

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

із наведенням фрагментів дисертації Николишин С. М.  
та відповідних фрагментів опублікованих текстів інших авторів  
без зазначення авторства

Збіги текстів виділені **жовтим** кольором, перефразування та синоніми – **бірюзовим**, перестановки слів місцями – **зеленим**; твердження авторки про те, що це нібито вона щось пропонує, оцінює, розробила чи робить висновки – **фіолетовим**.

**Червоним шрифтом** поданий коментар щодо фрагментів дисертації Николишин С. М. Через значний обсяг збігів кольором виділено не весь текст.

№	Фрагменти тексту дисертації, у якій виявлено факти порушення академічної доброчесності	Фрагменти опублікованих текстів інших авторів (без зазначення в дисертації Николишин С. М. посилань на джерело)
Вид виявленого порушення: <b>плагіат</b>		
1	<p style="text-align: center;"><b>Николишин С. М.</b></p> <p>Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки. Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015. (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Зіненко Т. О.</b></p> <p>Тактика лікування рецидивуючих фонівих захворювань шийки матки у жінок, які не народжували. Дис. ... канд. мед. наук. – Дніпропетровськ, 2014. (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0414U002187/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0414U002187/</a>)</p>
С. 10.		С. 10.
	<p style="text-align: center;"><b>РОЗДІЛ 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ: «БЕЗПЛІДДА У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ»</b></p> <p>1.1 Сучасні патологічні стани та анатомо-фізіологічні особливості <b>шийки матки</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>РОЗДІЛ 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ: «ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК, ЯКІ НЕ НАРОДЖУВАЛИ, З ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ»</b></p> <p>1.1. <b>Шийка матки</b> – патологічні стани, анатомо-фізіологічні особливості, методи діагностики та лікування</p>
С. 10.		С. 12.
	<p>Патологія шийки матки (ШМ) залишається такою, що посідає головні позиції в структурі гінекологічної захворюваності, і, не дивлячись на впровадження нових методів діагностики і лікування, немає тенденції до зниження [2, 3, 17, 29, 33, 44, 49, 75, 126].</p> <p><b>Чужий текст переписаний разом із покликаннями, які повністю співпадають з покликаннями в дисертації Зіненко, оскільки Николишин скопіювала собі також чужий список літератури. У скопійованому списку літератури Николишин поміняла роки наукових праць у бік оновлення, напр., у покликанні [1] – 2008 на 2013, у покликанні [2] – 2009 на 2011 і т. п., що є фальсифікацією джерел. Плагіат.</b></p>	<p>Патологія ШМ залишається такою, що посідає головні позиції в структурі гінекологічної захворюваності, і, не дивлячись на впровадження нових методів діагностики і лікування, немає тенденції до зниження [2, 3, 17, 29, 33, 44, 49, 75, 126].</p>
С. 10–11.		С. 12–13.
	<p>В Україні захворюваність на рак ШМ складає 18 на 100 тис. жіночого населення, а за летальністю до року від онкозахворювань у жінок репродуктивного віку дана патологія займає перше місце [15].</p> <p>На сучасному етапі в Україні спостерігається епідеміологічна ситуація щодо поширеності та активності сексуально-трансмисивних інфекцій, що негативно впливає на показники захворюваності, в</p>	<p>В Україні захворюваність на рак шийки матки складає 18 на 100 000 жіночого населення, а по летальності до року від онкозахворювань у жінок репродуктивного віку дана патологія займає перше місце [3, 15].</p> <p>На сучасному етапі в Україні спостерігається епідеміологічна ситуація щодо поширеності та активності сексуально-трансмисивних інфекцій, що не-</p>

<p>т.ч. й на рак <b>ШМ</b>. Особливе місце в структурі захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, займає вірусна інфекція, а саме: вірус простого герпесу і вірус папіломи людини (HPV), які значно поширені та мають високу епітеліотропність. До загальних, типових для вірусних генітальних інфекцій, особливостей епідеміології відносяться: найбільший пік захворюваності в репродуктивному віці, висока частота змішаних інфекцій, здатність до латентного перебування в організмі людини, безсимптомного та атипового перебігу вірусної інфекції, часта втрата працездатності, порушення загального фізичного та нервово-психічного стану, що призводить до зниження якості життя, порушення соціального статусу та конфліктів в родині [128, 129, 160, 173, 203, 239].</p>	<p>гativity впливає на показники захворюваності в т.ч. й на рак <b>шийки матки</b>. Особливе місце в структурі захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, займає вірусна інфекція, а саме: вірус простого герпесу і вірус папіломи людини (HPV), які значно поширені та мають високу епітеліотропність. До загальних, типових для вірусних генітальних інфекцій, особливостей епідеміології відносяться: найбільший пік захворюваності в репродуктивному віці, висока частота змішаних інфекцій, здатність до латентного перебування в організмі людини, безсимптомного та атипового перебігу вірусної інфекції, часта втрата працездатності, порушення загального фізичного та нервово-психічного стану, що призводить до зниження якості життя, порушення соціального статусу та конфліктів в родині [128, 129, 160, 173, 203, 239].</p>
<p><b>С. 11.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>
<p>Згідно епідеміологічних досліджень, щонайменше 95% випадків плоскоклітинних раків <b>ШМ</b> містять ДНК-HPV [15, 152, 153, 263, 267, 311]. Це обумовлено високою контагіозністю і наявністю тенденції до росту частоти даного захворювання. Число людей, інфікованих HPV за останнє десятиріччя у світі збільшилося більш, ніж у 10 разів. Важливо відмітити, що пік ПВІ припадає на вікову групу 20-25 років, тобто на період репродуктивної та статеві активності жінок. Є дані, що приблизно кожна третя сексуально активна жінка має різноманітні форми клінічних проявів ПВІ. Найбільш часто (95 випадків) HPV локалізується у перехідній зоні, де виникають дисплазії [127, 164, 222, 252].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [311]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>Згідно епідеміологічних досліджень, щонайменше 95 % випадків плоскоклітинних раків <b>шийки матки</b> містять ДНК-HPV [15, 152, 153, 263, 267, 311]. Це обумовлено високою контагіозністю і наявністю тенденції до росту частоти даного захворювання. Число людей, інфікованих HPV за останнє десятиріччя у світі збільшилося більш, ніж у 10 разів. Важливо відмітити, що пік ПВІ припадає на вікову групу 20-25 років, тобто на період репродуктивної та статеві активності жінок. Є дані, що приблизно кожна третя сексуально активна жінка має різноманітні форми клінічних проявів ПВІ. Найбільш часто (95 випадків) HPV локалізується у перехідній зоні, де виникають дисплазії [127, 164, 222, 252].</p>
<p><b>С. 11–12.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>
<p>Специфічне запалення в ШМ виникає в результаті агресивного впливу різних інфекцій, що передаються статевим шляхом. При цьому ключовою концепцією етіопатогенезу раку ШМ признана вірусна гіпотеза, в якій провідна роль віддається папіломавірусній інфекції, збудником якої є HPV. Для HPV-асоційованих інфекцій ідентифіковані специфічні антигени, серед яких найбільше діагностичне значення мають онкобілки – маркери E6 і E7, які є антигенами Т-клітинної ланки імунної відповіді [110, 114, 231]. Висока контагіозність, широка розповсюдженість та онкогенний потенціал визначають високу значимість HPV, асоційованих із захворюваннями ШМ. Особливістю HPV на даний час є інфікування в юному віці, що обумовлено високою сексуальною активністю молоді, особливо підлітків, пов'язаною перш за все з соціальними проблемами [11, 102, 204, 245].</p>	<p>Специфічне запалення в шийці матки виникає в результаті агресивного впливу різних інфекцій, що передаються статевим шляхом. При цьому ключовою концепцією етіопатогенезу раку шийки матки признана вірусна гіпотеза, в якій провідна роль віддається папіломавірусній інфекції, збудником якої є HPV. Для HPV-асоційованих інфекцій ідентифіковані специфічні антигени, серед яких найбільше діагностичне значення мають онкобілки – маркери E6 і E7, які є антигенами Т-клітинної ланки імунної відповіді [110, 114, 231]. Висока контагіозність, широка розповсюдженість та онкогенний потенціал визначають високу значимість HPV, асоційованих з захворюваннями шийки матки. Особливістю HPV на даний час є інфікування в юному віці, що обумовлено високою сексуальною активністю молоді, особливо підлітків, пов'язаною перш за все з соціальними проблемами [11, 102, 204, 245].</p>
<p><b>С. 12–13.</b></p>	<p><b>С. 14.</b></p>
<p>Анатомічна цілість ШМ та її внутрішнього і зовнішнього вічка, структура і функція епітелію слизової оболонки та місцева колонізаційна протиінфекційна резистентність, яка переважно забезпечується складним біологічним компонентом клітин епітелію шийки і цервікального каналу, місцевої імунної системи, фагоцитозом клітин, гуморальними мікробіцидними факторами та станом цитокі-</p>	<p>Анатомічна цілість шийки матки та її внутрішнього і зовнішнього вічка, структура і функція епітелію слизової оболонки та місцева колонізаційна протиінфекційна резистентність, яка переважно забезпечується складним біологічним компонентом клітин епітелію шийки і цервікального каналу, місцевої імунної системи, фагоцитозом клітин, гуморальними мікробіцидними факторами та станом</p>

<p>нової системи і гормонального гомеостазу [93, 217, 258].</p> <p>Шийка матки разом з маткою утворюються шляхом злиття мюлерових каналів на 12-16-му тижні внутрішньоутробного розвитку. Виділяють дві анатомічні частини ШМ – піхвову і надпіхвову. Їхньою границею є лінія прикріплення зводів піхви. Піхвова частина ШМ покрита багат шаровим плоским епітелієм товщиною 150-200 мкм [8, 9, 36, 44, 164, 204]. Між м'язовим шаром і багат шаровим плоским епітелієм розташована строма, що складається з пухкої мережі еластичних і колагенових волокон, серед яких знаходяться фібробласти, лімфоцити, кровеносні та лімфатичні судини, нервові закінчення. Строма утворює на своїй поверхні сосочки, що проникають до шарів багат шарового плоского епітелію. У нижній поверхні епітелію ці ж самі стромальні елементи утворюють базальну мембрану, хід якої точно відтворює рельєф сосочків підепітеліальної тканини. За допомогою базальної мембрани здійснюється демаркація тканин і кровопостачання клітин багат шарового плоского епітелію [58, 59, 72, 73, 103].</p>	<p>цитокінової системи і гормонального гомеостазу [93, 217, 258].</p> <p>ШМ, разом з маткою, утворюються шляхом злиття мюлерових каналів на 12-16 тижні внутрішньоутробного розвитку. Виділяють дві анатомічні частини ШМ – піхвову і надпіхвову. Їхньою межею є лінія прикріплення зводів піхви. Піхвова частина ШМ покрита багат шаровим плоским епітелієм товщиною 150 – 200 мкм. [8, 9, 36, 44, 164, 204]. Між м'язовим шаром і багат шаровим плоским епітелієм розташована строма, що складається з пухкої мережі еластичних і колагенових волокон, серед яких знаходяться фібробласти, лімфоцити, кровеносні та лімфатичні судини, нервові закінчення. Строма утворює на своїй поверхні сосочки, що проникають до шарів багат шарового плоского епітелію. У нижній поверхні епітелію ці ж стромальні елементи утворюють базальну мембрану, хід якої точно відтворює рельєф сосочків підепітеліальної тканини. За допомогою базальної мембрани здійснюється демаркація тканин і кровопостачання клітин багат шарового плоского епітелію [58, 59, 72, 73, 103].</p>
<p><b>С. 13.</b></p>	<p><b>С. 14–15.</b></p>
<p>У багат шаровому плоскому епітелію ендодерміксу розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний і поверхневий [18, 21, 33, 36, 37, 44, 48, 49].</p> <p>Ендодермікс – слизова оболонка цервікального каналу – вкритий однорядним циліндричним епітелієм, має щілини і поглиблення, що називають цервікальними залозами [44, 58, 59, 204, 226]. Деякі автори вважають, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися резервні (стовбурові) клітини. У фізіологічних умовах менструального циклу резервні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію під впливом гормональних зрушень [37, 50, 87, 199].</p> <p>Основна функція циліндричного епітелію – секреторна [55, 107]. У нормі якість і фізико-хімічні властивості вироблюваного слизовою секрету залежать від фази менструального циклу. Секрет відіграє важливу роль у заплідненні й є бар'єром для інфекції [127, 151, 153, 197, 199].</p>	<p>У багат шаровому плоскому епітелію ендодерміксу розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний і поверхневий [18, 21, 33, 36, 37, 44, 48, 49].</p> <p>Ендодермікс – слизова оболонка цервікального каналу – вкритий однорядним циліндричним епітелієм, має щілини і поглиблення, що називають цервікальними залозами [44, 58, 59, 204, 226]. Деякі автори вважають, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися резервні (стовбурові) клітини. У фізіологічних умовах менструального циклу резервні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію під впливом гормональних зрушень [37, 50, 87, 199].</p> <p>Основна функція циліндричного епітелію – секреторна [55, 107]. У нормі якість і фізико-хімічні властивості вироблюваного слизовою секрету залежать від фази менструального циклу. Секрет відіграє важливу роль у заплідненні й є бар'єром для інфекції [127, 151, 153, 197, 199].</p>
<p><b>С. 13–14.</b></p>	<p><b>С. 15.</b></p>
<p>Багат шаровий плоский епітелію піхвової частини ШМ досягає зовнішнього маткового зіву і чітко відмежовується від циліндричного епітелію, що вистилає шийковий канал. Стик плоского і циліндричного епітелію зовнішнього зіву ШМ є зоною постійних регенеративних процесів. Проліферативний потенціал циліндричного епітелію перевищує швидкість проліферації багат шарового плоского епітелію. Тому, у випадку ушкодження ШМ, лінія стику, як правило, переміщується в каудальному напрямку, за межі зовнішнього вічка на поверхню піхвової частини ШМ [96, 104, 110, 193, 196].</p> <p>Порушення анатомічної і функціональної структури ШМ обумовлює зміни характеру слизової пробки, що призводить до виникнення запальних захворювань порожнини матки, і, відповідно, підвищує ризик онкологічних трансформацій ендометрію [93, 144, 152, 227, 233].</p>	<p>Багат шаровий плоский епітелію піхвової частини ШМ досягає зовнішнього маткового зіву і чітко відмежовується від циліндричного епітелію, що вистилає шийковий канал. Стик плоского і циліндричного епітелію зовнішнього зіву ШМ є зоною постійних регенеративних процесів. Проліферативний потенціал циліндричного епітелію перевищує швидкість проліферації багат шарового плоского епітелію. Тому, у випадку ушкодження ШМ, лінія стику, як правило, переміщується в каудальному напрямку, за межі зовнішнього вічка на поверхню піхвової частини ШМ [96, 104, 110, 193, 196].</p> <p>Порушення анатомічної і функціональної структури ШМ обумовлює зміни характеру слизової пробки, що призводить до виникнення запальних захворювань порожнини матки, і, відповідно, підвищує ризик онкологічних трансформацій ендометрію [93, 144, 152, 227, 233].</p>
<p><b>С. 14.</b></p>	<p><b>С. 16.</b></p>
<p>У деяких випадках зміни конфігурації шийкового каналу з розвитком патологічних запальних чи руб-</p>	<p>У деяких випадках зміни конфігурації шийкового каналу з розвитком патологічних запальних чи руб-</p>

<p>цевих синехій можуть приводити до обструкції статевих шляхів, що спричиняє репродуктивні проблеми [74, 80, 192, 193, 195].</p> <p>Наступною основною функцією шийкового каналу матки є замикаюча, чи утримуюча. Істмічна недостатність досить широко освітлена в літературі та в даний час безперечно доведена значна її роль у невинесенні вагітності в різний термін гестації. Таким чином, ШМ виконує функції м'язового сфінктеру, що обумовлює процес утримання плідного яйця в порожнині матки [67, 167].</p> <p>Означене дозволяє розглядати ШМ як анатомічне утворення складної анатомо-гістологічної побудови, що виконує цілий ряд специфічних функцій, які багато в чому визначають гомеостаз репродуктивної функції жінки.</p> <p>Так, проста лейкоплакія цитологічно характеризується багаточисельністю без'ядерних, лускатих, оксифільно забарвлених поверхневих клітин, а також базальних і парабазальних клітин з ознаками порушення дозрівання і поліморфізму клітин [12, 211, 257].</p>	<p>цевих синехій можуть приводити до обструкції статевих шляхів, що спричиняє репродуктивні проблеми [74, 80, 192, 193, 195].</p> <p>Наступною основною функцією шийкового каналу матки є замикаюча, чи утримуюча. Істмічна недостатність досить широко освітлена в літературі та в даний час безперечно доведена значна її роль у невиношуванні вагітності в різний термін гестації. Таким чином, ШМ виконує функції м'язового сфінктеру, що обумовлює процес утримання плідного яйця в порожнині матки [67, 167].</p> <p>Означене дозволяє розглядати ШМ як анатомічне утворення складної анатомо-гістологічної побудови, що виконує цілий ряд специфічних функцій, які багато в чому визначають гомеостаз репродуктивної функції жінки.</p> <p>Так, проста лейкоплакія цитологічно характеризується багаточисельністю без'ядерних, лускатих, оксифільно забарвлених поверхневих клітин, а також базальних і парабазальних клітин з ознаками порушення дозрівання і поліморфізму клітин [12, 211, 257].</p>
<p><b>С. 14–16.</b></p>	<p><b>С. 16–17.</b></p>
<p>У багатошаровому плоскому епітелії ектоцервікса розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний та поверхневий. Базальний шар розташований на базальній мембрані і представлений базальними, чи гермінативними клітинами, розміщеними в один-два ряди. Клітини дрібні, еліпсоїдної форми, діаметром 7-12 мкм. Ядра розташовані перпендикулярно до базальної мембрани, займають більшу частину клітини, базофільні з великою кількістю хроматину. Про активність клітинного росту свідчить наявність мітозів. Цитоплазма не містить глікогену, клітинна мембрана вміщує специфічні білкові рецептори, які реагують на концентрацію естрогенів та гестагенів у крові. Базальний шар є джерелом регенераторних процесів і тому він називається камбіальним шаром. Нижня третина утворена клітинами з більшою кількістю цитоплазми, ніж в клітинах базального шару. Ці клітини називаються парабазальними. Парабазальний шар представлений 2-3 рядами більших за розмірами клітин В них відбувається синтез ДНК та глікогену. Парабазальні клітини мають досить високу мітотичну активність і також забезпечують ріст, регенерацію багатошарового плоского епітелію, приймають участь у його диференціюванні та дозріванні. Верхня третина представлена проміжними клітинами. Вони мають більший обсяг цитоплазми, розмір ядра ідентичний розміру ядер парабазальних клітин. Між проміжними клітинами є міжклітинні з'єднання, тому вони розташовані шарами. Цитоплазма вміщує багато глікогену, концентрація якого залежить від ступеня естрогенії в організмі. Поверхневий шар добре виявляється у проліферативній фазі менструального циклу і складається з 12-18 рядів великих плоских клітин, які розташовані поодинокі, або невеликими групами. Ядра цих клітин маленькі, пікнотичні, в них відсутній хроматин (мітотична інертність). Цитоплазма, навпаки, багата глікогеном та кератином. Поверхневий епітелій ШМ активно функціонує, поновлюючись кожні чотири-п'ять діб. Як відомо, клітинний ріст та диференціювання є гормонозалежними процесами [84].</p>	<p>У багатошаровому плоскому епітелії ектоцервіксу розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний та поверхневий. Базальний шар розташований на базальній мембрані і представлений базальними, чи гермінативними клітинами, розміщеними в один-два ряди. Клітини дрібні, еліпсоїдної форми, діаметром 7-12 мкм. Ядра розташовані перпендикулярно до базальної мембрани, займають більшу частину клітини, базофільні з великою кількістю хроматину. Про активність клітинного росту свідчить наявність мітозів. Цитоплазма не містить глікогену, клітинна мембрана вміщує специфічні білкові рецептори, які реагують на концентрацію естрогенів та гестагенів у крові. Базальний шар є джерелом регенераторних процесів і тому він називається камбіальним шаром. Нижня третина утворена клітинами з більшою кількістю цитоплазми, ніж в клітинах базального шару. Ці клітини називаються парабазальними. Парабазальний шар представлений 2-3 рядами більших за розмірами клітин В них відбувається синтез ДНК та глікогену. Парабазальні клітини мають досить високу мітотичну активність і також забезпечують ріст, регенерацію багатошарового плоского епітелію, приймають участь у його диференціюванні та дозріванні. Верхня третина представлена проміжними клітинами. Вони мають більший обсяг цитоплазми, розмір ядра ідентичний розміру ядер парабазальних клітин. Між проміжними клітинами є міжклітинні з'єднання, тому вони розташовані шарами. Цитоплазма вміщує багато глікогену, концентрація якого залежить від ступеня естрогенії в організмі. Поверхневий шар добре виявляється у проліферативній фазі менструального циклу і складається з 12-18 рядів великих плоских клітин, які розташовані поодинокі, або невеликими групами. Ядра цих клітин маленькі, пікнотичні, в них відсутній хроматин (мітотична інертність). Цитоплазма, навпаки, багата глікогеном та кератином. Поверхневий епітелій шийки матки активно функціонує, поновлюючись кожні чотири-п'ять діб. Як відомо, клітинний ріст та диференціювання є гормонозалежними процесами [84].</p>
<p><b>С. 16.</b></p>	<p><b>С. 17–18.</b></p>
<p>Естрогени можуть викликати епітеліальну про-</p>	<p>Естрогени можуть викликати епітеліальну про-</p>

