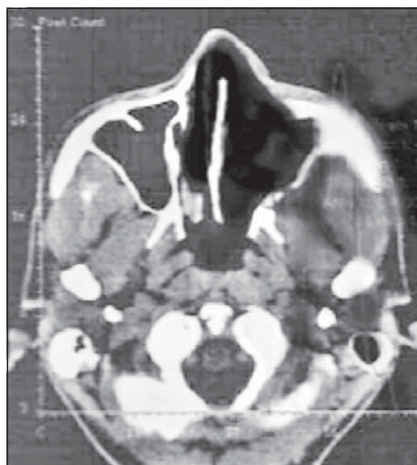
## Алгоритми хірургічного лікування хворих з цистаденокарциномою

Хвора	Локалізація процесу	Ступінь розповсюдження первинної пухлини	Види операцій	Види операцій після рецидивування	
				1-го	2-го
1. Ш-т	ПГК	T3N0M0	Ринотомія за Муром	Ринотомія за Муром	Ринотомія за Муром — Денкером
2. М-в	ПН	T4N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером	Орбітосинуальна екзентрація
3. В-к	ПГК	T3N0M0	Ринотомія за Муром	Ринотомія за Муром	Ринотомія за Муром
4. О-к	ПН	T3N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером
5. З-я	ВЦП	T4N0M0	Ринотомія за Муром — Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером
6. Р-к	ВЦП	T3N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Денкером
7. С-ва	ВЦП	T3N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером	Орбітосинуальна екзентрація
8. І-ва	ПН	T4N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером	Ринотомія за Вебером — Фергюссоном
9. Ч-н	ВЦП	T4N0M0	Ринотомія за Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером	Ринотомія за Муром — Денкером

Примітка. ВЦП — верхньощелепна пазуха; ПГК — пазухи гратчастої кістки; ПН — порожнина носа.



а



б

Рисунок. КРТ в аксіальній площині на рівні середини верхньощелепної пазухи до (а) і після (б) СДТ у хворій із циліндромою гратчастого лабіринту рТ4N0M0 (2-й рецидив у ділянці передньої стінки після операційної порожнини з проростанням шкіри)

них пазух і пазух гратчастої кістки.

Діагностичне обстеження та хірургічне лікування було проведено в групі із 9 пацієнок віком від 32 до 43 років з ЦАК порожнини носа, верхньощелепних пазух і гратчастого лабіринту зі ступенем розповсюдження первинної пухлини T<sub>2</sub>–T<sub>4</sub>. При дослідженні було використано комплекс діагностичних заходів, що містить

класичне клінічне обстеження: ретельно і прицільно зібраний анамнез, огляд, пальпацію, визначення чутливості шкіри обличчя і слизових оболонок присінка порожнини рота й латеральної стінки порожнини носа, передню і задню риноскопію, мікрориноскопію, термографію, КРТ, МРТ, виконання біопсій.

Діагностичні дослідження хворих проводилися на рент-

генівському комп'ютерному томографі "Somatom Plus 4" і магніторезонансному томографі "Magnetom Vision Plus" (індукція поля — 1,5 Тл). Гістографічний аналіз структури пухлини проводили діафрагмою круглої форми площею 0,5 см<sup>2</sup>.

Усі 9 пацієнок із первинно встановленим діагнозом і визначенням ступеня поширення пухлини були прооперовані. Після 1-го і 2-го рецидивування новоутворення також були проведені повторні хірургічні втручання з інтраопераційним сонодинамічним впливом і тільки сонодинамічний вплив — при поверхневорозташованих рецидивах. Алгоритми хірургічного лікування хворих з ЦАК наведено в табл. 1.

Діагностичні рентгенівські комп'ютерні томографічні (РКТ) і магніторезонансні томографічні (МРТ) зображення рецидивних пухлин подано на рисунку.