<p>ліферацію та дозрівання клітин. Прогестерон пригнічує дозрівання клітин верхньої частини середнього шару епітелію і сприяє їх злуццю. Поверхневі клітини переважають в мазках із ШМ в I фазу менструального циклу, максимальна їх кількість спостерігається в період овуляції, в II фазі поверхневі ряди самостійно відшаровуються. В період менопаузи виникають зміни в клітинах поверхневого шару багатошарового плоского епітелію. Епітелій потоншується, в цитоплазмі вміщується мало глікогену [25, 29].</p> <p>Сполучна тканина, яка розташована під багатошаровим плоским епітелієм, складається з пухкої сітки колагенових та еластичних волокон, серед яких розташовані фібробласти, гістіоцити, лімфоцити, кровоносні та лімфатичні судини. Між сполучною тканиною та багатошаровим плоским епітелієм є базальна мембрана, яка здійснює демаркацію цих тканин [11, 100, 106].</p>	<p>ліферацію та дозрівання клітин. Прогестерон пригнічує дозрівання клітин верхньої частини середнього шару епітелію і сприяє їх злуццю. Поверхневі клітини переважають в мазках із шийки матки в I фазу менструального циклу, максимальна їх кількість спостерігається в період овуляції, в II фазі поверхневі ряди самостійно відшаровуються. В період менопаузи виникають зміни в клітинах поверхневого шару багатошарового плоского епітелію. Епітелій потоншується, в цитоплазмі вміщується мало глікогену [25, 29].</p> <p>Сполучна тканина, яка розташована під багатошаровим плоским епітелієм, складається з пухкої сітки колагенових та еластичних волокон, серед яких розташовані фібробласти, гістіоцити, лімфоцити, кровоносні та лімфатичні судини. Між сполучною тканиною та багатошаровим плоским епітелієм є базальна мембрана, яка здійснює демаркацію цих тканин [11, 100, 106].</p>
<p><b>С. 16–17.</b></p>	<p><b>С. 18–19.</b></p>
<p>Основна функція багатошарового плоского епітелію ектоцервіксу, як і будь-якого епітелію, розташованого на межі із зовнішнім середовищем – захисна [57]. Ця його функція визначається наявністю кератину в клітинах, який забезпечує міцність слизової оболонки, а також глікогену (продукція кислоти в піхві, обумовлена метаболізмом глікогену за участю піхвових лактобактерій). Склад клітин багатошарового плоского епітелію ектоцервіксу в виділеннях в нормі відображає стан функції яєчників. Так, велика кількість поверхневих клітин свідчить про високу естрогенну активність. Вони зустрічаються у фолікуліновій фазі менструального циклу, досягаючи максимуму в період овуляції і при гіперестрогенних станах. Домішок клітин проміжного шару зустрічається на початку фолікулінової фази і зростає в лютеїновій фазі циклу. Базальні клітини виявляються в нормі в період менопаузи і післяпологової аменореї. Поява їх в мазках у молодих жінок завжди пов'язана з наявністю ендокринних чи запальних порушень [29, 57, 68].</p>	<p>Основна функція багатошарового плоского епітелію ектоцервіксу, як і будь-якого епітелію, розташованого на межі із зовнішнім середовищем – захисна [57]. Ця його функція визначається наявністю кератину в клітинах, який забезпечує міцність слизової оболонки, а також глікогену (продукція кислоти в піхві, обумовлена метаболізмом глікогену за участю піхвових лактобактерій). Склад клітин багатошарового плоского епітелію ектоцервіксу в виділеннях в нормі відображає стан функції яєчників. Так, велика кількість поверхневих клітин свідчить про високу естрогенну активність. Вони зустрічаються у фолікуліновій фазі менструального циклу, досягаючи максимуму в період овуляції і при гіперестрогенних станах. Домішок клітин проміжного шару зустрічається на початку фолікулінової фази і зростає в лютеїновій фазі циклу. Базальні клітини виявляються в нормі в період менопаузи і післяпологової аменореї. Поява їх в мазках у молодих жінок завжди пов'язана з наявністю ендокринних чи запальних порушень [29, 57, 68].</p>
<p><b>С. 17.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>
<p>Відомо, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися недиференційовані кубічні клітин і, так звані, субциліндричні (субепітеліальні), або камбіальні клітини. Ядра цих клітин округлої форми, відносно великих розмірів, з чіткими рівними контурами. Хроматин в них розподілено рівномірно і забарвлюється він дифузно. В фізіологічних умовах менструального циклу камбіальні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію. Кількість камбіальних клітин не є сталою і залежить від ступеня їх зрілості. Унікальна властивість цих клітин – їх біпотентність, оскільки при певних умовах вони можуть диференціювати в бік призматичного, або багатошарового плоского епітелію [42, 69].</p> <p>Багатошаровий плоский епітелій піхвової поверхні ШМ і слизової оболонки піхви, протягом менструального циклу під впливом гормонів підлягає циклічним змінам. Під впливом естрогенів спостерігається посилення проліферативних процесів, дозрівання клітин з накопиченням у них глікогену (проміжний шар) та кератину (поверхневий шар). Тривалість циклу дозрівання клітин плоского епітелію ектоцервікса (слизова оболонка піхвової поверхні ШМ) складає біля чотирьох діб [50, 61, 98].</p>	<p>Відомо, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися недиференційовані кубічні клітин і, так звані, субциліндричні (субепітеліальні), або камбіальні клітини. Ядра цих клітин округлої форми, відносно великих розмірів, з чіткими рівними контурами. Хроматин в них розподілено рівномірно і забарвлюється він дифузно. В фізіологічних умовах менструального циклу камбіальні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію. Кількість камбіальних клітин не є сталою і залежить від ступеня їх зрілості. Унікальна властивість цих клітин – їх біпотентність, оскільки при певних умовах вони можуть диференціювати в бік призматичного, або багатошарового плоского епітелію [42, 69].</p> <p>Багатошаровий плоский епітелій піхвової поверхні шийки матки і слизової оболонки піхви, протягом менструального циклу під впливом гормонів підлягає циклічним змінам. Під впливом естрогенів спостерігається посилення проліферативних процесів, дозрівання клітин з накопиченням у них глікогену (проміжний шар) та кератину (поверхневий шар). Тривалість циклу дозрівання клітин плоского епітелію ектоцервікса (слизова оболонка піхвової поверхні шийки матки) складає біля 4 діб [50, 61, 98].</p>

<p><b>С. 17–18.</b></p>	<p><b>С. 19–20.</b></p>
<p>Циклічні зміни в епітелії ендocerвікса виражені помірно. Слизивий секрет клітин ендocerвікального епітелію являє собою гель. Надмірна лужна секреція слизу спостерігається під час фолікулінової фази, особливо в передовулярний період. Секрет має важливе значення для запліднення і є бар'єром для інфекції [55, 93].</p> <p>Незважаючи на численні дослідження складного процесу виникнення та розвитку патологічних станів вагінальної частини ШМ, ця проблема залишається ще недостатньо вивченою [8, 54, 57, 66].</p>	<p>Циклічні зміни в епітелії ендocerвікса виражені помірно. Слизивий секрет клітин ендocerвікального епітелію являє собою гель. Надмірна лужна секреція слизу спостерігається під час фолікулінової фази, особливо в передовулярний період. Секрет має важливе значення для запліднення і є бар'єром для інфекції [55, 93].</p> <p>Незважаючи на численні дослідження складного процесу виникнення та розвитку патологічних станів вагінальної частини шийки матки, ця проблема залишається ще недостатньо вивченою [8, 54, 57, 66].</p>
<p><b>С. 18.</b></p>	<p><b>С. 20.</b></p>
<p>Питання взаємозв'язку мікрофлори піхви та стану епітелію ШМ залишаються актуальними. Особливістю сучасного перебігу патології ШМ є те, що виникнення її часто відмічається на фоні зміненого біоценозу піхви та місцевого імунітету [44, 48, 89, 180].</p> <p>Іншим кофактором канцерогенезу, на думку авторів, є піхвовий дисбіоз. Не менш важливим у виникненні передпухлинних захворювань ШМ є травматичний фактор. На фоні рубцевої деформації ШМ та ектропіону часто формуються передракові стани, що створює високий ризик виникнення раку ШМ. В зв'язку з чим умовою лікування фонових та передракових процесів ШМ є усунення рубцево-зміненої тканини та відновлення цитоархітекtonіки органу [113, 114].</p>	<p>Питання взаємозв'язку мікрофлори піхви та стану епітелію шийки матки залишаються актуальними. Особливістю сучасного перебігу патології шийки матки є те, що виникнення її часто відмічається на фоні зміненого біоценозу піхви та місцевого імунітету [44, 48, 89, 180].</p> <p>Іншим кофактором канцерогенезу, на думку авторів, є піхвовий дисбіоз. Не менш важливим у виникненні передпухлинних захворювань шийки матки є травматичний фактор. На фоні рубцевої деформації шийки матки та ектропіону часто формуються передракові стани, що створює високий ризик виникнення раку шийки матки. В зв'язку з чим умовою лікування фонових та передракових процесів шийки матки є усунення рубцево-зміненої тканини та відновлення цитоархітекtonіки органу [113, 114].</p>
<p><b>С. 18–19.</b></p>	<p><b>С. 20–21.</b></p>
<p>Слизива піхви та ШМ являють собою «першу лінію» захисту від мікробних патогенів. Тому екобіологічні порушення, що приводять до відсутності лактобацилярної флори, створюють передумови для рецидивування запального процесу, підвищують вірогідність інфекційних ускладнень при дисгормональних фонових станах, в тому числі і під час вагітності. Повноцінне відновлення структури та функції слизової ШМ та піхви з появою природних лактобацилярних коменсалів у вагінальному біотопі – невід'ємна частина лікувальних міроприємств у пацієнтів, що перенесли запальні захворювання органів тазу. Хронічний рецидивуючий вагінальний кандидоз, що часто поєднується з бактеріальним вагінозом, визначає пригнічення як місцевої, так і загальної ланки імунних реакцій під впливом високого рівня простагландинів E2 та зниження продукції інтерлейкіну-2. Крім того, завдяки наявності естроген-зв'язуючих протеїнів у <i>Candida albicans</i>, виникають порушення ефекту естрогенів на рівні клітин піхви. Це пошкоджує захисний бар'єр зі сторони епітелію піхви через зменшення кольпотрофічного ефекту естріолу. Зниження вмісту інтерлейкіну-2 здійснює і системний ефект при хронічному кандидозі, що приводить до порушення синтезу нейростероїдів і нейротрасмітерів в центральній нервовій системі. Зменшення рівня інтерлейкіну-2 є маркером аутоімунних реакцій, що проявляються у появі аутоантитіл до яєчничкової тканини. Тому кандидозна інфекція підтримує хронічний оофорит, виснажуючи яйниковий резерв [114]. Крім того, хронічні запальні процеси статевих органів у жінок репродуктивного віку, які займають провідне місце у структурі гінекологічної патології (60-65%), є загальним полісистемним захворюванням, яке супро-</p>	<p>Слизива піхви та ШМ являють собою «першу лінію» захисту від мікробних патогенів. Тому екобіологічні порушення, що приводять до відсутності лактобацилярної флори, створюють передумови для рецидивування запального процесу, підвищують вірогідність інфекційних ускладнень при дисгормональних фонових станах, в тому числі і під час вагітності. Повноцінне відновлення структури та функції слизової ШМ та піхви з появою природних лактобацилярних коменсалів у вагінальному біотопі – невід'ємна частина лікувальних заходів у пацієнтів, що перенесли запальні захворювання органів тазу. Хронічний рецидивуючий вагінальний кандидоз, що часто поєднується з бактеріальним вагінозом, визначає пригнічення як місцевої, так і загальної ланки імунних реакцій під впливом високого рівня простагландинів E2 та зниження продукції інтерлейкіну-2. Крім того, завдяки наявності естроген-зв'язуючих протеїнів у <i>Candida albicans</i>, виникають порушення ефекту естрогенів на рівні клітин піхви. Це пошкоджує захисний бар'єр зі сторони епітелію піхви через зменшення кольпотрофічного ефекту естріолу. Зниження вмісту інтерлейкіну – 2 здійснює і системний ефект при хронічному кандидозі, що приводить до порушення синтезу нейростероїдів і нейротрасмітерів в центральній нервовій системі. Зменшення рівня інтерлейкіну-2 є маркером аутоімунних реакцій, що проявляються у появі аутоантитіл до яєчничкової тканини. Тому кандидозна інфекція підтримує хронічний оофорит, виснажуючи яєчниковий резерв [114]. Крім того, хронічні запальні процеси статевих органів у жінок репродуктивного віку, які займають провідне місце у структурі гінекологічної патології (60-65 %), є загальним полісистемним захворюванням, яке супро-</p>



<p>проводжується втягуванням у патологічний процес імунної, ендокринної та симпатико-адреналової систем. У таких хворих знижені функції гіпофізу, яєчників, у них може виникати дисфункція <b>щитоподібної залози</b>, функціональні порушення регулювальних центрів гіпоталамусу, яєчник втягується в <b>злуковий процес</b>, порушується синтез гормонів та овуляція [114].</p> <p><b>Схоже, Николишин вигадала новий термін: «яєчниковий». Правильні терміни «заходів» та «спайковий» Николишин замінила на неправильні: «міроприємств» та «злуковий». Плагіат.</b></p>	<p>проводжується втягуванням у патологічний процес імунної, ендокринної та симпатико-адреналової систем. У таких хворих знижені функції гіпофізу, яєчників, у них може виникати дисфункція <b>щитовидної залози</b>, функціональні порушення регулювальних центрів гіпоталамусу, яєчник втягується в <b>спайковий процес</b>, порушується синтез гормонів та овуляція [114].</p>
<p><b>С. 19–20.</b></p>	<p><b>С. 21–22.</b></p>
<p>Якщо гостре запалення не піддається адекватному втамуванню, виникає хронічний запальний процес, який сприяє розвитку в багатошаровому плоскому епітелії дистрофічних змін, порушенню міжклітинних контактів, інфільтрації стромы лімфоцитами та лейкоцитами [37]. При хронічному запаленні знижується герметизація покривного епітелію, зменшується кількість глікогену та порушується диференціація клітин в процесі метаплазії. Паралельно розвивається вторинний місцевий імунodefіцит клітинних та гуморальних імунних реакцій. Проліферація фіброзної тканини приводить до того, що шийка матки при хронічному цервіциті виглядає гіпертрофованою. Таким чином, неспецифічна бактеріальна флора, що колонізує статеві шляхи, виступає в ролі ініціюючого кофактору в етіології та патогенезі передраку та раку ШМ та сприяє розвитку ускладнень після лікування [37].</p>	<p>Якщо гостре запалення не піддається адекватному втамуванню, виникає хронічний запальний процес, який сприяє розвитку в багатошаровому плоскому епітелії дистрофічних змін, порушенню міжклітинних контактів, інфільтрації стромы лімфоцитами та лейкоцитами [37]. При хронічному запаленні знижується герметизація покривного епітелію, зменшується кількість глікогену та порушується диференціація клітин в процесі метаплазії. Паралельно розвивається вторинний місцевий імунodefіцит клітинних та гуморальних імунних реакцій. Проліферація фіброзної тканини приводить до того, що шийка матки при хронічному цервіциті виглядає гіпертрофованою. Таким чином, неспецифічна бактеріальна флора, що колонізує статеві шляхи, виступає в ролі ініціюючого кофактору в етіології та патогенезі передраку та раку шийки матки та сприяє розвитку ускладнень після лікування [37].</p>
<p><b>С. 20–21.</b></p>	<p><b>С. 22–23.</b></p>
<p>За даними авторів, період епітелізації післяопераційних ран може збільшуватися у випадку порушення рівноваги між нормальною та умовнопатогенною мікрофлорою піхви та внаслідок приєднання інфекції [67, 96]. Корекція біоценозу піхви, місцевого імунітету з метою відновлення нормального співвідношення мікробної флори сприяє підвищенню факторів специфічного та неспецифічного захисту організму, дозволяє скоротити терміни заживлення післяопераційних ран, зменшити число рецидивів [113, 114].</p> <p>Деякі автори зазначають про можливість зв'язку між тривалістю прийому контрацептивних препаратів та ризиком розвитку диспластичних змін на ШМ. За даними окремих літературних джерел, ризик розвитку РШМ у жінок, інфікованих HPV, підвищується при тривалому (до 12 років) використанні оральних контрацептивів [249, 254]. Проте, Palle C. et al. вказують, що при дисплазії на фоні тривалого використання внутрішньоматкової спіралі, зміни в цервікальних мазках самостійно зникають після видалення контрацептиву [225]. Очевидною залишається актуальність використання бар'єрних методів. Загальновідомим є також взаємообумовленість гормонального, імунного та метаболічного гомеостазу в організмі. В зв'язку з цим гормональна та імунна теорії розвитку доброякісних станів не виключають, а доповнюють одна одну [109].</p>	<p>За даними авторів, період епітелізації післяопераційних ран може збільшуватися у випадку порушення рівноваги між нормальною та умовнопатогенною мікрофлорою піхви та внаслідок приєднання інфекції [67, 96]. Корекція біоценозу піхви, місцевого імунітету з метою відновлення нормального співвідношення мікробної флори сприяє підвищенню факторів специфічного та неспецифічного захисту організму, дозволяє скоротити терміни загоєння післяопераційних ран, зменшити число рецидивів [113, 114].</p> <p>Деякі автори зазначають можливість зв'язку між тривалістю прийому контрацептивних препаратів та ризиком розвитку диспластичних змін на ШМ. За даними окремих літературних джерел, ризик розвитку РШМ у жінок, інфікованих HPV, підвищується при тривалому (до 12 років) використанні оральних контрацептивів [249, 254]. Проте, Palle C. et al. вказують, що при дисплазії на фоні тривалого використання внутрішньоматкової спіралі, зміни в цервікальних мазках самостійно зникають після видалення контрацептиву [225]. Очевидною залишається актуальність використання бар'єрних методів. Загальновідомим є також взаємообумовленість гормонального, імунного та метаболічного гомеостазу в організмі. В зв'язку з цим гормональна та імунна теорії розвитку доброякісних станів не виключають, а доповнюють одна іншу [109].</p>
<p><b>С. 21.</b></p>	<p><b>С. 23.</b></p>
<p>Аналіз даних літератури свідчить, що анатомічна структура ШМ забезпечує її адекватне функціонування та дозволяє адекватно виконувати</p>	<p>Аналіз даних літератури свідчить, що анатомічна структура ШМ забезпечує її адекватне функціонування та дозволяє адекватно виконувати</p>

<p>бар'єрну функцію, для захисту статевого каналу. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування запальних захворювань статевих органів ведуть до хронізації патологічних станів ШМ і стає однією з причин злоякісної трансформації фонових процесів ШМ, порушень дітородної функції, тазового болю, які спричиняють страждання та інвалідизацію жінок у віці соціальної активності [18, 114, 1 39].</p> <p>Дисплазії епітелію ШМ є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу. Дисплазії відносять до передракових процесів, оскільки при цій патології спостерігається гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітелію ШМ (ЕШМ) [20, 26, 28, 41, 97, 128, 143, 175, 179].</p>	<p>бар'єрну функцію, для захисту статевого каналу. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування запальних захворювань статевих органів ведуть до хронізації патологічних станів ШМ і стає однією з причин злоякісної трансформації фонових процесів шийки матки, порушень дітородної функції, тазового болю, які спричиняють страждання та інвалідизацію жінок у віці соціальної активності [18, 114, 139].</p> <p>Дисплазії епітелію шийки матки є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу. Дисплазії відносять до передракових процесів, оскільки при цій патології спостерігається гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітелію шийки матки (ЕШМ) [20, 26, 28, 41, 97, 128, 143, 175, 179].</p>
<p><b>С. 21–22.</b></p>	<p><b>С. 23.</b></p>
<p>На думку більшості авторів [125, 126, 131, 144, 145, 151, 181, 206], дисплазію можна розглядати як один із етапів малігнізації епітелію ШМ. Питома вага передпухлинних процесів ЕШМ серед гінекологічної патології становить від 4% до 15% [94, 133, 172]. Зараз не можна однозначно вирішити питання етіології і патогенезу дисплазій, так як виникнення і розвиток патологічних процесів на піхвовій частині ШМ є складним і тривалим процесом [94, 133, 134].</p>	<p>На думку більшості авторів [125, 126, 131, 144, 145, 151, 181, 206], дисплазію можна розглядати як один із етапів малігнізації епітелію шийки матки. Питома вага передпухлинних процесів ЕШМ серед гінекологічної патології становить від 4 % до 15 % [94, 133, 172]. Зараз не можна однозначно вирішити питання етіології і патогенезу дисплазій, так як виникнення і розвиток патологічних процесів на піхвовій частині шийки матки є складним і тривалим процесом [94, 133, 134].</p>
<p><b>С. 22.</b></p>	<p><b>С. 24.</b></p>
<p>Гістологічно дисплазія характеризується інтенсивною проліферацією атипичних клітин із порушенням звичайного розташування шарів ЕШМ. Автори зазначають, що дисплазія – атипія епітелію ШМ із порушенням впорядкованої шарової структури, але без залучення до процесу поверхневого шару та строми [140, 220, 254].</p> <p>До доброякісних патологічних змін належать ектопія призматичного епітелію, доброякісна зона трансформації, екзо- та ендocerвіцит, справжня ерозія і грануляційна тканина, субепітеліальний ендометріоз, крововиливи, телеангіоектазії, залозисті й епідермізовані поліпи [87, 178, 211].</p> <p>Зона перетворення призматичного епітелію в сквамозний шляхом метаплазії цитологічно характеризується ступенем метаплазії: від одиничних до великої кількості окремо розміщених метаплазованих клітин [97, 173, 183, 241]. Запальні процеси ектоцервіксу зумовлюють в ЕШМ збільшення ядер, гіперхроматоз, дистрофічні зміни, койлоцитарну атипію, некробіотичні зміни, спостерігаються клітини з різко вакуолізованою цитоплазмою та зруйнованим хроматином [169, 128, 129]. При справжній ерозії в цитограмі визначаються ЕШМ всіх шарів, особливо базальних-парабазальних, а також групи призматичних і резервних клітин, еритроцити [43, 129, 170, 175]. Наведені цитологічні зміни можуть виявлятися на фоні доброякісних поліпів [21, 101, 102, 268].</p>	<p>Гістологічно дисплазія характеризується інтенсивною проліферацією атипичних клітин із порушенням звичайного розташування шарів ЕШМ. Автори зазначають, що дисплазія – атипія епітелію ШМ із порушенням впорядкованої шаруватої структури, але без залучення до процесу поверхневого шару та строми [140, 220, 254].</p> <p>До доброякісних патологічних змін належать ектопія призматичного епітелію, доброякісна зона трансформації, екзо- та ендocerвіцит, справжня ерозія і грануляційна тканина, субепітеліальний ендометріоз, крововиливи, телеангіоектазії, залозисті й епідермізовані поліпи [87, 178, 211].</p> <p>Зона перетворення призматичного епітелію в сквамозний шляхом метаплазії цитологічно характеризується ступенем метаплазії: від поодиноких до великої кількості окремо розміщених метаплазованих клітин [97, 173, 183, 241]. Запальні процеси ектоцервіксу зумовлюють в ЕШМ збільшення ядер, гіперхроматоз, дистрофічні зміни, койлоцитарну атипію, некробіотичні зміни, спостерігаються клітини з різко вакуолізованою цитоплазмою та зруйнованим хроматином [169, 128, 129]. При справжній ерозії в цитограмі визначаються ЕШМ всіх шарів, особливо базальних-парабазальних, а також групи призматичних і резервних клітин, еритроцити [43, 129, 170, 175]. Наведені цитологічні зміни можуть виявлятися на фоні доброякісних поліпів [21, 101, 102, 268].</p>
<p><b>С. 22–23.</b></p>	<p><b>С. 24.</b></p>
<p>При субепітеліальному ендометріозі в цитологічному препараті визначається велика кількість еритроцитів, фрагментів дрібних залозистих клітин ендометріального походження. Перехід доброякісних процесів в передракові спостерігається при несвоєчасному або неадекватному їх лікуванні [107, 128].</p>	<p>При субепітеліальному ендометріозі в цитологічному препараті визначається велика кількість еритроцитів, фрагментів дрібних залозистих клітин ендометріального походження. Перехід доброякісних процесів в передракові спостерігається при несвоєчасному або неадекватному їх лікуванні [107, 128].</p>



<p><b>С. 23.</b></p>	<p><b>С. 25.</b></p>
<p>Морфологічною основою передпухлинних станів можуть бути і, найбільш ймовірно є, ектопії циліндричного епітелію, зони перетворення, ектропіони, екзо- та ендоцервіцит, наявність залозистого та епідермізованого поліпа, виникнення папіломи [26, 28, 70, 71, 85, 136, 141, 219].</p> <p>У розвитку дисплазії велике значення приділяється інфекційним чинникам серед яких ДНК-віруси, вірус простого герпесу, хламідії, трихомонади, гонококи, тощо [56, 64, 68, 81, 97, 122, 126, 156, 169, 239]. Визнано роль деяких видів мікрофлори та вірусів в розвитку ДШМ. Так, Г.О. Вакуленко [18] вказує на провідну роль трихомоніазу, а Е. Н. Каухова [61] у своїй роботі підтвердила той факт, що персистентна інфекція підвищує ризик виникнення важких форм дисплазії: якщо клітини з CIN 1 та 2 уражені хламідіями і в подальшому зберігають можливість поділу, то виникає CIN 3, потім з'являється клон малігнізованих клітин і розвивається рак ШМ.</p>	<p>Морфологічною основою передпухлинних станів можуть бути і, найбільш ймовірно є, ектопії циліндричного епітелію, зони перетворення, ектропіони, екзо- та ендоцервіцит, наявність залозистого та епідермізованого поліпа, виникнення папіломи [26, 28, 70, 71, 85, 136, 141, 219].</p> <p>У розвитку дисплазії велике значення приділяється інфекційним чинникам серед яких ДНК-віруси, вірус простого герпесу, хламідії, трихомонади, гонококи, тощо [56, 64, 68, 81, 97, 122, 126, 156, 169, 239]. Визнано роль деяких видів мікрофлори та вірусів в розвитку ДШМ. Так, Г.О. Вакуленко [18] вказує на провідну роль трихомоніазу, а Е. Н. Каухова [61] у своїй роботі підтвердила той факт, що персистентна інфекція підвищує ризик виникнення важких форм дисплазії: якщо клітини з CIN 1 та 2 уражені хламідіями і в подальшому зберігають можливість поділу, то виникає CIN 3, потім з'являється клон малігнізованих клітин і розвивається рак шийки матки.</p>
<p><b>С. 23–24.</b></p>	<p><b>С. 25.</b></p>
<p>М. С. Афанасьєв [23] стверджує, що тривале, хронічне запалення індукує проліферацію епітелію і викликає вузловату гіперплазію, що є факультативним передпухлинним процесом. Вагінальний кандидоз, бактеріальний вагіноз, дисбактеріоз піхви та трихомоніаз – найбільш розповсюдженні захворювання жінок, після яких найбільш часто цитологічно підтверджують дисплазію ШМ [144]. Повідомляється про онкогенний потенціал вірусу простого герпесу, полібактерійної мікробної флори, трихомоніазу, тощо [7, 22, 35]. Частота цих захворювань серед різних категорій населення складає від 15 до 87% [86, 139, 153]. У жінок, які звертаються із скаргами на тривалі виділення із піхви, ці захворювання діагностуються приблизно у 95% випадків [92].</p>	<p>М. С. Афанасьєв [23] стверджує, що тривале, хронічне запалення індукує проліферацію епітелію і викликає локальну гіперплазію, що є факультативним передпухлинним процесом. Вагінальний кандидоз, бактеріальний вагіноз, дисбактеріоз піхви та трихомоніаз – найбільш розповсюдженні захворювання жінок, після яких найбільш часто цитологічно підтверджують дисплазію шийки матки [144]. Повідомляється про онкогенний потенціал вірусу простого герпесу, полібактерійної мікробної флори, трихомоніазу, тощо [7, 22, 35]. Частота цих захворювань серед різних категорій населення складає від 15 до 87 % [86, 139, 153]. У жінок, які звертаються із скаргами на тривалі виділення із піхви, ці захворювання діагностуються приблизно у 95 % випадків [92].</p>
<p><b>С. 24.</b></p>	<p><b>С. 26.</b></p>
<p>Автори доводять імунну теорію передпухлинних процесів [144, 145]. У діагностиці різних патологічних процесів ШМ донедавна рекомендувалося застосовувати різні методи дослідження: цитологічний, кольпоскопічний, гістологічний. Різні автори віддають перевагу тому чи іншому методу [20, 43, 97, 129, 144, 170, 174, 188, 220, 252, 290].</p> <p>Для виявлення фонових, передпухлинних і пухлинних процесів ШМ широко застосовують як найбільш доступний, відносно дешевий і значимий – цитологічний метод, який дав високі результати діагностики, що доведено роботами численних вітчизняних і зарубіжних авторів [43, 95, 161, 255]. Ретельне, акуратне проведення цервікальної цитології – є незаперечним успіхом скринінгових програм [255, 274].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [290]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>Автори доводять імунну теорію передпухлинних процесів [144, 145]. У діагностиці різних патологічних процесів шийки матки донедавна рекомендувалося застосовувати різні методи дослідження: цитологічний, кольпоскопічний, гістологічний. Різні автори віддають перевагу тому чи іншому методу [20, 43, 97, 129, 144, 170, 174, 188, 220, 252].</p> <p>Для виявлення фонових, передпухлинних і пухлинних процесів шийки матки широко застосовують як найбільш доступний, відносно дешевий і значимий – цитологічний метод, який дав високі результати діагностики, що доведено роботами численних вітчизняних і зарубіжних авторів [43, 95, 161, 255]. Ретельне, акуратне проведення цервікальної цитології – є незаперечним успіхом скринінгових програм [255, 274].</p>
<p><b>С. 24–25.</b></p>	<p><b>С. 26–27.</b></p>
<p>В результаті цитологічного дослідження матеріалу із вогнища полів дисплазії багаточарового епітелію виявляються пласти ЕШМ переважно про-</p>	<p>В результаті цитологічного дослідження матеріалу із вогнища полів дисплазії багаточарового епітелію виявляються пласти ЕШМ переважно</p>

<p>міжних шарів з дискаріозом, ядра поліморфні із зернистим хроматином на фоні базофільної цитоплазми [165]. Поля дисплазії метаплазованого епітелію свідчать про масивне заміщення призматичного епітелію метаплазованим з активною проліферацією останнього, часто з койлоцитарною атипією [40, 45, 95]. На великому матеріалі доводиться, що поля дисплазії із метаплазованого епітелію в прогностичному плані менш небезпечні ніж поля дисплазії із багат шарового плоского епітелію. Цитологічна картина при папілярній зоні дисплазії з багат шарового або метапластичного епітелію подібна до відповідного типу полів дисплазії [40, 165, 177, 190, 193]. З папілярної зони дисплазії частіше розвивається малодиференційований або плоскоклітинний рак з ендофїтним ростом [88]. У вогнищах передпухлинної зони трансформації переважно виявляється гіперплазія і дисплазія метаплазованого епітелію, що доводиться цитологічно [128, 150, 151, 170]. З передпухлинної зони ймовірно розвивається аденокарцинома [4, 283, 288].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [288]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>проміжних шарів з дискаріозом, ядра поліморфні із зернистим хроматином на фоні базофільної цитоплазми [165]. Поля дисплазії метаплазованого епітелію свідчать про масивне заміщення призматичного епітелію метаплазованим з активною проліферацією останнього, часто з койлоцитарною атипією [40, 45, 95].</p> <p>На великому матеріалі доводиться, що поля дисплазії із метаплазованого епітелію в прогностичному плані менш небезпечні ніж поля дисплазії із багат шарового плоского епітелію. Цитологічна картина при папілярній зоні дисплазії з багат шарового або метапластичного епітелію подібна до відповідного типу полів дисплазії [40, 165, 177, 190, 193]. З папілярної зони дисплазії частіше розвивається малодиференційований або плоскоклітинний рак з ендофїтним ростом [88]. У вогнищах передпухлинної зони трансформації переважно виявляється гіперплазія і дисплазія метаплазованого епітелію, що доводиться цитологічно [128, 150, 151, 170]. З передпухлинної зони ймовірно розвивається аденокарцинома [4, 282].</p>
<p><b>С. 25.</b></p>	<p><b>С. 27.</b></p>
<p>Дослідження проблеми РШМ свідчать про різноманітність епідеміологічних, етіологічних та патогенетичних даних цієї патології [22, 43, 50, 61, 178, 238]. РШМ є провідним в структурі жіночої онкологічної захворюваності та смертності у країнах Азії, Африки і Латинської Америки, а також важливою медичною і соціальною проблемою у всіх економічно розвинутих країнах світу. Рак ШМ посідає друге місце в світі після раку молочної залози за розповсюдженістю серед усіх злویакісних новоутворень у жінок.</p>	<p>Дослідження проблеми РШМ свідчать про різноманітність епідеміологічних, етіологічних та патогенетичних даних цієї патології [22, 43, 50, 61, 178, 238]. РШМ є провідним в структурі жіночої онкологічної захворюваності та смертності у країнах Азії, Африки і Латинської Америки, а також важливою медичною і соціальною проблемою у всіх економічно розвинутих країнах світу. РШМ займає друге місце в світі після раку молочної залози за розповсюдженістю серед усіх злویакісних новоутворень у жінок.</p>
<p><b>С. 25–26.</b></p>	<p><b>С. 27–28.</b></p>
<p>Ряд авторів на фоні зменшення кількості клінічного і/або запущеного РШМ, відмічають стійку тенденцію до збільшення питомої ваги внутрішньоепітеліального та мікроінвазивного РШМ. Насамперед, така тенденція відмічається у молодих жінок [16, 84, 140, 149, 205, 211, 277, 251], а характерною рисою даної онкопатології є короткий латентний період, який за даними ряду авторів продовжується менше 12 місяців [61, 206]. Так, автори Уельського медичного коледжу (Великобританія) завдяки використанню цервікальної екрануючої програми для жінок у віці 20-24 роки рекомендують запрошувати на подібне обстеження жінок, починаючи з 20 років. Після проведення даної екрануючої програми захворювання на цервікальний рак зменшилось на 58% у жінок віком 20-24 роки і на 45% у жінок віком 25-29 років. Понад 40% хворих на інвазивний РШМ помирають від прогресування захворювання протягом перших 5 років з моменту діагностики [216].</p>	<p>Ряд авторів на фоні зменшення кількості клінічного і/або запущеного РШМ, відмічають стійку тенденцію до збільшення питомої ваги внутрішньоепітеліального та мікроінвазивного РШМ. Насамперед, така тенденція відмічається у молодих жінок [16, 84, 140, 149, 205, 211, 257, 261], а характерною рисою даної онкопатології є короткий латентний період, який за даними ряду авторів продовжується менше 12 місяців [61, 206]. Так, автори Уельського медичного коледжу (Великобританія) завдяки використанню цервікальної екрануючої програми для жінок у віці 20-24 роки рекомендують запрошувати на подібне обстеження жінок, починаючи з 20 років. Після проведення даної екрануючої програми захворювання на цервікальний рак зменшилось на 58% у жінок віком 20-24 роки і на 45% у жінок віком 25-29 років. Понад 40% хворих на інвазивний РШМ помирають від прогресування захворювання протягом перших 5 років з моменту діагностики [216].</p>
<p><b>С. 26.</b></p>	<p><b>С. 28–29.</b></p>
<p>Незважаючи на те, що ряд зарубіжних авторів, не торкаючись ефективності скринінгових програм по виявленню та запобіганню РШМ, вважають, що епідеміологічні дані можуть бути спотворені рядом факторів, серед яких відмічають соціальні, медичні проблеми, коли при пізніх стадіях РШМ він може</p>	<p>Незважаючи на те, що ряд зарубіжних авторів, не торкаючись ефективності скринінгових програм по виявленню та запобіганню РШМ, вважають, що епідеміологічні дані можуть бути спотворені рядом факторів, серед яких відмічають соціальні, медичні проблеми, коли при пізніх стадіях РШМ він може</p>

<p>бути діагностований, як рак матки або навпаки, тощо [183, 186, 249]. До речі, це стосується не тільки країн, що розвиваються, а й розвинених.</p> <p>Специфічна етіологія РШМ невідома. Багаточисельні дослідження морфологів, онкологів, гінекологів вказують на поліетіологічність патологічних процесів ЕШМ [79, 134, 136]. Цервікальний рак – комплексна та мультифакторіальна хвороба, у розвитку якої сприяє паління жінок [299]. Серед широкого кола ендогенних та екзогенних чинників виявлено і доведено, що до факторів ризику розвитку РШМ відносяться ДНК-вмісні віруси [85, 249, 251].</p> <p>Вірус папіломи людини (HPV) – це інфекція, яку автори В.А. Weaver та J.T. Cox (2006) називають однією із основних причин виникнення цервікального раку. На сьогодні відомі типи специфічних послідовних ДНК вірусу папіломи людини (типи 6, 11, 16, 18, 30-35, 39, 41, 50-52 і 58), які мають онкогенні властивості [230].</p> <p>За численними даними літератури, питання стосовно папіломавірусної інфекції заслуговує особливої уваги, оскільки наявність вірусного чинника відносить хворих до групи підвищеного ризику в розвитку раку ШМ та у 50-84% випадків папіломавірусна інфекція та рак співіснують [39, 107, 130, 133, 134, 208, 267, 268].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [299]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>бути діагностований, як рак матки або навпаки, тощо [183, 186, 249]. До речі, це стосується не тільки країн, що розвиваються, а й розвинених.</p> <p>Специфічна етіологія РШМ невідома. Багаточисельні дослідження морфологів, онкологів, гінекологів вказують на поліетіологічність патологічних процесів ЕШМ [79, 134, 136]. Цервікальний рак – комплексна та мультифакторіальна хвороба, у розвитку якої сприяє паління жінок [209]. Серед широкого кола ендогенних та екзогенних чинників виявлено і доведено, що до факторів ризику розвитку РШМ відносяться ДНК-вмісні віруси [85, 249, 251].</p> <p>Вірус папіломи людини (HPV) – це інфекція, яку називають у 2006 році автори В.А. Weaver та J.T. Cox однією із основних причин виникнення цервікального раку. На сьогодні відомі типи специфічних послідовних ДНК вірусу папіломи людини (типи 6, 11, 16, 18, 30-35, 39, 41, 50-52 і 58), які мають онкогенні властивості [230].</p> <p>За численними даними літератури питання стосовно папіломавірусної інфекції заслуговує особливої уваги, оскільки наявність вірусного чинника відносить хворих до групи підвищеного ризику в розвитку раку шийки матки та у 50-84 % випадків папіломавірусна інфекція та рак співіснують [39, 107, 130, 133, 134, 208, 267, 268].</p>
<p><b>С. 27.</b></p>	<p><b>С. 29.</b></p>
<p>Іншими дослідниками [216, 257, 291] при вивченні генетичного статусу цикліну А1 при HPV – супутньому цервікальному раку доведено, що циклін А1 виступає потенціальним маркером пухлини для ранньої діагностики цервікального раку, який розповсюджується. Слід відмітити, що постійне виявлення в організмі жінок хронічного HPV 16 інфікування, яке супроводжується підвищенням індексу абсорбції, викликаного збільшенням рівня в крові антивірусних антитіл, – це знакове попередження, що вчасно передує гістологічному прояву канцерогенезу [227, 259].</p> <p>Виділяють преінвазивний (преінвазивний і мікроінвазивний рак) та клінічні форми РШМ [180]. В цитогамі при преінвазивних формах РШМ визначається атипія клітин, до речі спектр клітинних змін досить широкий [65, 95, 173, 177, 197, 237]. Визначається поліморфізм забарвлення і будови внутрішньоядерного хроматину, чітко визначаються ядерця, зустрічаються мітуючі клітини [95, 131, 168, 210, 218]. До преінвазивного та початковоінвазивного раку відносять проліферуючу лейкоплакію, поля атипічного епітелію, папілярну зону атипічного епітелію та зону атипічних судин [12, 240]. Цитологічно плоскостінний зроговілий рак характеризується виразним анізоцитозом і клітинним поліморфізмом. Клітини округлі, булаво- та веретеноподібні, спостерігається гіперхромазія та анізонуклеоз [95, 172, 197, 252].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [291]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування.</b></p>	<p>Іншими дослідниками [216, 257, 261] при вивченні генетичного статусу цикліну А1 при HPV – супутньому цервікальному раку доведено, що циклін А1 виступає потенціальним маркером пухлини для ранньої діагностики цервікального раку, який розповсюджується. Слід відмітити, що постійне виявлення в організмі жінок хронічного HPV 16 інфікування, яке супроводжується підвищенням індексу абсорбції, викликаного збільшенням рівня в крові антивірусних антитіл, – це знакове попередження, що вчасно передує гістологічному прояву канцерогенезу [227, 259].</p> <p>Виділяють преінвазивні (преінвазивний і мікроінвазивний рак) та клінічні форми РШМ [180]. В цитогамі при преінвазивних формах РШМ визначається атипія клітин, до речі спектр клітинних змін досить широкий [65, 95, 173, 177, 197, 237]. Визначається поліморфізм забарвлення і будови внутрішньоядерного хроматину, чітко визначаються ядерця, зустрічаються мітуючі клітини [95, 131, 168, 210, 218].</p> <p>До преінвазивного та початковоінвазивного раку відносять проліферуючу лейкоплакію, поля атипічного епітелію, папілярну зону атипічного епітелію та зону атипічних судин [12, 240]. Цитологічно плоскостінний зроговілий рак характеризується виразним анізоцитозом і клітинним поліморфізмом. Клітини округлі, булаво- та веретеноподібні, спостерігається гіперхромазія та анізонуклеоз [95, 172, 197, 252].</p>