Семіотика цистаденокарциноми, за результатами РКТ, — гетерогенна (14–55 од. X) ізоденсна (середньоарифметична щільність = + 39 од. X)



Таблиця 2

**Тривалість безрецидивних періодів у хворих із цистаденокарциномою**

Тривалість	Безрецидивний період, міс		
	1-й	2-й	3-й
Мінімальна	31	21	12
Медіана	42	29	15
Максимальна	60	34	22

структура. Після внутрішнього введення омніпаку щільність структури пухлини збільшується на 18–40 од. Х, а її гетерогенність зберігається (32–98 од. Х).

Мінімальна та максимальна тривалість безрецидивних періодів, а також їхня медіана подані в табл. 2.

Алгоритми лікування пухлини після 2-го рецидивування практично не впливали на тривалість 3-го безрецидивного періоду (табл. 3):

ХО — 15–18 міс (3 спостереження);

ПТ+ХО — 21–22 міс (2 спостереження);

ХО+ПТ — 12–14 міс (4 спостереження).

У наших дослідженнях у хворих не спостерігалось регіонарних метастазів і прояву віддаленого метастазування.

### Висновки

1. Визначена індивідуальна (максимальна — мінімальна)

Таблиця 3

**Індивідуальна тривалість безрецидивних періодів у хворих із цистаденокарциномою**

Хвора	Вік на момент 1-ї операції	Гіпоцентр первинної пухлини	Тривалість безрецидивного періоду, міс			
			Алгоритм лікування	1-го	2-го	3-го
1. Ш-т	34	ПГК	ХО	60	31	18
2. М-в	32	ПН	ХО	58	27	15
3. В-к	34	ПГК	ХО	52	34	17
4. О-к	41	ПН	ПТ+ХО	47	32	21
5. З-я	39	ВЩП	ПТ+ХО	42	29	22
6. Р-к	42	ВЩП	ХО+ПТ	39	31	14
7. С-ва	32	ВЩП	ХО+ПТ	36	22	13
8. І-ва	43	ПН	ХО+ПТ	34	25	12
9. Ч-н	35	ВЩП	ХО+ПТ	31	24	13

Примітка. ХО — хірургічна операція; ПТ — променева терапія.

тривалість 1, 2 і 3-го безрецидивних періодів у хворих із цистаденокарциномою, а також значення медіан цих періодів.

2. Досліджена КРТ- і МРТ-семіотика цистаденокарцином і їхніх рецидивів.

3. Зі збільшенням порядкового номера рецидивування зменшується тривалість безрецидивного періоду, наступного за лікуванням.

4. Усі хворі прожили 5 років із трьома процесами рецидивування.

2. Максимова О. М. Клиника и лечение цистаденоидной карциномы (цилиндромы) слюнных желез: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — М., 1978. — 20 с.

3. Огольцова Е. С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.

4. Онкология: Словарь-справочник / И. В. Касьяненко, В. Г. Пинчук, Д. В. Мясоедов и др. — К.: Наук. думка, 1992. — 264 с.

5. Пionтковська М. Б. Планування обсягу хірургічного втручання при злоякісних пухлинах приносних пазух на підставі комплексу діагностичних заходів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1995. — 24 с.

6. Справочник по онкологии / С. А. Шалимов, Ю. А. Гриневич, А. Ф. Возианов и др.; Под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. — К.: Здоров'я, 2000. — 560 с.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Козлова А. В., Калина В. О., Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР-органов. — М.: Медицина, 1979. — 352 с.

УДК 618.177:577.175.5

М. О. Чеботарьова

## АКТИВНІСТЬ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ В СЕЧІ ХВОРИХ НА ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНУ БЕЗПЛІДНІСТЬ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Однією з найбільш складних медико-соціальних проблем, яка негативним чином віддзеркалюється не тільки на

демографічних показниках, але в більшості випадків є причиною сімейних розладів, психологічного дискомфорту та зниження соціальної активності подружжя, є неплідність [1].

Згідно з існуючими даними, серед причин, що призводять до безплідності жінки, переважає трубний фактор, частота якого становить 35–40 % [2]. Частота безплідності у пацієн-