	<b>Плагіат.</b>	
	<b>С. 27–28.</b>	<b>С. 29–30.</b>
	<p>Стандартом діагностики передпухлинних і пухлинних процесів ШМ є гістологічне дослідження [95, 167, 237]. Встановлення преклінічного раку ШМ цитологічним методом діагностики вимагає певних співставлень клінічних та патоморфологічних уявлень стосовно фізіологічних станів та патологічних процесів, які спостерігаються в ШМ. Це не зменшує ефективності методу цитологічного дослідження, але вказує на необхідність подальшого вивчення проблеми діагностики патологічних процесів ШМ, особливо при вагітності, пошук достовірних методів діагностики в тому числі цитологічних.</p> <p>Наведені літературні дані підтверджують актуальність вивчення анатома-фізіологічних особливостей ШМ, в тому числі в аспекті розробки нових лікувально-діагностичних напрямів.</p>	<p>Стандартом діагностики передпухлинних і пухлинних процесів ШМ є гістологічне дослідження [95, 167, 237]. Встановлення преклінічного раку ШМ цитологічним методом діагностики вимагає певних співставлень клінічних та патоморфологічних уявлень стосовно фізіологічних станів та патологічних процесів, які спостерігаються в ШМ. Це не зменшує ефективності методу цитологічного дослідження, але вказує на необхідність подальшого вивчення проблеми діагностики патологічних процесів шийки матки, особливо при вагітності, пошук достовірних методів діагностики в тому числі цитологічних.</p> <p>Наведені літературні дані підтверджують актуальність вивчення анатома-фізіологічних особливостей шийки матки, в тому числі в аспекті розробки нових лікувально-діагностичних напрямів.</p>
	<b>С. 28–29.</b>	<b>С. 30.</b>
	<p><b>1.2 Лікування патологічних процесів шийки матки у жінок репродуктивного віку на сучасному етапі</b></p> <p>&lt;...&gt;</p> <p>Проблема пошуку удосконалених методів лікування доброякісних станів ШМ набула особливого значення, тому що захворюваність на цервікальний рак зростає, а вік онкохворих «помолодшав» до 20-34 років. Більшість методик лікування базується на руйнуванні ураженої тканини ШМ шляхом електрохірургічного висікання або криодеструкції, але майже у половини пацієнток виникають стійкі рецидиви та ускладнення [75, 79, 84].</p>	<p><b>1.2. Сучасні методи лікування патологічних процесів шийки матки у жінок репродуктивного віку</b></p> <p>Проблема пошуку удосконалених методів лікування доброякісних станів шийки матки набула особливого значення, тому, що захворюваність на цервікальний рак зростає, а вік онкохворих «помолодшав» до 20-34 років. Більшість методик лікування базується на руйнуванні ураженої тканини шийки матки шляхом електрохірургічного висікання або криодеструкції, але майже у половини пацієнток виникають стійкі рецидиви та ускладнення [75, 79, 84].</p>
	<b>С. 29.</b>	<b>С. 30–31.</b>
	<p>Отримані авторами дані та досвід проведення скринінгу показали, що якість мазків і правильність цитологічного діагнозу має більше значення для зниження захворювання РШМ, ніж збільшення частоти скринінга або початку скринінга у більш ранньому віці. Відомо, що міра достовірності цитологічного методу підвищується при морфометричних дослідженнях, а саме при вимірюванні площі і периметру ядра і цитоплазми епітеліальних клітин, щільність ядра і цитоплазми [88, 95, 102, 188]. Такий підхід до оцінки цитологічних препаратів сприяє більш чіткій класифікації ранніх процесів озлокіснення епітелію шийки матки. Використання отриманих даних при автоматизованому вивченні клітин ШМ дозволяє більш надійно встановити діагноз [209].</p>	<p>&lt;...&gt; Отримані дані та досвід проведення скринінгу показали, що якість мазків і правильність цитологічного діагнозу має більше значення для зниження захворювання РШМ, аніж збільшення частоти скринінгу або початку скринінгу у більш ранньому віці. Відомо, що міра достовірності цитологічного методу підвищується при морфометричних дослідженнях, а саме при вимірюванні площі і периметру ядра і цитоплазми епітеліальних клітин, щільність ядра і цитоплазми [88, 95, 102, 188]. Такий підхід до оцінки цитологічних препаратів сприяє більш чіткій класифікації ранніх процесів озлокіснення епітелію шийки матки. Використання отриманих даних при автоматизованому вивченні клітин шийки матки дозволяє більш надійно встановити діагноз [209].</p>
	<b>С. 30.</b>	<b>С. 31–32.</b>
	<p>Цитологічний метод дослідження базується на мікроскопічному вивченні клітин слизової оболонки ШМ в нормі і при патології. Цей метод є неінвазивним, та простим з точки зору отримання матеріалу.</p> <p>Особливо зростає його значення при проведенні профілактичних оглядів для виявлення дисплазій та початкових форм раку ШМ [90, 104, 109, 138]. Зміни на клітинному рівні виникають раніше, ніж у досліджуваній тканині, що дає змогу лікарю-клініцисту, при виявленні клітинної патології, своєчасно планувати подальше комплексне обстеження хворого. Критерієм метода є морфологічна характеристика епітеліальних клітин: величина, форма</p>	<p>Цитологічний метод дослідження базується на мікроскопічному вивченні клітин слизової оболонки шийки матки в нормі і при патології. Цей метод є неінвазивним, та простим з точки зору отримання матеріалу.</p> <p>Особливо зростає його значення при проведенні профілактичних оглядів для виявлення дисплазій та початкових форм раку шийки матки [90, 104, 109, 138]. Зміни на клітинному рівні виникають раніше, ніж у досліджуваній тканині, що дає змогу лікарю-клініцисту, при виявленні клітинної патології, своєчасно планувати подальше комплексне обстеження хворого. Критерієм метода є морфологічна характеристика епітеліальних клітин: величина, форма</p>

<p>клітини та ядра, співвідношення ядро-цитоплазма, характеристика цитоплазми, розташування ядра, розподілення хроматину у ядрі [29, 100, 119].</p> <p>Лікувальні заходи плануються строго індивідуально, вони направлені на ліквідацію запального процесу ШМ та піхви, порушеного менструального циклу, видалення патологічно зміненої тканини, стимуляцію регенерації багатшарового плоского епітелію. Сучасне лікування запального процесу в ділянці ШМ складається з трьох основних компонентів: антибіотикотерапія з обов'язковим місцевим лікуванням, імунотерапія, відновлення нормально-го мікробіоценозу піхви та корекція місцевого імунітету. Лікування хронічних урогенітальних інфекцій без корекції імунних порушень є малоефективним, тому терапію антибіотиками обов'язково доповнюють препаратами, що володіють імунотерапевтичною дією та середниками для стимуляції неспецифічного захисту [17, 33, 56].</p>	<p>клітини та ядра, співвідношення ядро-цитоплазма, характеристика цитоплазми, розташування ядра, розподілення хроматину у ядрі [29, 100, 119].</p> <p>Лікувальні заходи плануються строго індивідуально, вони направлені на ліквідацію запального процесу ШМ та піхви, порушеного менструального циклу, видалення патологічно зміненої тканини, стимуляцію регенерації багатшарового плоского епітелію. Сучасне лікування запального процесу в ділянці ШМ складається з трьох основних компонентів: антибіотикотерапія з обов'язковим місцевим лікуванням, імунотерапія, відновлення нормально-го мікробіоценозу піхви та корекція місцевого імунітету. Лікування хронічних урогенітальних інфекцій без корекції імунних порушень є малоефективним, тому терапію антибіотиками обов'язково доповнюють препаратами, що володіють імунотерапевтичною дією та середниками для стимуляції неспецифічного захисту [17, 33, 56].</p>
<p><b>С. 30–31.</b></p>	<p><b>С. 32.</b></p>
<p>Однак, медикаментозний метод лікування використовувався не тільки з метою прискорення епітелізації патологічного вогнища на шийці матки, але і для його видалення, – застосовувалися коагулюючі речовини [114, 178].</p> <p>Застосування медикаментозного методу лікування приваблює доступністю і простотою, тому багато авторів займаються розробкою нових, ефективних лікарських засобів для медикаментозного лікування патологічних станів ШМ. Ефективність методу, за літературними даними, досягає 67,10 – 90% [13, 114]. Проте, слід зазначити, що протипоказанням до використання хімічних засобів є дисплазія ШМ. Частота рецидивів після даного лікування також залишається високою та сягає 32,9-45,9% [114].</p>	<p>Однак, медикаментозний метод лікування використовувався не тільки з метою прискорення епітелізації патологічного вогнища на шийці матки, але і для його видалення. В основі лікування коагулюючими речовинами лежить хімічна коагуляція. Застосування медикаментозного методу лікування приваблює доступністю і простотою, тому багато авторів займаються розробкою нових, ефективних лікарських засобів для медикаментозного лікування патологічних станів шийки матки. Ефективність методу, за літературними даними, досягає 67,10 – 90 % [13, 114]. Проте, слід зазначити, що протипоказанням до використання хімічних засобів є дисплазія шийки матки. Частота рецидивів після даного лікування також залишається високою та сягає 32,90 – 45,90 % [114].</p>
<p><b>С. 31.</b></p>	<p><b>С. 32–33.</b></p>
<p>Так, при використанні кріодеструкції у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами та аменореєю спостерігалось відповідно 40 та 38% рецидивів. Зниження частоти рецидивування до 3,3 і 6,7% досягалось при поєднанні хірургічного лікування з гормональним, направленим на регуляцію менструального циклу [121]. Враховуючи дослідження ряду клініцистів і морфологів щодо високої значимості при ураженні ШМ зміненого гормонального гомеостазу, виникає необхідність усунення цих порушень. Основним ключовим питанням при цьому є відновлення циклічності, фертильності та лікування гормонозалежних синдромів, що супроводжують патологію шийки матки [3, 112].</p>	<p>Так, при використанні кріодеструкції у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами та аменореєю спостерігалось відповідно 40 % та 38 % рецидивів. Зниження частоти рецидивування до 3,3 % і 6,7 % досягалось при поєднанні хірургічного лікування з гормональним, направленим на регуляцію менструального циклу [121]. Враховуючи дослідження ряду клініцистів і морфологів щодо високої значимості при ураженні шийки матки зміненого гормонального гомеостазу, виникає необхідність усунення цих порушень. Основним ключовим питанням при цьому є відновлення циклічності, фертильності та лікування гормонозалежних синдромів, що супроводжують патологію шийки матки [3, 67, 98, 112].</p>
<p><b>С. 31–32.</b></p>	<p><b>С. 33.</b></p>
<p>У дослідженнях ряду авторів показана ефективність застосування при неускладненій ектопії низькодозованих монофазних контрацептивів, відзначено зниження рецидивів ектопії в 3,5 рази при використанні три-реголу в післяопераційному періоді [216, 244]. При вивченні стану ШМ у жінок, що використовують вагінальну релізінг-систему Нова-Ринг, виявлено ознаки епітелізації зони ектопії через 6 місяців у 52,2-60% пацієнток [114].</p> <p>В.П. Сметник вказує на велику кількість причин, що призводять до недостатності лютеїнової фази, як найбільш частої форми порушення менструального циклу у пацієнток з ектопією ШМ. Терапія всіх форм менструальних порушень супрово-</p>	<p>У дослідженнях ряду авторів показана ефективність застосування при неускладненій ектопії низькодозованих монофазних контрацептивів, відзначено зниження рецидивів ектопії в 3,5 рази при використанні три-реголу в післяопераційному періоді [216, 244]. При вивченні стану шийки матки у жінок, що використовують вагінальну релізінг-систему Нова-Ринг, виявлено ознаки епітелізації зони ектопії через 6 місяців у 52,2-60 % пацієнток [114].</p> <p>В.П. Сметник вказує на велику кількість причин, що приводять до недостатності лютеїнової фази, як найбільш частої форми порушення менструального циклу у пацієнток з ектопією шийки матки. Терапія всіх форм менструальних порушень супроводжує-</p>



	джується пригніченням абсолютної або відносної гіперестрогенії та проліферативного потенціалу ендо- та ектоцервіксу [11].	ться пригніченням абсолютної або відносної гіперестрогенії та проліферативного потенціалу ендо- та ектоцервіксу [11].
	<b>С. 32.</b>	<b>С. 33–34.</b>
	Для лікування захворювань ШМ та порушень менструального циклу широко використовуються інші прогестагени, які входять до складу КОК (левонергестрел, гестоден). Вони володіють різною прогестероною, андрогенною активністю та різним індексом селективності. Прогестагени нових поколінь у 93-96% ефективно відновлюють ритм менструацій, незалежно від метаболічного фону, відновлюють дефіцит ендogenous прогестерону при недостатності лютеїнової фази, покращують імунний баланс жінки. При запальних захворюваннях геніталій та ураженнях ШМ КОК здійснюють протекторну дію за рахунок зменшення об'єму менструальної крововтрати та зміни шийкового слизу [3, 121].	Для лікування захворювань шийки матки та порушень менструального циклу широко використовуються прогестагени, які входять до складу КОК (левонергестрел, гестоден). Вони мають різну прогестеронову, андрогенну активність та різний індекс селективності. Прогестагени нових поколінь у 93-96% ефективно відновлюють ритм менструацій, незалежно від метаболічного фону, відновлюють дефіцит ендogenous прогестерону при недостатності лютеїнової фази, покращують імунний баланс жінки. При запальних захворюваннях геніталій та ураженнях шийки матки КОК здійснюють протекторну дію за рахунок зменшення об'єму менструальної крововтрати та зміни шийкового слизу [3, 121].
	<b>С. 32–33.</b>	<b>С. 34.</b>
	Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, фонові захворювання ШМ не є протипоказом до застосування КОК [3]. Доказано, що використання вказаних препаратів у більшості випадків є методом монотерапії ектопії ШМ у молодих жінок або є підготовчим етапом перед деструкцією [139]. Методом вибору можуть бути трьохфазні КОК з тривалістю застосування 6-12 місяців. Дані літератури вказують, що використання монофазних контрацептивів протягом 6 місяців не приводить до прогресування захворювання, тоді як збільшення терміну застосування сприяє розвитку в екзоцервіксі дистрофічного процесу, що сповільнює епідермізацію, а також може викликати посилення метапластичної активності, розвиток дисплазій та їх трансформацію [3].	Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, фонові захворювання шийки матки не є протипоказом до застосування КОК [3]. Доказано, що використання вказаних препаратів у більшості випадків є методом монотерапії ектопії шийки матки у молодих жінок або є підготовчим етапом перед деструкцією [139]. Методом вибору можуть бути трьохфазні КОК з тривалістю застосування 6-12 місяців. Дані літератури вказують, що використання монофазних контрацептивів протягом 6 місяців не приводить до прогресування захворювання, тоді як збільшення терміну застосування сприяє розвитку в екзоцервіксі дистрофічного процесу, що сповільнює епідермізацію, а також може викликати посилення метапластичної активності, розвиток дисплазій та їх трансформацію [3, 11, 67, 84, 113, 189].
	<b>С. 33–34.</b>	<b>С. 34–35.</b>
	В комплексному лікуванні ектопії ШМ в останні роки велике значення надається корекції порушеного перекисного окислення ліпідів та покращення антиоксидантного захисту. Значимість вітамінів А та Е при патології репродуктивної системи та хворобах ШМ загальновізнана. Показано, що вони впливають на гомеостаз, процеси розмноження, регенерацію епітелію [115]. Багато авторів рекомендують включати в комплексну терапію антигомотоксичні, метаболічні середники, адаптогени. З метою відновлення мікробіоценозу піхви та корекції місцевого імунітету на заключному етапі рекомендується застосування еубіотиків, таких як ацилакт, біфідумбактерин [5, 18, 38, 67, 193]. Клінічне застосування інтерферону на сьогодні є актуальною темою для широкого кола лікарів практичної охорони здоров'я. Зростаючий інтерес до цієї проблеми викликаний високою ефективністю застосування препаратів інтерферону в комплексній терапії захворювань, що передаються статевим шляхом [17, 90, 124].	В комплексному лікуванні ектопії шийки матки в останні роки велике значення надається корекції порушеного перекисного окислення ліпідів та покращення антиоксидантного захисту [115, 178, 213]. Багато авторів рекомендують включати в комплексну терапію антигомотоксичні, метаболічні середники, адаптогени. З метою відновлення мікробіоценозу піхви та корекції місцевого імунітету на заключному етапі рекомендується застосування еубіотиків [5, 18, 38, 67, 193]. Клінічне застосування інтерферону на сьогодні є актуальною темою для широкого кола лікарів практичної охорони здоров'я. Зростаючий інтерес до цієї проблеми викликаний високою ефективністю застосування препаратів інтерферону в комплексній терапії захворювань, що передаються статевим шляхом [17, 90, 124].
	<b>С. 34.</b>	<b>С. 35.</b>
	Антибактеріальна активність інтерферонів обумовлена підвищеною фагоцитарною активністю, утворенням імуноглобулінів, посиленням цитотоксичності природних кіллерів. Антибактеріальна дія спостерігається через 10 хвилин після контакту	Інтерферони, – їх антибактеріальна активність обумовлена підвищеною фагоцитарною активністю, утворенням імуноглобулінів, посиленням цитотоксичності природних кіллерів. Антибактеріальна дія спостерігається через 10 хвилин після контакту

<p>інтерферону з культурою мікробів, і, в залежності від дози, викликає бактеріостатичний або бактерицидний ефект. Вплив інтерферону на бактерії не змінює їх морфології, тинкторіальних властивостей, але значно блокує швидкість формування популяції в оптимальних умовах культивування. Препарати інтерферону підвищують чутливість бактерій до ряду антибіотиків, активують механізми захоплення та протеолізу золотистого стафілококу, хламідій, токсоплазм, лістерій, кандід.</p> <p>Властивістю виробляти інтерферон в тій чи іншій мірі володіють всі клітини організму, хоча найбільш сильними є імункомпетентні клітини. Слід відмітити, що на практиці продукція ендогенного інтерферону проходить досить повільно і, часто, інфекційний агент розмножується випереджувальними темпами. Крім того, потенціал клітин до продукції інтерферону виснажується досить швидко, що суттєво обмежує захисні властивості організму. І на кінець, запальний процес сприяє надлишковій продукції прозапальних цитокінів, які можуть викликати шкідливі системні реакції (гіпертермія, тахікардія, слабкість) [63, 177].</p>	<p>інтерферону з культурою мікробів, і, в залежності від дози, викликає бактеріостатичний або бактерицидний ефект. Вплив інтерферону на бактерії не змінює їх морфологію, тинкторіальні властивості, але значно блокує швидкість формування популяції в оптимальних умовах культивування. Препарати інтерферону підвищують чутливість бактерій до ряду антибіотиків, активують механізми захоплення та протеолізу золотистого стафілококу, хламідій, токсоплазм, лістерій, кандід. Властивістю виробляти інтерферон в тій чи іншій мірі володіють всі клітини організму, хоча найбільш сильними є імункомпетентні клітини. Автори зазначають, що на практиці продукція ендогенного інтерферону проходить досить повільно і, часто, інфекційний агент розмножується випереджувальними темпами. Крім того, потенціал клітин до продукції інтерферону виснажується досить швидко, що суттєво обмежує захисні властивості організму; запальний процес сприяє надлишковій продукції прозапальних цитокінів, які можуть викликати шкідливі системні реакції (гіпертермія, тахікардія, слабкість) [63, 89, 123, 177].</p>
<p><b>С. 35.</b></p>	<p><b>С. 36.</b></p>
<p>Після діатермохірургічного втручання на поверхні рани утворюється струп, який є осередком коагуляційного некрозу, навколо якого через 5-7 днів з'являється грануляційна тканина та спостерігається повнокров'я судин. Епітелізація починається з периферії поверхні рани, межі якої знаходяться в межах незміненого епітелію. Вона переक्रивається функціонально повноцінним плоским багатошаровим епітелієм, який вузьким клином підростає під струп. Повна епітелізація закінчується в середньому через 1,5-2,0 місяці [8, 10, 73, 170, 269].</p>	<p>Після діатермохірургічного втручання на поверхні рани утворюється струп, який є осередком коагуляційного некрозу, навколо якого через 5-7 днів з'являється грануляційна тканина та спостерігається повнокров'я судин. Епітелізація починається з периферії поверхні рани, межі якої знаходяться в межах незміненого епітелію. Вона переक्रивається функціонально повноцінним плоским багатошаровим епітелієм, який вузьким клином підростає під струп. Повна епітелізація закінчується в середньому через 1,5-2 місяці [8, 10, 73, 170, 259].</p>
<p><b>С. 35–36.</b></p>	<p><b>С. 36–37.</b></p>
<p>Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,7-97,0% хворих [18, 38, 113, 114]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини. Так, за даними різних авторів, частота ускладнень досягає 6,2-50,0% [27, 114, 187, 198, 212]. До таких ускладнень відносять кровотечу (15,0%), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і стриктури цервікального каналу (40,1%), утворення грубих рубців, ендометріоз ШМ (46,3-55,0%), субепітеліальні гематоми (80,1%), загострення запальних захворювань придатків [18, 210, 179, 216]. Крім цих ускладнень, після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток. Так, безпліддя після проведеного лікування діагностується у 3,3% пацієнток, що обумовлено порушенням анатомо-функціональної цілісності ШМ [4, 114, 181, 244, 281]. У 20,0-24,0% спостережень зустрічаються викидні, що, як правило, пов'язане з істміко-цервікальною недостатністю, яка може розвиватися після діатермоконізації. Багато дослідників рекомендують вагітних з діатермокоагуляцією в анамнезі виділяти до групи особливого ризику по родовому травматизму, що зумовлено утворенням грубих рубців на шийці матки у пацієнток після діатермохірургічного лікування. При цьому, частота дистопії ШМ в пологах становить 15,1-20,2% [18, 194, 201, 251]. Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в</p>	<p>Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,70-97,00 % хворих [18, 38, 113, 114]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини. Так, за даними різних авторів, частота ускладнень досягає 6,20-50,00 % [27, 114, 187, 198, 212]. До таких ускладнень відносять кровотечу (15 %), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і стриктури цервікального каналу (40 %), утворення грубих рубців, ендометріоз шийки матки (46 – 55 %), субепітеліальні гематоми (80 %), загострення запальних захворювань придатків [18, 210, 179, 216]. Крім цих ускладнень, після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток. Так, безпліддя після проведеного лікування діагностується у 3 % пацієнток, що обумовлено порушенням анатомо-функціональної цілісності шийки матки [4, 114, 181, 244, 281]. У 20-24 % спостережень зустрічаються викидні, що, як правило, пов'язане з істміко-цервікальною недостатністю, яка може розвиватися після діатермоконізації. Багато дослідників рекомендують вагітних з діатермокоагуляцією в анамнезі виділяти до групи особливого ризику по родовому травматизму, що зумовлено утворенням грубих рубців на шийці матки у пацієнток після діатермохірургічного лікування. При цьому, частота дистопії шийки матки в пологах становить 15-20 % [18, 194, 201, 251]. Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в</p>



літературі частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55,0%. За даними ряду авторів, цей метод може сприяти розвитку лейкоплакії ШМ, що пов'язано з порушенням трофіки тканин [49, 188, 211].	літературі частота рецидивів доброякісних захворювань шийки матки після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55 %. За даними ряду авторів, цей метод може сприяти розвитку лейкоплакії шийки матки, що пов'язано з порушенням трофіки тканин [49, 188, 211].
<b>С. 36–37.</b>	<b>С. 37–38.</b>
<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань ШМ були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. Під дією низьких температур у тканинах відбувається концентрація електролітів, денатурація біомакромолекул, біологічних мембран, ліпідно-протеїнових комплексів, порушення мікроциркуляції та ішемія [245, 209]. Як наслідок цих змін, настає кріонекроз, який формується протягом 1-3 діб. До 8 тижнів шийка матки покривається функціонально повноцінним багатощаровим плоским епітелієм [114, 217]. Кріодеструкцію називають найбільш фізіологічним методом руйнування біологічної тканини. Важливо, що при його застосуванні не проходить теплової денатурації білків і нуклеїнових кислот. Деструкція тут пов'язана з іншими механізмами та обумовлена, в основному, змінами, що проходять з інтра- та позаклітинною рідиною. Відторгнення струпу проходить по мірі регенерації епітелію зі всіх сторін навколо деструктивного вогнища. А при невеликих площах кріодеструкції кріонекроз відходить повністю, а під ним залишається відновлена слизова оболонка [18, 76, 272, 273]. Додатковою перевагою кріогенного методу є неболісність, безкровність, можливість проведення процедури в будь-яку фазу менструального циклу, відсутність склеротичних і атрофічних процесів ШМ, безпечність для лікаря і хворої, невисока вартість обладнання, а також те, що кріотерапія не викликає склерозу та деформації ШМ, не викликає негативного впливу на процес розкриття під час пологів [181]. Девіталізована холодою, патологічно змінена тканина залишається в контакт з організмом. Наслідком цього є стимуляція специфічної імунної відповіді, запускається механізм протипухлинного, противірусного, антимікробного, антигрибкового імунітету [117, 167, 195, 232]. Вказаний метод поєднує у собі радикалізм терапії фонових та передракових процесів зі стимуляцією регенераційних властивостей тканин, його використання в клінічній практиці дозволило знизити частоту ускладнень в порівнянні з іншими методами лікування патології ШМ [33, 114, 178, 190, 230, 251].</p>	<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань шийки матки були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. Під дією низьких температур у тканинах відбувається концентрація електролітів, денатурація біомакромолекул, біологічних мембран, ліпідно-протеїнових комплексів, порушення мікроциркуляції та ішемія [245, 209]. Як наслідок цих змін, настає кріонекроз, який формується протягом 1-3 діб. До 8 тижнів шийка матки покривається функціонально повноцінним багатощаровим плоским епітелієм [114, 217]. Кріодеструкцію називають найбільш фізіологічним методом руйнування біологічної тканини. Важливо, що при його застосуванні не проходить теплової денатурації білків і нуклеїнових кислот. Деструкція тут пов'язана з іншими механізмами та обумовлена, в основному, змінами, що проходять з інтра- та позаклітинною рідиною. Відторгнення струпу проходить по мірі регенерації епітелію зі всіх сторін навколо деструктивного вогнища. А при невеликих площах кріодеструкції кріонекроз відходить повністю, а під ним залишається відновлена слизова оболонка [18, 76, 272]. Додатковою перевагою кріогенного методу є безболісність, безкровність, можливість проведення процедури в будь-яку фазу менструального циклу, відсутність склеротичних і атрофічних процесів шийки матки, безпечність для лікаря і хворої, невисока вартість обладнання, а також те, що кріотерапія не викликає склерозу та деформації шийки матки, не викликає негативного впливу на процес розкриття під час пологів [181]. Девіталізована холодою, патологічно змінена тканина залишається в контакт з організмом. Наслідком цього є стимуляція специфічної імунної відповіді, запускається механізм протипухлинного, противірусного, антимікробного, антигрибкового імунітету [117, 167, 195, 232]. Вказаний метод поєднує у собі радикалізм терапії фонових та передракових процесів зі стимуляцією регенераційних властивостей тканин, його використання в клінічній практиці дозволило знизити частоту ускладнень в порівнянні з іншими методами лікування патології шийки матки [33, 114, 178, 190, 230, 251].</p>
<b>С. 37–38.</b>	<b>С. 38–39.</b>
<p>G. Siddiqui та співавтори також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження [169]. На відміну від діатермолікування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття ШМ в пологах [148, 169, 181]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією ШМ за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі, часто виникає загроза передчасних пологів [114, 277]. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ, після проведеного лікування, зустрічаються у 6-87% пацієнток [181, 296]. Слід зазначити, що після кровопливу, як і після діатермокоагуля-</p>	<p>Siddiqui G. et al. також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження [169]. На відміну від діатермолікування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття шийки матки в пологах [148, 169, 181]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією шийки матки за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі, часто виникає загроза передчасних пологів [114, 207]. Рецидиви доброякісних захворювань шийки матки, після проведеного лікування, зустрічаються у 6-87 % пацієнток [181, 236]. Слід зазначити, що після кровопливу,</p>

<p>ції ШМ, стик багат шарового плоского і циліндричного епітелію може переміститися в цервікальний канал вище зовнішнього маткового зіву, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі [114].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [296]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>як і після діатермокоагуляції шийки матки, стик багат шарового плоского і циліндричного епітелію може переміститися в цервікальний канал вище зовнішнього маткового зіву, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі [114].</p>
<p><b>С. 38.</b></p>	<p><b>С. 39–40.</b></p>
<p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажать зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань ШМ, які не завдають травматичного впливу на тканини ШМ. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в зміненій тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації ШМ. Ефективність даного методу складає 88,9% при лікуванні доброякісних захворювань ШМ [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів ШМ у пацієнток репродуктивного віку, які не народжували [154, 231, 276].</p>	<p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажать зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань шийки матки, які не завдають травматичного впливу на тканини шийки матки. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в зміненій тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,10 % хворих і полягають у неповній епітелізації шийки матки. Ефективність даного методу складає 88,90 % при лікуванні доброякісних захворювань шийки матки [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів шийки матки у пацієнток репродуктивного віку, які не народжували [154, 211, 226].</p>
<p><b>С. 38–39.</b></p>	<p><b>С. 40.</b></p>
<p>В.М. Прилепская (2013), аналізуючи причини недостатньої ефективності застосованих методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального (індивідуального) підходу, де має бути враховано не тільки вплив на джерело ектопії, але і на весь організм в цілому [15].</p>	<p>В.М. Прилепська, аналізуючи причини недостатньої ефективності застосованих методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального (індивідуального) підходу, де має бути враховано не тільки вплив на джерело ектопії, але і на весь організм в цілому [15].</p>
<p><b>С. 39.</b></p>	<p><b>С. 40.</b></p>
<p>Найбільш вивчено протизапальне лікування, визначено його місце та ефективність. Позитивний клінічний ефект відмітили у 17-90% випадків. Крім того, протизапальне лікування може бути варіантом самостійної терапії доброякісних та передракових станів ШМ запального генезу [33, 43, 105]. Протизапальна терапія при захворюваннях ШМ передбачає застосування антибіотикотерапії в різних варіантах. При інфекціях, що передаються статевим шляхом, антибактеріальна терапія проводиться з допомогою синдромного підходу [18, 38, 124].</p> <p>Застосування біостимуляторів дискусійне, особливо, при наявності проліферації епітелію та ризику її посилення. Крім парентерального введення, біостимулятори використовуються у вигляді емульсії та жирових аплікацій на патологічне вогнище, в основному, в період реабілітації після де-струкції [41, 122].</p>	<p>Найбільш вивчено протизапальне лікування, визначено його місце та ефективність. Позитивний клінічний ефект відмітили у 17 – 90 % випадків. Крім того, протизапальне лікування може бути варіантом самостійної терапії доброякісних та передракових станів шийки матки запального генезу [33, 43, 105]. Протизапальна терапія при захворюваннях шийки матки передбачає застосування антибактеріальної терапії в різних варіантах. При інфекціях, що передаються статевим шляхом, антибактеріальна терапія проводиться з допомогою синдромного підходу [18, 38, 124, 178].</p> <p>Застосування біостимуляторів дискусійне, особливо, при наявності проліферації епітелію та ризику її посилення. Крім парентерального введення, біостимулятори використовуються у вигляді емульсії та жирових аплікацій на патологічне вогнище, в основному, в період реабілітації після де-струкції [41, 122].</p>

<b>С. 39–41.</b>	<b>С. 40–42.</b>
<p>До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів ШМ також відноситься лазерна хірургія [175, 192, 193, 199, 200, 204]. Лазери – оптичні квантові генератори, що викликають індуковане електромагнітне випромінювання атомів активного середовища. У всіх випадках вплив лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі (в точці), за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння «лазерних ран» відбувається швидко за рахунок зменшення лейкоцитарної інфільтрації, що виникає при формуванні лазерного дефекту тканин. Епітелізація ШМ відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування, не супроводжується масивним виділенням секрету [205, 206, 213, 218, 219]. Як правило, опромінення ШМ променем лазера не супроводжується больовими відчуттями. Післяопераційна кровотеча, що вимагає лікарської допомоги, після лазерної вапоризації – досить рідкісне ускладнення (2,3%), оскільки дане ускладнення може виникнути при випаровуванні тканин на глибину понад 3 мм. Однак, у роботах ряду дослідників, лазерний вплив при лікуванні ендометріозу ШМ описується як абсолютно безкровна процедура при глибині впливу 2-5 мм [227, 225]. Значно частіше зустрічається кровотеча після лазерної ексцизії ШМ (5-10%), але не раніше 6-го і не пізніше 20-го дня після операції. До одних з рідкісних ускладнень даного виду лікування відноситься стеноз цервікального каналу (1,5%), який поширюється, звичайно, тільки на область зовнішнього зіву. Ризик виникнення стенозу вище у жінок з оліго – або аменореєю, в пременопаузі, а також у жінок, що приймають з контрацептивною метою парентеральні прогестагенні засоби. Крім цього, для лікування СО-лазером характерне післяопераційне рубцювання підлягаючої тканини, що, очевидно, може в подальшому призвести до аномалій родової діяльності у пацієнток з лазеровапоризацією або – конізацією в анамнезі [220, 221, 256, 257]. Також, в літературі є дані, що лазерна конізація ШМ пов'язана з ризиком передчасних пологів [112, 164]. В цілому ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі – 1,2-12,0% [148, 251]. Частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після лікування лазером досягає 17,1-66,7% [148, 156]. Ефективність використання лазерів при комбінованій терапії папіломавірусної інфекції ШМ становить 80,0-96,6% [114, 148, 212].</p>	<p>До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів ШМ також відноситься лазерна хірургія [175, 192, 193, 199, 200, 204]. Лазери – оптичні квантові генератори, що викликають індуковане електромагнітне випромінювання атомів активного середовища. У всіх випадках вплив лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі (в точці), за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння «лазерних ран» відбувається швидко за рахунок зменшення лейкоцитарної інфільтрації, що виникає при формуванні лазерного дефекту тканин. Епітелізація шийки матки відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування, не супроводжується масивним виділенням секрету [205, 206, 213, 218, 219]. Як правило, опромінення ШМ променем лазера не супроводжується больовими відчуттями. Післяопераційна кровотеча, що вимагає лікарської допомоги, після лазерної вапоризації – досить рідкісне ускладнення (2,3 %), оскільки дане ускладнення може виникнути при випаровуванні тканин на глибину понад 3 мм. Однак, у роботах ряду дослідників, лазерний вплив при лікуванні ендометріозу ШМ описується як абсолютно безкровна процедура при глибині впливу 2-5 мм [227, 225].</p> <p>Значно частіше зустрічається кровотеча після лазерної ексцизії ШМ (5-10 %), але не раніше 6-го і не пізніше 20-го дня після операції. До одних з рідкісних ускладнень даного виду лікування відноситься стеноз цервікального каналу (1,5 %), який поширюється, звичайно, тільки на область зовнішнього зіву. Ризик виникнення стенозу вище у жінок з оліго – або аменореєю, в пременопаузі, а також у жінок, що приймають з контрацептивною метою парентеральні прогестагенні засоби. Крім цього, для лікування СО-лазером характерне післяопераційне рубцювання підлягаючої тканини, що, очевидно, може в подальшому призвести до аномалій родової діяльності у пацієнток з лазеровапоризацією або – конізацією в анамнезі [220, 221, 246, 237]. Також, в літературі є дані, що лазерна конізація ШМ пов'язана з ризиком передчасних пологів [112, 164]. В цілому ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі – 1-12 % [104, 148, 251]. Частота рецидивів доброякісних захворювань шийки матки після лікування лазером досягає 17-66,70 % [148, 156]. Ефективність використання лазерів при комбінованій терапії папіломавірусної інфекції ШМ становить 80-96,60 % [114, 148, 212].</p>
<b>С. 41.</b>	<b>С. 42.</b>
<p>Одним з радикальних методів лікування фонових та передпухлинних захворювань ШМ є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії ШМ, при післяпологових розривах [18, 114]. Слід зазначити, що випадки не різко вираженої рубцевої деформації ШМ представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70,0-90,0% випадків ектропіон з неглибокими розривами розцінюється як ектопія, тому діагностичні помилки в подальшому призводять до тривалого, малоефективного лікування. Так, в літературі зазначено, що у 36,7-51,0% жінок з рубцевою деформацією ШМ проводилась діатермокоагу-</p>	<p>Одним з радикальних методів лікування фонових та передпухлинних захворювань ШМ є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії ШМ, при післяпологових розривах [18, 114]. Слід зазначити, що випадки не різко вираженої рубцевої деформації шийки матки представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70-90 % випадків ектропіон з неглибокими розривами розцінюється як ектопія, тому діагностичні помилки в подальшому призводять до тривалого, малоефективного лікування. Так, в літературі зазначено, що у 36,7-51 % жінок з рубцевою деформацією шийки матки проводилась діатермо-</p>

<p>ляція, кріодеструкція або СО2-лазеровапоризація поряд з тривалим консервативним лікуванням псевдоерозії ШМ. Ефективність хірургічного лікування складає 98,5% [114].</p> <p>Таким чином, діатермокоагуляція, кріодеструкція чи вплив СО2-лазером, а також хірургічний метод забезпечують радикальне руйнування або видалення патологічного осередку на шийці матки в межах здорових тканин і стійке одужання до 95% хворих [38, 70, 104, 134, 177, 217].</p>	<p>коагуляція, кріодеструкція або СО2-лазеровапоризація поряд з тривалим консервативним лікуванням псевдоерозії ШМ. Ефективність хірургічного лікування складає 98,50 % [114].</p> <p>Таким чином, діатермокоагуляція, кріодеструкція чи вплив СО2-лазером, а також хірургічний метод забезпечують радикальне руйнування або видалення патологічного осередку на шийці матки в межах здорових тканин і стійке одужання до 95 % хворих [38, 70, 104, 134, 177, 217].</p>
<p><b>С. 41–42.</b></p>	<p><b>С. 43.</b></p>
<p>Всі перераховані методи дозволяють зберегти репродуктивну, менструальну функції жіночого організму. Деякими перевагами володіють методики кріодеструкції або лазеровапоризації, тому що після лікування цими методами епітелізація поверхні рани завершується через 6 тижнів. Перевагою діатермоконізації є можливість отримати тканину для гістологічного дослідження, тому цю процедуру можна використовувати не тільки для лікування, але і для діагностики, що неможливо при кріодеструкції або лазерній вапоризації. При використанні лазера або холодагента спостерігається безболісність і безкровність процедури. Однак, при кріодеструкції пацієнок тривалий час турбує гідрорея, що негативно позначається на якості життя хворих в післяопераційному періоді.</p>	<p>Всі перераховані методи дозволяють зберегти репродуктивну, менструальну функції жіночого організму. Деякими перевагами володіють методики кріодеструкції або лазеровапоризації, тому що після лікування цими методами епітелізація поверхні рани завершується через 6 тижнів. Перевагою радіохвильової терапії є можливість отримати тканину для гістологічного дослідження, тому цю процедуру можна використовувати не тільки для лікування, але і для діагностики, що неможливо при кріодеструкції або лазерній вапоризації. При використанні лазера, радіохвиль або холодагента спостерігається безболісність і безкровність процедури. Однак, при кріодеструкції пацієнок тривалий час турбує гідрорея, що негативно позначається на якості життя хворих в післяопераційному періоді.</p>
<p><b>С. 42.</b></p>	<p><b>С. 43.</b></p>
<p>Існують комбіновані методи лікування захворювань ШМ: діатермокріодеструкція, електроножева або ножева конізація з обробкою раневої поверхні променем високоінтенсивного СО2-лазера, кріоультразвукова методика, комбінація кріодеструкції з лазерною дією. Комбіновані методи не завжди широко поширені з різних причин: складність виконання, дороговизна, хоча автори вказують на високу ефективність, особливо, при окремих видах захворювань ШМ [80, 209, 221]. Вибір методу лікування слід проводити індивідуально, враховуючи тяжкість процесу, планування попереднього лікування, соціальні фактори. Диференційований підхід до вибору методу лікування дозволяє покращити результати лікування та, тим самим, знизити рецидиви та частоту онкопатології [18, 113, 114, 123].</p>	<p>Існують комбіновані методи лікування захворювань ШМ: діатермокріодеструкція, електроножева або ножева конізація з обробкою раневої поверхні променем високоінтенсивного СО2-лазера, кріоультразвукова методика, комбінація кріодеструкції з лазерною дією. Комбіновані методи не завжди широко поширені – з різних причин – складність виконання, дороговизна, хоча автори вказують на високу ефективність, особливо, при окремих видах захворювань ШМ [80, 209, 221]. Вибір методу лікування слід проводити індивідуально, враховуючи тяжкість процесу, планування попереднього лікування, соціальні фактори. Диференційований підхід до вибору методу лікування дозволяє покращити результати лікування та, тим самим, знизити рецидиви та частоту онкопатології [18, 113, 114, 123].</p>
<p><b>С. 42–43.</b></p>	<p><b>С. 44.</b></p>
<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнок у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань ШМ. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань ШМ. Наприклад, запропоновані кріоультразвуковою метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодулюючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>	<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнок у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань шийки матки. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань шийки матки. Наприклад, запропоновані кріоультразвуковою метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодулюючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>
<p><b>С. 43.</b></p>	<p><b>С. 44–45.</b></p>
<p>Л. В. Іванова (2013) використала світлодіодне</p>	<p>Іванова Л. В використала світлодіодне випромі-</p>

<p>випромінювання червоного діапазону як метод фізіотерапії при лікуванні ерозії ШМ, що дозволило забезпечити епітелізацію у 87,60% без утворення грубого рубця, що забезпечує функціонально-анатомічну цілісність ШМ [152].</p> <p>Відсутність чітких уявлень про причини і механізми виникнення доброякісних захворювань ШМ призводить до неадекватного, невиправдано агресивного застосування тих або інших методів лікування. Крім того, питання консервативного фармако-терапевтичного лікування при патології ШМ недостатньо висвітлені в літературі [21, 114, 223, 224, 233].</p> <p>Проте, всі методи супроводжуються значним числом ускладнень. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ зустрічаються у половині випадків, а це зумовлює пошук нових, більш сприятливих методів лікування.</p> <p>Сучасні методи деструкції ШМ (кріогенна, лазерна, плазмозна, радіохвильова), розроблені в останні 5-15 років, прийшли на зміну діатермоелектрохірургії. Поряд з тим, не дивлячись на їх прогресивність, новизну, лікувальний ефект, вони не є без певних недоліків, а саме: сприяють розвитку ускладнень – непліддя, розривів ШМ в пологах, «синдрому коагульованої ШМ», ендометріозу [234, 235, 241-243, 271].</p>	<p>новання червоного діапазону як метод фізіотерапії при лікуванні ерозії шийки матки, що дозволило забезпечити епітелізацію у 87,60 % без утворення грубого рубця, що забезпечує функціонально-анатомічну цілісність шийки матки [152].</p> <p>Відсутність чітких уявлень про причини і механізми виникнення доброякісних захворювань шийки матки призводить до неадекватного, невиправдано агресивного застосування тих або інших методів лікування. Крім того, питання консервативного фармакотерапевтичного лікування при патології шийки матки недостатньо висвітлені в літературі [21, 114, 223, 224, 233].</p> <p>Проте всі методи супроводжуються значним числом ускладнень. Рецидиви доброякісних захворювань шийки матки зустрічаються у 50 % випадків, а це зумовлює пошук нових, більш сприятливих методів лікування.</p> <p>Сучасні методи деструкції шийки матки (кріогенна, лазерна, плазмозна, радіохвильова) розроблені в останні 5-15 років, прийшли на зміну діатермоелектрохірургії. Поряд з тим, не дивлячись на їх прогресивність, новизну, лікувальний ефект, вони не є без певних недоліків, а саме: сприяють розвитку ускладнень – непліддя, розривів шийки матки в пологах, «синдрому коагульованої шийки матки», ендометріозу [234, 235, 241-243, 271].</p>
<p><b>С. 43–44.</b></p>	<p><b>С. 45–46.</b></p>
<p>Це обумовлює значний інтерес клініцистів до пошуку нових ефективних та безпечних методів лікування ектопії ШМ. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу та плазмової хірургії [67, 82, 83, 140, 229, 252].</p> <p>Метод радіохірургії [79, 102, 109, 110], який в останнє десятиріччя отримав широку популярність. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного», електроду і викликає викид внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фактично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням післяопераційних ран і низьким відсотком післяопераційних ускладнень [79, 140, 229, 275]. При використанні радіоножа загальна структура тканини зберігається, що є важливим для морфологічного дослідження [109]. Повна епітелізація післяопераційної рани відбувається в середньому на 28-40 добу [140]. Ефективність даного методу лікування доброякісних захворювань ШМ, за даними різних авторів, дорівнює 86,3-97,7% [102, 110].</p>	<p>Це обумовлює значний інтерес клініцистів до пошуку нових ефективних та безпечних методів лікування ектопії шийки матки. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу та плазмової хірургії [67, 82, 83, 140, 229, 252].</p> <p>Метод радіохірургії [79, 102, 109, 110], який в останнє десятиріччя отримав широку популярність. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного», електроду і викликає викид внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фактично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням післяопераційних ран і низьким відсотком післяопераційних ускладнень [79, 140, 229, 275]. При використанні радіоножа загальна структура тканини зберігається, що є важливим для морфологічного дослідження [109]. Повна епітелізація післяопераційної рани відбувається в середньому на 28-40 добу [140]. Ефективність даного методу лікування доброякісних захворювань шийки матки, за даними різних авторів, дорівнює 86,0-97,7 % [102, 110].</p>
<p><b>С. 44–45.</b></p>	<p><b>С. 46.</b></p>
<p>Ефект розрізу – радіосекція, досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі, який тканини роблять проникненню високочастотних радіохвиль (3,8 МГц), за допомогою хірургічного електроду. В результаті цього: сильно сконцентрована енергія на кінці електроду підвищує утворення молекулярної енергії усередині кожної клітини, яка, руйнуючись, викликає нагрівання тканини і фактично випаровує клітини. Кількість теплоти залежить від часу контакту з тканиною, розміру електроду і форми хвилі [162]. Оптимальною технікою розрізу є</p>	<p>Ефект розрізу – радіосекція, досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі, який тканини роблять проникненню високочастотних радіохвиль (3,8 МГц), за допомогою хірургічного електроду. В результаті цього: сильно сконцентрована енергія на кінці електроду підвищує утворення молекулярної енергії усередині кожної клітини, яка, руйнуючись, викликає нагрівання тканини і фактично випаровує клітини. Кількість теплоти залежить від часу контакту з тканиною, розміру електроду і форми хвилі [162]. Оптимальною технікою розрізу є</p>

дія на ділянці від 5-8 мм за 1 секунду. Для ексцизії, розрізу і коагуляції використовуються петлеві і скальпельні електроди.	дія на ділянці від 5-8 мм за 1 секунду. Для ексцизії, розрізу і коагуляції використовуються петлеві і скальпельні електроди.
<b>С. 45.</b>	<b>С. 46.</b>
<p>Перевагами радіохірургії є швидкість лікування; безрубцове загоєння ран, мінімальна інтраопераційна та постопераційна больова реакція, Відсутність крововтрати, прискорене загоєння [79, 109, 110, 159, 184, 231].</p>	<p>Достоїнствами радіохірургії є: швидкість лікування; безрубцове загоєння ран, мінімальна інтраопераційна та постопераційна больова реакція, відсутність крововтрати, прискорене загоєння [79, 109, 110, 159, 184, 231].</p>
<b>С. 45.</b>	<b>С. 46.</b>
<p>Проведення процедури біопсії ШМ представляє певну проблему для лікаря амбулаторної практики. Традиційно вона виконується щипцями біопсії або їх різновидом – кінхотомом. Незважаючи на протести онкологів, необхідну ножову біопсію в амбулаторних умовах, навіть за наявності операційної, виконати технічно дуже важко, а госпіталізувати тих, що усіх, що потребують біопсії нереально. Ситуація міняється, якщо у відділенні (жіночій консультації) є радіохвильовий скальпель. Американській фірмі «Ellman International, inc.» (США) вдалося створити прилад, який не викликає глибокого ураження тканини. Прилад «Сургитрон™» здійснює атравматичний розріз і коагуляцію тканин, при цьому після операції відсутні набряк і больові відчуття. Метод радіохірургії дозволяє здійснювати безконтактний розріз тканин, який досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі тканин високочастотним радіохвиллям (3,8 Мгц), що і забезпечує мікроскопічно рівний розріз [110].</p>	<p>Американській фірмі «Ellman International, inc.» (США) вдалося створити прилад, який не викликає глибокого ураження тканини. Прилад «Сургитрон™» здійснює атравматичний розріз і коагуляцію тканин, при цьому після операції відсутні набряк і больові відчуття. Метод радіохірургії дозволяє здійснювати безконтактний розріз тканин, який досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі тканин високочастотним радіохвиллям (3,8 Мгц), що і забезпечує мікроскопічно рівний розріз [110].</p>
<b>С. 45–46.</b>	<b>С. 46–47.</b>
<p>Автори вказують, що в процесі роботи і придбанні певних навичок, радіохірургічна ексцизія стає рутинною процедурою і займає не більше 10 хвилин із повним збереженням працездатності. Через 10-14 днів відбувається відторгнення струпа, що може супроводжуватися кров'яними виділеннями, про які пацієнтка має бути попереджена. В деяких випадках проводиться додаткова коагуляція судин, що кровоточать, кульковим електродом. Метод радіохірургії, що використовує різальні властивості радіохвиль, нівелює недоліки електрохірургічного методу, проте зберігає радикалізм із обмеженням глибини дії [79, 109, 231].</p>	<p>Автори вказують, що в процесі роботи і придбанні певних навичок, радіохірургічна ексцизія стає рутинною процедурою і займає не більше 10 хвилин із повним збереженням працездатності. Через 10-14 днів відбувається відторгнення струпа, що може супроводжуватися кров'яними виділеннями, про які пацієнтка має бути попереджена. В деяких випадках проводиться додаткова коагуляція судин, що кровоточать, кульковим електродом. Метод радіохірургії, що використовує різальні властивості радіохвиль, нівелює недоліки електрохірургічного методу, проте зберігає радикалізм із обмеженням глибини дії [79, 109, 231].</p>
<b>С. 46–47.</b>	<b>С. 47.</b>
<p>Особливою гідністю радіоексцизії на апараті Сургитрон є стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль, що дозволяє використати його при лікуванні стійкого ендocerвіциту [110]. Спектр застосування радіохвильової хірургії в гінекології досить широкий, особливо слід зазначити те, що в цій процедурі виходить практично не пошкоджена тканина, що підлягає, на відміну від матеріалу після діатермоелектроексцизії, будь-яким морфологічним дослідженням. Радіохірургічний метод лікування захворювань ШМ удвічі скорочує терміни епітелізації, при цьому зберігається з'єднувальнотканинна строма ШМ [79, 110, 216].</p>	<p>Особливою гідністю радіоексцизії на апараті «Сургитрон™» є стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль, що дозволяє використати його при лікуванні стійкого ендocerвіциту [110]. Спектр застосування радіохвильової хірургії в гінекології досить широкий, особливо слід зазначити те, що в цій процедурі виходить практично не пошкоджена тканина, що підлягає, на відміну від матеріалу після діатермоелектроексцизії, будь-яким морфологічним дослідженням. Радіохірургічний метод лікування захворювань шийки матки удвічі скорочує терміни епітелізації, при цьому зберігається з'єднувальнотканинна строма шийки матки [79, 110, 216].</p>
<b>С. 47.</b>	<b>С. 47.</b>
<p>На думку авторів, широке впровадження радіохірургії в лікування доброякісних захворювань ШМ і піхви, безумовно, сприятиме підвищенню ефективності лікування цих патологічних станів в амбула-</p>	<p>На думку авторів, широке впровадження радіохірургії в лікування доброякісних захворювань шийки матки і піхви, безумовно, сприятиме підвищенню ефективності лікування цих патологічних станів в</p>



	торній гінекології, дозволить зменшити число хворих, що госпіталізуються, розширює спектр послуг, що робляться, жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацевдатності і заслуговує найширшого поширення [79, 180, 184, 216, 231].	амбулаторній гінекології, дозволить зменшити число хворих, що госпіталізуються, розширює спектр послуг, що робляться, жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацевдатності і заслуговує найширшого поширення [79, 180, 184, 216, 231].
	<b>С. 48.</b>	<b>С. 48.</b>
	<p>На думку авторів, гідність радіохірургічного методу – відсутність термічного компонента, що викликає ушкодження, що скорочує терміни загоєння і запобігає розвитку термічних запальних змін в тканинах, дає чудовий косметичний результат. Після операції утворюється слизова цервікальна пробка, що має захисні властивості. На відміну від усіх існуючих методів лікування, окрім традиційної хірургії, радіохвильовий метод дозволяє піддавати гістологічному дослідженню увесь видалений матеріал [262].</p> <p>Застосування радіохірургії у поєднанні з лазерною дією в хірургічній корекції фонівих і передракових захворювань шийки матки є високоефективним і доступним методом хірургічного лікування і дозволяє поліпшити найближчі і віддалені результати [180].</p>	<p>На думку авторів, гідність радіохірургічного методу – відсутність термічного компонента, що викликає ушкодження, що скорочує терміни загоєння і запобігає розвитку термічних запальних змін в тканинах, дає чудовий косметичний результат. Після операції утворюється слизова цервікальна пробка, що має захисні властивості. На відміну від усіх існуючих методів лікування, окрім традиційної хірургії, радіохвильовий метод дозволяє піддавати гістологічному дослідженню увесь видалений матеріал [262].</p> <p>Застосування радіохірургії у поєднанні з лазерною дією в хірургічній корекції фонівих і передракових захворювань шийки матки є високоефективним і доступним методом хірургічного лікування і дозволяє поліпшити найближчі і віддалені результати [180].</p>
	<b>С. 48–49.</b>	<b>С. 48.</b>
	<p>Аргоноплазмова коагуляція (АПК), як метод монополярного високочастотного впливу на тканини, за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів [26, 67, 189].</p> <p>Суть методики АПК полягає в наступному: енергія струму високої частоти передається на тканину безконтактним способом, з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги [67, 83, 164, 177, 194].</p>	<p>Аргоноплазмова коагуляція (АПК), як метод монополярного високочастотного впливу на тканини, за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів [26, 67, 189]. Суть методики АПК полягає в наступному: енергія струму високої частоти передається на тканину безконтактним способом, з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги [67, 83, 164, 177, 194].</p>
	<b>С. 53–54.</b>	<b>С. 49.</b>
	<p>Встановлено зв'язок непухлинних захворювань ШМ з гормональними змінами, порушенням мікроциркуляції в тканинах даного органу, травматизацією, мікробним чинником, імунними порушеннями. Проте, в доступній нам літературі ми не знайшли достатньо відомостей стосовно патології ШМ у жінок із безпліддям.</p> <p>Стан проблеми патології ШМ на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає і робить актуальними поглиблене дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування патологічних процесів ШМ у жінок, які знаходяться на лікуванні безпліддя, зокрема методами допоміжних репродуктивних технологій.</p> <p>Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань ШМ пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання.</p>	<p>&lt;...&gt; Встановлено зв'язок непухлинних захворювань шийки матки з гормональними змінами, порушеннями мікроциркуляції в тканинах даного органу, травматизацією, мікробним чинником, імунними порушеннями.</p> <p>Стан проблеми патології шийки матки на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає і робить актуальними поглиблене дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування патологічних процесів шийки матки. Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань шийки матки пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання. Особливий інтерес складає група жінок, що не народжували, оскільки збереження функціональності і анатомічної цілісності шийки матки корелює з збереженням репродуктивного потенціалу.</p>
2	<p><b>Николишин С. М.</b></p> <p><b>Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів оперативного лікування патології шийки матки.</b></p> <p>Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015. (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a>)</p>	<p><b>Ігоніна О. В.</b></p> <p><b>Прегравідарна підготовка і профілактика невиношування у жінок з патологією шийки матки в анамнезі.</b></p> <p>Дис. ... канд. мед. наук. – Сімферополь, 2014. (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0414U003526/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0414U003526/</a>)</p>



<p><b>С. 10–11.</b></p> <p>Патологія шийки матки (ШМ) залишається такою, що посідає головні позиції в структурі гінекологічної захворюваності, і, не дивлячись на впровадження нових методів діагностики і лікування, немає тенденції до зниження [2, 3, 17, 29, 33, 44, 49, 75, 126].</p> <p>За даними ВООЗ, в економічно розвинених країнах за останні 10 років відмічено зростання дисплазій і омолодження раку ШМ [15, 143, 148]. В світі щорічно реєструється близько 500 тис. випадків раку ШМ, кожний другий із яких закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу [15, 38, 143, 148].</p> <p>В Україні захворюваність на рак ШМ складає 18 на 100 тис. жіночого населення, а за летальністю до року від онкозахворювань у жінок репродуктивного віку дана патологія займає перше місце [15].</p> <p>На сучасному етапі в Україні спостерігається епідеміологічна ситуація щодо поширеності та активності сексуально-трансмисивних інфекцій, що негативно впливає на показники захворюваності, в т.ч. й на рак ШМ. Особливе місце в структурі захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, займає вірусна інфекція, а саме: вірус простого герпесу і вірус папіломи людини (HPV), які значно поширені та мають високу епітеліотропність. До загальних, типових для вірусних генітальних інфекцій, особливостей епідеміології відносяться: найбільший пік захворюваності в репродуктивному віці, висока частота змішаних інфекцій, здатність до латентного перебування в організмі людини, безсимптомного та атипичного перебігу вірусної інфекції, часта втрата працездатності, порушення загального фізичного та нервово-психічного стану, що призводить до зниження якості життя, порушення соціального статусу та конфліктів в родині [128, 129, 160, 173, 203, 239].</p> <p><b>Чужий текст переписаний разом із номерами покликань. Усі покликання – фальшиві, оскільки під цими номерами знаходяться зовсім інші джерела (список літератури Николишин скопіювала з іншої дисертації – Т. Зіненко). Плагіат.</b></p>	<p><b>С. 23–24.</b></p> <p>Патологія ШМ залишається такою, що посідає головні позиції в структурі гінекологічної захворюваності, і, не дивлячись на впровадження нових методів діагностики і лікування, немає тенденції до зниження [2, 3, 17, 29, 33, 44, 49, 75, 126].</p> <p>За даними ВООЗ в економічно розвинених країнах за останні 10 років відмічено зростання дисплазій і омолодження раку ШМ [15, 143, 148]. В світі щорічно реєструється близько 500 тис. випадків раку ШМ, кожний другий із котрих закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу [15, 38, 143, 148].</p> <p>В Україні захворюваність на рак ШМ складає 18 на 100 000 жіночого населення, а по летальності до року від онкозахворювань у жінок репродуктивного віку дана патологія займає перше місце [16, 29].</p> <p>На сучасному етапі в Україні спостерігається епідеміологічна ситуація щодо поширеності та активності сексуально-трансмисивних інфекцій, що негативно впливає на показники захворюваності в т.ч. й на рак ШМ. Особливе місце в структурі захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, займає вірусна інфекція, а саме: вірус простого герпесу і вірус папіломи людини (HPV), які значно поширені та мають високу епітеліотропність. До загальних, типових для вірусних генітальних інфекцій, особливостей епідеміології відносяться: найбільший пік захворюваності в репродуктивному віці, висока частота змішаних інфекцій, здатність до латентного перебування в організмі людини, безсимптомного та атипичного перебігу вірусної інфекції, часта втрата працездатності, порушення загального фізичного та нервово-психічного стану, що призводить до зниження якості життя, порушення соціального статусу та конфліктів в родині [16, 34, 128, 129, 160, 173, 203, 239].</p>
<p><b>С. 11–12.</b></p> <p>Специфічне запалення в ШМ виникає в результаті агресивного впливу різних інфекцій, що передаються статевим шляхом. При цьому ключовою концепцією етіопатогенезу раку ШМ признана вірусна гіпотеза, в якій провідна роль віддається папіломавірусній інфекції, збудником якої є HPV. Для HPV-асоційованих інфекцій ідентифіковані специфічні антигени, серед яких найбільше діагностичне значення мають онкобілки – маркери E6 і E7, які є антигенами Т-клітинної ланки імунної відповіді [110, 114, 231]. Висока контагіозність, широка розповсюдженість та онкогенний потенціал визначають високу значимість HPV, асоційованих із захворюваннями ШМ. Особливістю HPV на даний час є інфікування в юному віці, що обумовлено високою сексуальною активністю молоді, особливо підлітків, пов'язаною перш за все з соціальними проблемами [11, 102, 204, 245].</p>	<p><b>С. 24–25.</b></p> <p>Специфічне запалення в шийці матки виникає в результаті агресивного впливу різних інфекцій, що передаються статевим шляхом. При цьому ключовою концепцією етіопатогенезу раку ШМ признана вірусна гіпотеза, в якій провідна роль віддається папіломавірусній інфекції, збудником якої є HPV. Для HPV-асоційованих інфекцій ідентифіковані специфічні антигени, серед яких найбільше діагностичне значення мають онкобілки – маркери E6 і E7, які є антигенами Т-клітинної ланки імунної відповіді [110, 114, 231]. Висока контагіозність, широка розповсюдженість та онкогенний потенціал визначають високу значимість HPV, асоційованих з захворюваннями ШМ. Особливістю HPV на даний час є інфікування в юному віці, що обумовлено високою сексуальною активністю молоді, особливо підлітків, пов'язаною перш за все з соціальними проблемами [11, 102, 204, 245].</p>
<p><b>С. 12–13.</b></p> <p>Шийка матки разом з маткою утворюються шля-</p>	<p><b>С. 25.</b></p> <p>ШМ, разом з маткою утворюються шляхом злит-</p>

<p>хом злиття мюлерових каналів на 12-16-му тижні внутрішньоутробного розвитку. Виділяють дві анатомічні частини ШМ – піхову і надпіхову. Їхньою границею є лінія прикріплення зводів піхви. Піхова частина ШМ покрита багатошаровим плоским епітелієм товщиною 150-200 мкм [8, 9, 36, 44, 164, 204]. Між м'язовим шаром і багатошаровим плоским епітелієм розташована строма, що складається з пухкої мережі еластичних і колагенових волокон, серед яких знаходяться фібробласти, лімфоцити, кровonosні та лімфатичні судини, нервові закінчення. Строма утворює на своїй поверхні сосочки, що проникають до шарів багатошарового плоского епітелію. У нижній поверхні епітелію ці ж самі стромальні елементи утворюють базальну мембрану, хід якої точно відтворює рельєф сосочків підепітеліальної тканини. За допомогою базальної мембрани здійснюється демаркація тканин і кровопостачання клітин багатошарового плоского епітелію [58, 59, 72, 73, 103].</p> <p>У багатошаровому плоскому епітелії ендocerвіксу розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний і поверхневий [18, 21, 33, 36, 37, 44, 48, 49].</p>	<p>тяд мюлерових каналів на 12-16 тижні внутрішньоутробного розвитку. Виділяють дві анатомічні частини ШМ – піхову і надпіхову. Їхньою границею є лінія прикріплення склепін піхви. Піхова частина ШМ (екзоцервікс) покрита багатошаровим плоским епітелієм товщиною 150 - 200 мкм, що відповідає стадії розвитку епітелію 5-місячного ембріона. [8, 9, 36, 44, 164, 204].</p> <p>Між м'язовим шаром і багатошаровим плоским епітелієм розташована строма, що складається з пухкої мережі еластичних і колагенових волокон, серед яких знаходяться фібробласти, лімфоцити, кровonosні та лімфатичні судини, нервові закінчення. Строма утворює на своїй поверхні сосочки, що проникають до шарів багатошарового плоского епітелію. У нижній поверхні епітелію ці ж стромальні елементи утворюють базальну мембрану, хід якої точно відтворює рельєф сосочків підепітеліальної тканини. За допомогою базальної мембрани здійснюється демаркація тканин і кровопостачання клітин багатошарового плоского епітелію [58, 59, 103].</p> <p>У багатошаровому плоскому епітелії ендocerвіксу розрізняють 4 шари клітин: базальний, парабазальний, проміжний і поверхневий [18, 36, 49].</p>
<b>С. 13.</b>	<b>С. 26.</b>
<p>Ендocerвікс – слизувата оболонка цервікального каналу – вкритий однорядним циліндричним епітелієм, має щілини і поглиблення, що називають цервікальними залозами [44, 58, 59, 204, 226]. Деякі автори вважають, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися резервні (стовбурові) клітини. У фізіологічних умовах менструального циклу резервні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію під впливом гормональних зрушень [37, 50, 87, 199].</p> <p>Основна функція циліндричного епітелію – секреторна [55, 107]. У нормі якість і фізико-хімічні властивості вироблюваного слизуватою секрету залежать від фази менструального циклу. Секрет відіграє важливу роль у заплідненні й є бар'єром для інфекції [127, 151, 153, 197, 199].</p>	<p>Ендocerвікс - слизова оболонка цервікального каналу вкрита однорядним циліндричним епітелієм, має щілини і поглиблення, що називають цервікальними залозами [44, 58, 59, 204, 226]. Деякі автори вважають, що на базальній мембрані під циліндричним епітелієм можуть розташовуватися резервні (стовбурові) клітини. У фізіологічних умовах менструального циклу резервні клітини забезпечують процес регенерації циліндричного епітелію під впливом гормональних зрушень [37, 50, 87, 199].</p> <p>Основна функція циліндричного епітелію - секреторна [55, 107]. У нормі якість і фізико-хімічні властивості вироблюваного слизового секрету залежать від фази менструального циклу. Секрет відіграє важливу роль у заплідненні й є бар'єром для інфекції [127, 151, 153, 197, 199].</p>
<b>С. 13–14.</b>	<b>С. 26–27.</b>
<p>Багатошаровий плоский епітелій піхової частини ШМ досягає зовнішнього маткового зіву і чітко відмежовується від циліндричного епітелію, що вистилає шийковий канал. Стик плоского і циліндричного епітелію зовнішнього зіву ШМ є зоною постійних регенеративних процесів. Проліферативний потенціал циліндричного епітелію перевищує швидкість проліферації багатошарового плоского епітелію. Тому, у випадку ушкодження ШМ, лінія стику, як правило, переміщується в каудальному напрямку, за межі зовнішнього вічка на поверхню піхової частини ШМ [96, 104, 110, 193, 196].</p>	<p>Багатошаровий плоский епітелій піхової частини ШМ досягає зовнішнього маткового зіву і чітко відмежовується від циліндричного епітелію, що вистилає шийковий канал. Стик плоского і циліндричного епітелію зовнішнього зіву ШМ є зоною постійних регенеративних процесів. Проліферативний потенціал циліндричного епітелію перевищує швидкість проліферації багатошарового плоского епітелію. Тому, у випадку ушкодження ШМ, лінія стику, як правило, переміщується в каудальному напрямку, за межі зовнішнього вічка на поверхню піхової частини ШМ. Ектопія є наслідком гіперпластичного процесу і має певний зв'язок з гормональним станом жінки. [96, 104, 110, 193, 196].</p>
<b>С. 14.</b>	<b>С. 27–28.</b>
<p>Порушення анатомічної і функціональної структури ШМ обумовлює зміни характеру слизуватої пробки, що призводить до виникнення запальних захворювань порожнини матки, і, відповідно, підвищує ризик онкологічних трансформацій ендометрію [93, 144, 152, 227, 233].</p> <p>У деяких випадках зміни конфігурації шийкового каналу з розвитком патологічних запальних чи руб-</p>	<p>Порушення анатомічної і функціональної структури ШМ обумовлює зміни характеру слизової пробки, що призводить до виникнення запальних захворювань порожнини матки [93, 144, 152, 227, 233].</p> <p>У деяких випадках зміни конфігурації шийкового каналу з розвитком патологічних запальних чи рубцевих синехій можуть приводити до обструкції ста-</p>

<p>цевих синехій можуть приводити до обструкції статевих шляхів, що спричиняє репродуктивні проблеми [74, 80, 192, 193, 195].</p> <p>Наступною основною функцією шийкового каналу матки є замикаюча, чи утримуюча. Істмічна недостатність досить широко освітлена в літературі та в даний час безперечно доведена значна її роль у невинесенні вагітності в різний термін гестації. Таким чином, ШМ виконує функції м'язового сфінктеру, що обумовлює процес утримання плідного яйця в порожнині матки [67, 167].</p> <p>Означене дозволяє розглядати ШМ як анатомічне утворення складної анатомо-гістологічної побудови, що виконує цілий ряд специфічних функцій, які багато в чому визначають гомеостаз репродуктивної функції жінки.</p>	<p>тєвих шляхів, що спричиняє репродуктивні проблеми [74, 80, 192, 193, 195].</p> <p>Наступною основною функцією шийкового каналу матки є замикаюча, чи утримуюча. Істмічна недостатність досить широко освітлена в літературі та в даний час безперечно доведена значна її роль у невиношуванні вагітності в різний термін гестації. Таким чином, ШМ виконує функції м'язового сфінктеру, що обумовлює процес утримання плідного яйця в порожнині матки [67, 167].</p> <p>Означене дозволяє розглядати ШМ як анатомічне утворення складної анатомо-гістологічної будови, що виконує цілий ряд специфічних функцій, які багато в чому визначають гомеостаз репродуктивної функції жінки.</p>
<p><b>С. 21.</b></p>	<p><b>С. 28.</b></p>
<p>Аналіз даних літератури свідчить, що анатомічна структура ШМ забезпечує її адекватне функціонування та дозволяє адекватно виконувати бар'єрну функцію, для захисту статевого каналу. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування запальних захворювань статевих органів ведуть до хронізації патологічних станів ШМ і стає однією з причин злоякісної трансформації фонових процесів ШМ, порушень дітородної функції, тазового болю, які спричиняють страждання та інвалідизацію жінок у віці соціальної активності [18, 114, 1 39].</p>	<p>Аналіз даних літератури свідчить, що анатомічна структура ШМ забезпечує її адекватне функціонування та дозволяє адекватно виконувати бар'єрну функцію, для захисту статевого каналу. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування запальних захворювань статевих органів ведуть до хронічних патологічних станів ШМ і стає однією з причин злоякісної трансформації фонових процесів ШМ, порушень дітородної функції, тазового болю, які спричиняють страждання та інвалідизацію жінок у віці соціальної активності [18, 114, 139].</p>
<p><b>С. 36.</b></p>	<p><b>С. 40.</b></p>
<p>&lt;...&gt; Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в літературі частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55,0%. За даними ряду авторів, цей метод може сприяти розвитку лейкоплакії ШМ, що пов'язано з порушенням трофіки тканин [49, 188, 211].</p>	<p>Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в літературі частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55 %. За даними ряду авторів, цей метод може сприяти розвитку лейкоплакії ШМ, що пов'язано з порушенням трофіки тканин [49, 188, 211].</p>
<p><b>С. 36–37.</b></p>	<p><b>С. 40–41.</b></p>
<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань ШМ були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. Під дією низьких температур у тканинах відбувається концентрація електролітів, денатурація біомакромолекул, біологічних мембран, ліпідно-протеїнових комплексів, порушення мікроциркуляції та ішемія [245, 209]. Як наслідок цих змін, настає кріонекроз, який формується протягом 1-3 діб. До 8 тижнів шийка матки покривається функціонально повноцінним багат шаровим плоским епітелієм [114, 217]. Кріодеструкцію називають найбільш фізіологічним методом руйнування біологічної тканини. Важливо, що при його застосуванні не проходить теплової денатурації білків і нуклеїнових кислот. Деструкція тут пов'язана з іншими механізмами та обумовлена, в основному, змінами, що проходять з інтра- та позаклітинною рідиною. Відторгнення струпу проходить по мірі регенерації епітелію зі всіх сторін навколо деструктивного вогнища. А при невеликих площах кріодеструкції кріонекроз відходить повністю, а під ним залишається відновлена слизова оболонка [18, 76, 272, 273]. Додатковою перевагою кріогенного мето-</p>	<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань ШМ були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. Під дією низьких температур у тканинах відбувається концентрація електролітів, денатурація біомакромолекул, біологічних мембран, ліпідно-протеїнових комплексів, порушення мікроциркуляції та ішемія [209, 245]. Як наслідок цих змін, настає кріонекроз, який формується протягом 1-3 діб. До 8 тижнів шийка матки покривається функціонально повноцінним багат шаровим плоским епітелієм [114, 217]. Кріодеструкцію називають найбільш фізіологічним методом руйнування біологічної тканини. Важливо, що при його застосуванні не проходить теплової денатурації білків і нуклеїнових кислот. Деструкція тут пов'язана з іншими механізмами та обумовлена, в основному, змінами, що проходять з інтра- та позаклітинною рідиною. Відторгнення струпу проходить по мірі регенерації епітелію зі всіх сторін навколо деструктивного вогнища. А при невеликих площах кріодеструкції кріонекроз відходить повністю, а під ним залишається відновлена слизова оболонка [18, 76, 272, 273]. Додатковою перевагою кріогенного мето-</p>

<p>ду є неболючість, безкровність, можливість проведення процедури в будь-яку фазу менструального циклу, відсутність склеротичних і атрофічних процесів ШМ, безпечність для лікаря і хворої, невисока вартість обладнання, а також те, що кріотерапія не викликає склерозу та деформації ШМ, не викликає негативного впливу на процес розкриття під час пологів [181]. Девіталізована холодом, патологічно змінена тканина залишається в контакт з організмом. Наслідком цього є стимуляція специфічної імунної відповіді, запускається механізм протипухлинного, протівірусного, антимікробного, проти-грибкового імунітету [117, 167, 195, 232]. Вказаний метод поєднує у собі радикалізм терапії фонових та передракових процесів зі стимуляцією регенераційних властивостей тканин, його використання в клінічній практиці дозволило знизити частоту ускладнень в порівнянні з іншими методами лікування патології ШМ [33, 114, 178, 190, 230, 251].</p>	<p>ду є неболючість, безкровність, можливість проведення процедури в будь-яку фазу менструального циклу, відсутність склеротичних і атрофічних процесів ШМ, безпечність для лікаря і хворої, невисока вартість обладнання, а також те, що кріотерапія не викликає склерозу та деформації ШМ, не викликає негативного впливу на процес розкриття під час пологів [181]. Девіталізована холодом, патологічно змінена тканина залишається в контакт з організмом. Наслідком цього є стимуляція специфічної імунної відповіді, запускається механізм протипухлинного, протівірусного, антимікробного, проти-грибкового імунітету [117, 167, 195, 232]. Вказаний метод поєднує у собі радикалізм терапії фонових та передракових процесів зі стимуляцією регенераційних властивостей тканин, його використання в клінічній практиці дозволило знизити частоту ускладнень в порівнянні з іншими методами лікування патології ШМ [33, 114, 178, 190, 230, 251].</p>
<p><b>С. 37–38.</b></p>	<p><b>С. 41.</b></p>
<p>G. Siddiqui та співавтори також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження [169]. На відміну від діатермомолікування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття ШМ в пологах [148, 169, 181]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією ШМ за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі, часто виникає загроза передчасних пологів [114, 277]. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ, після проведеного лікування, зустрічаються у 6-87% пацієнток [181, 296]. Слід зазначити, що після кровопливу, як і після діатермокоагуляції ШМ, стик багат шарового плоского і циліндричного епітелію може переміститися в цервікальний канал вище зовнішнього маткового зіву, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі [114].</p> <p><b>Николишин скопіювала чужий текст разом із покликанням [296]. Це покликання фальшиве, оскільки «Список використаних джерел» у дисертації Николишин містить лише 281 найменування. Плагіат.</b></p>	<p>Siddiqui G. et al. також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження [169]. На відміну від діатермомолікування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття ШМ в пологах [148, 169, 181]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією ШМ за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі, часто виникає загроза передчасних пологів [114, 277]. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ, після проведеного лікування, зустрічаються у 6-87 % пацієнток [181, 296]. Слід зазначити, що після кровопливу, як і після діатермокоагуляції ШМ, стик багат шарового плоского і циліндричного епітелію може переміститися в цервікальний канал вище зовнішнього маткового зіву, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі [114].</p>
<p><b>С. 38.</b></p>	<p><b>С. 42.</b></p>
<p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань ШМ, які не завдають травматичного впливу на тканини ШМ. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в зміненій тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації ШМ. Ефективність даного методу складає 88,9% при лікуванні доброякісних захворювань ШМ [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів ШМ</p>	<p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань ШМ, які не завдають травматичного впливу на тканини ШМ. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в зміненій тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,10 % хворих і полягають у неповній епітелізації ШМ. Ефективність даного методу складає 88,90 % при лікуванні доброякісних захворювань ШМ [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних ста-</p>

у пацієнок репродуктивного вік, які не народжували [154, 231, 276].	нів ШМ у пацієнок репродуктивного вік, які не народжували [154, 231, 276].
<b>С. 38–39.</b>	<b>С. 42.</b>
В.М. Прилепская (2013), аналізуючи причини недостатньої ефективності застосованих методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального (індивідуального) підходу, де має бути враховано не тільки вплив на джерело ектопії, але і на весь організм в цілому [15].	Прилепська В.М., аналізуючи причини недостатньої ефективності застосованих методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального (індивідуального) підходу, де має бути враховано не тільки вплив на джерело ектопії, але і на весь організм в цілому [105].
<b>С. 39.</b>	<b>С. 42–43.</b>
Найбільш вивчено протизапальне лікування, визначено його місце та ефективність. Позитивний клінічний ефект відмітили у 17-90% випадків. Крім того, протизапальне лікування може бути варіантом самостійної терапії доброякісних та передракових станів ШМ запального генезу [33, 43, 105]. Протизапальна терапія при захворюваннях ШМ передбачає застосування антибіотикотерапії в різних варіантах. При інфекціях, що передаються статевим шляхом, антибактеріальна терапія проводиться з допомогою синдромного підходу [18, 38, 124]. Застосування біостимуляторів дискусійне, особливо, при наявності проліферації епітелію та ризику її посилення. Крім парентерального введення, біостимулятори використовуються у вигляді емульсії та жирових апікацій на патологічне вогнище, в основному, в період реабілітації після де-струкції [41, 122].	Найбільш вивчено протизапальне лікування, визначено його місце та ефективність. Позитивний клінічний ефект відмітили у 17-90 % випадків. Крім того, протизапальне лікування може бути варіантом самостійної терапії доброякісних та передракових станів ШМ запального генезу [33, 43, 105]. Протизапальна терапія при захворюваннях ШМ передбачає застосування антибіотикотерапії в різних варіантах. При інфекціях, що передаються статевим шляхом, антибактеріальна терапія проводиться з допомогою синдромного підходу [18, 38, 124]. Застосування біостимуляторів дискусійне, особливо, при наявності проліферації епітелію та ризику її посилення. Крім парентерального введення, біостимулятори використовуються у вигляді емульсії та жирових апікацій на патологічне вогнище, в основному, в період реабілітації після де-струкції [41, 122].
<b>С. 39–41.</b>	<b>С. 43–44.</b>
До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів ШМ також відноситься лазерна хірургія [175, 192, 193, 199, 200, 204]. Лазери – оптичні квантові генератори, що викликають індуковане електромагнітне випромінювання атомів активного середовища. У всіх випадках вплив лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі (в точці), за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння «лазерних ран» відбувається швидко за рахунок зменшення лейкоцитарної інфільтрації, що виникає при формуванні лазерного дефекту тканин. Епітелізація ШМ відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування, не супроводжується масивним виділенням секрету [205, 206, 213, 218, 219]. Як правило, опромінення ШМ променем лазера не супроводжується больовими відчуттями. Післяопераційна кровотеча, що вимагає лікарської допомоги, після лазерної вапоризації – досить рідкісне ускладнення (2,3%), оскільки дане ускладнення може виникнути при випаровуванні тканин на глибину понад 3 мм. Однак, у роботах ряду дослідників, лазерний вплив при лікуванні ендометріозу ШМ описується як абсолютно безкровна процедура при глибині впливу 2-5 мм [227, 225]. Значно частіше зустрічається кровотеча після лазерної ексцизії ШМ (5-10%), але не раніше 6-го і не пізніше 20-го дня після операції. До одних з рідкісних ускладнень даного виду лікування відноситься стеноз цервікального каналу (1,5%), який поширюється, звичайно, тільки на область зовнішнього зіву. Ризик виникнення стенозу вище у жінок з оліго – або аменореєю, в пременопаузі, а також у жінок, що приймають з контрацептивною метою парентеральні прогестагенні засоби. Крім цього, для лікування	До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів ШМ також відноситься лазерна хірургія [175, 192, 193, 199, 200, 204]. Лазери – оптичні квантові генератори, що викликають індуковане електромагнітне випромінювання атомів активного середовища. У всіх випадках вплив лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі (в точці), за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння «лазерних ран» відбувається швидко за рахунок зменшення лейкоцитарної інфільтрації, що виникає при формуванні лазерного дефекту тканин. Епітелізація ШМ відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування, не супроводжується масивним виділенням секрету [205, 206, 213, 218, 219]. Як правило, опромінення ШМ променем лазера не супроводжується больовими відчуттями. Післяопераційна кровотеча, що вимагає лікарської допомоги, після лазерної вапоризації – досить рідкісне ускладнення (2,3 %), оскільки дане ускладнення може виникнути при випаровуванні тканин на глибину понад 3 мм. Однак, у роботах ряду дослідників, лазерний вплив при лікуванні ендометріозу ШМ описується як абсолютно безкровна процедура при глибині впливу 2-5 мм [225, 227]. Значно частіше зустрічається кровотеча після лазерної ексцизії ШМ (5-10 %), але не раніше 6-го і не пізніше 20-го дня після операції. До одних з рідкісних ускладнень даного виду лікування відноситься стеноз цервікального каналу (1,5 %), який поширюється, звичайно, тільки на область зовнішнього зіву. Ризик виникнення стенозу вище у жінок з оліго – або аменореєю, в пременопаузі, а також у жінок, що приймають з контрацептивною метою парентеральні прогестагенні засоби. Крім цього, для лікування

<p>СО-лазером характерне післяопераційне рубцювання підлягаючої тканини, що, очевидно, може в подальшому призвести до аномалій родової діяльності у пацієнок з лазеровапоризацією або – конізацією в анамнезі [220, 221, 256, 257]. Також, в літературі є дані, що лазерна конізація ШМ пов'язана з ризиком передчасних пологів [112, 164]. В цілому ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі – 1,2-12,0% [148, 251]. Частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після лікування лазером досягає 17,1-66,7% [148, 156]. Ефективність використання лазерів при комбінованій терапії папіломовірусної інфекції ШМ становить 80,0-96,6% [114, 148, 212].</p>	<p>СО-лазером характерне післяопераційне рубцювання підлягаючої тканини, що, очевидно, може в подальшому призвести до аномалій родової діяльності у пацієнок з лазеровапоризацією або – конізацією в анамнезі [220, 221, 256, 257]. Також, в літературі є дані, що лазерна конізація ШМ пов'язана з ризиком передчасних пологів [112, 164]. В цілому ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі – 1-12% [148, 251]. Частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після лікування лазером досягає 17-66,70% [148, 156]. Ефективність використання лазерів при комбінованій терапії папіломовірусної інфекції ШМ становить 80-96,60% [114, 148, 212].</p>
<p><b>С. 41.</b></p>	<p><b>С. 44–45.</b></p>
<p>Одним з радикальних методів лікування фонових та передпухлинних захворювань ШМ є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії ШМ, при післяпологових розривах [18, 114]. Слід зазначити, що випадки не різко вираженої рубцевої деформації ШМ представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70,0-90,0% випадків ектропіон з неглибокими розривами розцінюється як ектопія, тому діагностичні помилки в подальшому призводять до тривалого, малоефективного лікування. Так, в літературі зазначено, що у 36,7-51,0% жінок з рубцевою деформацією ШМ проводилась діатермокоагуляція, кріодеструкція або СО<sub>2</sub>-лазеровапоризація поряд з тривалим консервативним лікуванням псевдоерозії ШМ. Ефективність хірургічного лікування складає 98,5% [114].</p> <p>Таким чином, діатермокоагуляція, кріодеструкція чи вплив СО<sub>2</sub>-лазером, а також хірургічний метод забезпечують радикальне руйнування або видалення патологічного осередку на шийці матки в межах здорових тканин і стійке одужання до 95% хворих [38, 70, 104, 134, 177, 217].</p>	<p>Одним з радикальних методів лікування фонових та передпухлинних захворювань ШМ є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії ШМ, при післяпологових розривах [18, 114]. Слід зазначити, що випадки не різко вираженої рубцевої деформації ШМ представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70-90% випадків ектропіон з неглибокими розривами розцінюється як ектопія, тому діагностичні помилки в подальшому призводять до тривалого, малоефективного лікування. Так, в літературі зазначено, що у 36,7-51% жінок з рубцевою деформацією ШМ проводилась діатермокоагуляція, кріодеструкція або СО<sub>2</sub> – лазеровапоризація поряд з тривалим консервативним лікуванням псевдоерозії ШМ. Ефективність хірургічного лікування складає 98,50% [114].</p> <p>Таким чином, діатермокоагуляція, кріодеструкція чи вплив СО<sub>2</sub> – лазером, а також хірургічний метод забезпечують радикальне руйнування або видалення патологічного осередку на шийці матки в межах здорових тканин і стійке одужання до 95% хворих [38, 70, 104, 134, 177, 217].</p>
<p><b>С. 41–42.</b></p>	<p><b>С. 45.</b></p>
<p>Всі перераховані методи дозволяють зберегти репродуктивну, менструальну функції жіночого організму. Деякими перевагами володіють методики кріодеструкції або лазеровапоризації, тому що після лікування цими методами епітелізація поверхні рани завершується через 6 тижнів. Перевагою діатермоконізації є можливість отримати тканину для гістологічного дослідження, тому цю процедуру можна використовувати не тільки для лікування, але і для діагностики, що неможливо при кріодеструкції або лазерній вапоризації. При використанні лазера або холодагента спостерігається безболісність і безкровність процедури. Однак, при кріодеструкції пацієнок тривалий час турбує гідрорея, що негативно позначається на якості життя хворих в післяопераційному періоді.</p>	<p>Всі перераховані методи дозволяють зберегти репродуктивну, менструальну функції жіночого організму. Деякими перевагами володіють методики кріодеструкції або лазеровапоризації, тому що після лікування цими методами епітелізація поверхні рани завершується через 6 тижнів. Перевагою діатермоконізації є можливість отримати тканину для гістологічного дослідження, тому цю процедуру можна використовувати не тільки для лікування, але і для діагностики, що неможливо при кріодеструкції або лазерній вапоризації. При використанні лазера або холодагента спостерігається безболісність і безкровність процедури. Однак, при кріодеструкції пацієнок тривалий час турбує гідрорея, що негативно позначається на якості життя хворих в післяопераційному періоді.</p>
<p><b>С. 42.</b></p>	<p><b>С. 45–46.</b></p>
<p>Існують комбіновані методи лікування захворювань ШМ: діатермокріодеструкція, електроножева або ножева конізація з обробкою раневої поверхні променем високоінтенсивного СО<sub>2</sub>-лазера, кріоультразвукова методика, комбінація кріодеструкції з лазерною дією. Комбіновані методи не завжди широко поширені з різних причин: складність виконання, дороговизна, хоча автори вказують на високу ефективність, особливо, при окремих видах захворювань ШМ [80, 209, 221]. Вибір методу ліку-</p>	<p>Існують комбіновані методи лікування захворювань ШМ: діатермокріодеструкція, електроножева або ножева конізація з обробкою раневої поверхні променем високоінтенсивного СО<sub>2</sub>-лазера, кріоультразвукова методика, комбінація кріодеструкції з лазерною дією. Комбіновані методи не завжди широко поширені – з різних причин – складність виконання, дорожнеча, хоча автори вказують на високу ефективність, особливо, при окремих видах захворювань ШМ [80, 209, 221]. Вибір методу ліку-</p>

<p>вання слід проводити індивідуально, враховуючи тяжкість процесу, планування попереднього лікування, соціальні фактори. Диференційований підхід до вибору методу лікування дозволяє покращити результати лікування та, тим самим, знизити рецидиви та частоту онкопатології [18, 113, 114, 123].</p>	<p>вання слід проводити індивідуально, враховуючи тяжкість процесу, планування попереднього лікування, соціальні фактори. Диференційований підхід до вибору методу лікування дозволяє покращити результати лікування та, тим самим, знизити рецидиви та частоту онкопатології [18, 113, 114, 123].</p>
<p><b>С. 42–43.</b></p>	<p><b>С. 46.</b></p>
<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнтка у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань ШМ. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань ШМ. Наприклад, запропоновані кріоультразвуковою метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодуючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>	<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнтка у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань ШМ. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань ШМ. Наприклад, запропоновані кріоультразвуковий метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодуючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>
<p><b>С. 43.</b></p>	<p><b>С. 46–47.</b></p>
<p>Відсутність чітких уявлень про причини і механізми виникнення доброякісних захворювань ШМ призводить до неадекватного, невиправдано агресивного застосування тих або інших методів лікування. Крім того, питання консервативного фармако-терапевтичного лікування при патології ШМ недостатньо висвітлені в літературі [21, 114, 223, 224, 233].</p> <p>Проте, всі методи супроводжуються значним числом ускладнень. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ зустрічаються у половині випадків, а це зумовлює пошук нових, більш сприятливих методів лікування.</p> <p>Сучасні методи деструкції ШМ (кріогенна, лазерна, плазмова, радіохвильова), розроблені в останні 5-15 років, прийшли на зміну діатермоелектрохірургії. Поряд з тим, не дивлячись на їх прогресивність, новизну, лікувальний ефект, вони не є без певних недоліків, а саме: сприяють розвитку ускладнень – непліддя, розривів ШМ в пологах, «синдрому коагульованої ШМ», ендометріозу [234, 235, 241-243, 271].</p>	<p>Відсутність чітких уявлень про причини і механізми виникнення доброякісних захворювань ШМ призводить до неадекватного, невиправдано агресивного застосування тих або інших методів лікування. Крім того, питання консервативного фармако-терапевтичного лікування при патології ШМ недостатньо висвітлені в літературі [21, 114, 223, 224, 233].</p> <p>Проте, всі методи супроводжуються значним числом ускладнень. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ зустрічаються у 50 % випадків, а це зумовлює пошук нових, більш сприятливих методів лікування.</p> <p>Сучасні методи деструкції ШМ (кріогенна, лазерна, плазмова, радіохвильова) розроблені в останні 5-15 років, прийшли на зміну діатермоелектрохірургії. Поряд з тим, не дивлячись на їх прогресивність, новизну, лікувальний ефект, вони не є без певних недоліків, а саме: сприяють розвитку ускладнень - непліддя, розривів ШМ в пологах, «синдрому коагульованої ШМ», ендометріозу [234, 235, 241-243, 271].</p>
<p><b>С. 43–44.</b></p>	<p><b>С. 47.</b></p>
<p>Це обумовлює значний інтерес клініцистів до пошуку нових ефективних та безпечних методів лікування ектопії ШМ. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу та плазмової хірургії [67, 82, 83, 140, 229, 252].</p>	<p>Це обумовлює значний інтерес клініцистів до пошуку нових ефективних та безпечних методів лікування ектопії ШМ. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу та плазмової хірургії [67, 82, 83, 140, 229, 252].</p>
<p><b>С. 44.</b></p>	<p><b>С. 47.</b></p>
<p>Метод радіохірургії [79, 102, 109, 110], який в останнє десятиріччя отримав широку популярність. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного», електроду і викликає викид внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фак-</p>	<p>Метод радіохірургії [79, 102, 109, 111], який в останнє десятиріччя отримав широку популярність. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного», електроду і викликає викид внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фак-</p>



<p>тично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням післяопераційних ран і низьким відсотком післяопераційних ускладнень [79, 140, 229, 275]. При використанні радіоножа загальна структура тканини зберігається, що є важливим для морфологічного дослідження [109]. Повна епітелізація післяопераційної рани відбувається в середньому на 28-40 добу [140]. Ефективність даного методу лікування доброякісних захворювань ШМ, за даними різних авторів, дорівнює 86,3-97,7% [102, 110].</p>	<p>тично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням післяопераційних ран і низьким відсотком післяопераційних ускладнень [79, 140, 229, 275]. При використанні радіоножа загальна структура тканини зберігається, що є важливим для морфологічного дослідження [109]. Повна епітелізація післяопераційної рани відбувається в середньому на 28-40 добу [140]. Ефективність даного методу лікування доброякісних захворювань ШМ, за даними різних авторів, дорівнює 86-97,7 % [102, 110].</p>
<p><b>С. 44–45.</b></p>	<p><b>С. 47–48.</b></p>
<p>Ефект розрізу – радіосекція, досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі, який тканини роблять проникненню височастотних радіохвиль (3,8 МГц), за допомогою хірургічного електроду. В результаті цього: сильно сконцентрована енергія на кінці електроду підвищує утворення молекулярної енергії усередині кожної клітини, яка, руйнуючись, викликає нагрівання тканини і фактично випаровує клітини. Кількість теплоти залежить від часу контакту з тканиною, розміру електроду і форми хвилі [162]. Оптимальною технікою розрізу є дія на ділянці від 5-8 мм за 1 секунду. Для ексцизії, розрізу і коагуляції використовуються петлеві і скальпельні електроди.</p> <p>Перевагами радіохірургії є швидкість лікування; безрубцове загоєння ран, мінімальна інтраопераційна та постопераційна больова реакція, Відсутність крововтрати, прискорене загоєння [79, 109, 110, 159, 184, 231].</p>	<p>Ефект розрізу - радіосекція, досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі, який тканини роблять проникненню височастотних радіохвиль (3,8 МГц), за допомогою хірургічного електроду. В результаті цього: сильно сконцентрована енергія на кінці електроду підвищує утворення молекулярної енергії усередині кожної клітини, яка, руйнуючись, викликає нагрівання тканини і фактично випаровує клітини. Кількість теплоти залежить від часу контакту з тканиною, розміру електроду і форми хвилі [162]. Оптимальною технікою розрізу є дія на ділянці від 5-8 мм за 1 секунду. Для ексцизії, розрізу і коагуляції використовуються петлеві і скальпельні електроди.</p> <p>Перевагами радіохірургії є: швидкість лікування, мінімальна інтраопераційна та постопераційна больова реакція, відсутність крововтрати, прискорене загоєння [79, 109, 111, 159, 184, 231].</p>
<p><b>С. 45.</b></p>	<p><b>С. 48.</b></p>
<p>Проведення процедури біопсії ШМ представляє певну проблему для лікаря амбулаторної практики. Традиційно вона виконується щипцями біопсії або їх різновидом – кінхотомом. Незважаючи на протести онкологів, необхідну ножову біопсію в амбулаторних умовах, навіть за наявності операційної, виконати технічно дуже важко, а госпіталізувати тих, що усіх, що потребують біопсії нереально. Ситуація міняється, якщо у відділенні (жіночій консультації) є радіохвильовий скальпель. Американської фірми «Ellman International, inc.» (США) вдалося створити прилад, який не викликає глибокого ураження тканини. Прилад «Сургитрон™» здійснює атравматичний розріз і коагуляцію тканин, при цьому після операції відсутні набряк і больові відчуття. Метод радіохірургії дозволяє здійснювати безконтактний розріз тканин, який досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі тканин височастотним радіохвилям (3,8 МГц), що і забезпечує мікроскопічно рівний розріз [110].</p>	<p>Проведення процедури біопсії ШМ представляє певну проблему для лікаря амбулаторної практики. Традиційно вона виконується щипцями біопсії або їх різновидом - кінхотомом. Незважаючи на протести онкологів, необхідну ножову біопсію в амбулаторних умовах, навіть за наявності операційної, виконати технічно дуже важко, а госпіталізувати тих, що усіх, що потребують біопсії нереально. Ситуація міняється, якщо у відділенні (жіночій консультації) є радіохвильовий скальпель. Американської фірми «Ellman International, inc.» (США) вдалося створити прилад, який не викликає глибокого ураження тканини. Прилад «Сургитрон™» здійснює атравматичний розріз і коагуляцію тканин, при цьому після операції відсутні набряк і больові відчуття. Метод радіохірургії дозволяє здійснювати безконтактний розріз тканин, який досягається за допомогою тепла, що виділяється при опорі тканин височастотним радіохвилям (3,8 МГц), що і забезпечує мікроскопічно рівний розріз [111].</p>
<p><b>С. 45–46.</b></p>	<p><b>С. 48–49.</b></p>
<p>Автори вказують, що в процесі роботи і придбанні певних навичок, радіохірургічна ексцизія стає рутинною процедурою і займає не більше 10 хвилин із повним збереженням працездатності. Через 10-14 днів відбувається відторгнення струпа, що може супроводжуватися кров'яними виділеннями, про які пацієнтка має бути попереджена. В деяких випадках проводиться додаткова коагуляція судин, що кровоточать, кульковим електродом. Метод радіохірургії, що використовує різальні властивості радіохвиль, нівелює недоліки електрохірургічного методу, проте зберігає радикалізм із</p>	<p>Автори вказують, що в процесі роботи і придбанні певних навичок, радіохірургічна ексцизія стає рутинною процедурою і займає не більше 10 хвилин із повним збереженням працездатності. Через 10-14 днів відбувається відторгнення струпа, що може супроводжуватися кров'яними виділеннями, про які пацієнтка має бути попереджена. В деяких випадках проводиться додаткова коагуляція судин, що кровоточать, кульковим електродом. Метод радіохірургії, що використовує різальні властивості радіохвиль, нівелює недоліки електрохірургічного методу, проте зберігає радикалізм із</p>

	обмеженням глибини дії [79, 109, 231].	обмеженням глибини дії [79, 109, 231].
	<b>С. 46.</b>	<b>С. 49.</b>
	<p>Сургітрон зарекомендував себе вдалим технологічним рішенням: за рахунок L хвилі (3,8 МГц) і різних робочих режимів, великої кількості електродів, що дозволяє проводити різноманітні операції, незалежно від величини, площі і глибини патологічного процесу. Прилад має 5 режимів роботи: «розріз», «розріз і коагуляція», «коагуляція», «фульгурація» і біполярний режим. Розріз робиться без тиску на ті, що підлягають тканині, що запобігає їх ушкодженню і радіоопікам. Поверхнєве припікання здійснюється в режимі «коагуляція», а при необхідності глибшої дії використовується режим «фульгурація». Кулькові електроди використовують для коагуляції. Для фульгурації і розтину застосовують голчасті електроди. Встановлено, що товщина глибини некрозу після дії апаратом Сургітрон складає всього 0,05 мм [110].</p> <p>Особливою гідністю радіоексцизії на апараті Сургітрон є стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль, що дозволяє використати його при лікуванні стійкого ендocerвіциту [110].</p>	<p>Сургітрон зарекомендував себе вдалим технологічним рішенням: за рахунок L хвилі (3,8 МГц) і різних робочих режимів, великої кількості електродів, що дозволяє проводити різноманітні операції, незалежно від величини, площі і глибини патологічного процесу. Прилад має 5 режимів роботи: «розріз», «розріз і коагуляція», «коагуляція», «фульгурація» і «біполярний режим». Розріз робиться без тиску на ті, що підлягають, тканини, що запобігає їх ушкодженню і радіоопікам. Поверхнєве припікання здійснюється в режимі «коагуляція», а при необхідності глибшої дії використовується режим «фульгурація». Кулькові електроди використовують для коагуляції. Для фульгурації і розтину застосовують голчасті електроди. Встановлено, що товщина глибини некрозу після дії апаратом Сургітрон складає всього 0,05 мм [111].</p> <p>Особливою гідністю радіоексцизії на апараті Сургітрон є стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль, що дозволяє використати його при лікуванні стійкого ендocerвіциту [111].</p>
	<b>С. 46–47.</b>	<b>С. 49–50.</b>
	<p>Спектр застосування радіохвильової хірургії в гінекології досить широкий, особливо слід зазначити те, що в цій процедурі виходить практично не пошкоджена тканина, що підлягає, на відміну від матеріалу після діатермоелектроексцизії, будь-яким морфологічним дослідженням. Радіохірургічний метод лікування захворювань ШМ удвічі скорочує терміни епітелізації, при цьому зберігається з'єднувальнотканинна строма ШМ [79, 110, 216].</p>	<p>Спектр застосування радіохвильової хірургії в гінекології досить широкий, особливо слід зазначити те, що в цій процедурі виходить практично не пошкоджена тканина, що підлягає, на відміну від матеріалу після діатермоелектроексцизії, будь-яким морфологічним дослідженням. Радіохірургічний метод лікування захворювань ШМ удвічі скорочує терміни епітелізації, при цьому - зберігається з'єднувальнотканинна строма ШМ [79, 111, 216].</p>
	<b>С. 47.</b>	<b>С. 50.</b>
	<p>На думку авторів, широке впровадження радіохірургії в лікування доброякісних захворювань ШМ і піхви, безумовно, сприятиме підвищенню ефективності лікування цих патологічних станів в амбулаторній гінекології, дозволить зменшити число хворих, що госпіталізуються, розширює спектр послуг, що робляться, жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацездатності і заслуговує найширшого поширення [79, 180, 184, 216, 231].</p> <p>Отримані результати дозволяють стверджувати, що при правильному застосуванні приладу операція атравматична і ризик появи рубцевої тканини мінімальний в порівнянні з іншими методами.</p> <p>Застосування радіохірургічного приладу Сургітрон дозволяє скоротити число хворих, що госпіталізують, розширює спектр послуг, що робляться жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацездатності, зменшує дискомфорт пацієнтка і робить дуже ефективним проведення ряду гінекологічних втручань [156].</p> <p>Універсальність приладу і надійність при експлуатації роблять необхідним застосування радіохірургії в якості універсальної методики в гінекологічній практиці.</p> <p>Диференційований підхід до методу радіохвильового впливу на патологічний осередок передбачає оцінку площі і глибини останнього [159].</p> <p>Основною відмінністю методу є відсутність необхідності в попередньому гістологічному дослідженні, оскільки увесь видалений препарат придатний для морфологічної оцінки.</p>	<p>На думку авторів, широке впровадження радіохірургії в лікування доброякісних захворювань ШМ і піхви, безумовно, сприятиме підвищенню ефективності лікування цих патологічних станів в амбулаторній гінекології, дозволить зменшити число хворих, що госпіталізуються, розширює спектр послуг, що робляться, жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацездатності і заслуговує найширшого поширення [79, 180, 184, 216, 231].</p> <p>Отримані результати дозволяють стверджувати, що при правильному застосуванні приладу операція атравматична і ризик появи рубцевої тканини мінімальний в порівнянні з іншими методами. Застосування радіохірургічного приладу Сургітрон дозволяє скоротити число хворих, що госпіталізують, розширює спектр послуг, що робляться жінкам в амбулаторних умовах, знижує рівень непрацездатності, зменшує дискомфорт пацієнтки і робить дуже ефективним проведення ряду гінекологічних втручань [156]. Універсальність приладу і надійність при експлуатації роблять необхідним застосування радіохірургії в якості універсальної методики в гінекологічній практиці.</p> <p>Диференційований підхід до методу радіохвильового впливу на патологічний осередок передбачає оцінку площі і глибини останнього [159].</p> <p>Основною відмінністю методу є відсутність необхідності в попередньому гістологічному дослідженні, оскільки увесь видалений препарат придатний для морфологічної оцінки.</p>
	<b>С. 48.</b>	<b>С. 51.</b>

<p>Показана висока ефективність запропонованого поєднаного застосування петлевого, пунктурного і конізаційного способів впливу при множинних вогнищах лейкоплакії [230, 231, 267, 279].</p> <p>На думку авторів, гідність радіохірургічного методу – відсутність термічного компонента, що викликає ушкодження, що скорочує терміни загоєння і запобігає розвитку термічних запальних змін в тканинах, дає чудовий косметичний результат. Після операції утворюється слизова цервікальна пробка, що має захисні властивості. На відміну від усіх існуючих методів лікування, окрім традиційної хірургії, радіохвильовий метод дозволяє піддавати гістологічному дослідженню увесь видалений матеріал [262].</p>	<p>Показана висока ефективність запропонованого поєднаного застосування петлевого, пунктурного і конізаційного способів впливу при множинних вогнищах лейкоплакії [230, 231, 267, 279].</p> <p>На думку авторів, перевага радіохірургічного методу - відсутність термічного компонента, що викликає ушкодження, що скорочує терміни загоєння і запобігає розвитку термічних запальних змін в тканинах, дає чудовий косметичний результат. Після операції утворюється слизова цервікальна пробка, що має захисні властивості. На відміну від усіх існуючих методів лікування, окрім традиційної хірургії, радіохвильовий метод дозволяє піддавати гістологічному дослідженню увесь видалений матеріал [262].</p>
<p><b>С. 48–49.</b></p>	<p><b>С. 52.</b></p>
<p>Застосування радіохірургії у поєднанні з лазерною дією в хірургічній корекції фонових і передракових захворювань шийки матки є високоефективним і доступним методом хірургічного лікування і дозволяє поліпшити найближчі і віддалені результати [180].</p> <p>Аргоноплазмозна коагуляція (АПК), як метод монополярного високочастотного впливу на тканини, за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів [26, 67, 189].</p> <p>Суть методики АПК полягає в наступному: енергія струму високої частоти передається на тканину безконтактним способом, з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги [67, 83, 164, 177, 194].</p>	<p>Застосування радіохірургії у поєднанні з лазерною дією в хірургічній корекції фонових і передракових захворювань ШМ є високоефективним і доступним методом хірургічного лікування і дозволяє поліпшити найближчі і віддалені результати [180].</p> <p>Аргоноплазмозна коагуляція (АПК), як метод монополярного високочастотного впливу на тканини, за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів [26, 67, 189]. Суть методики АПК полягає в наступному: енергія струму високої частоти передається на тканину безконтактним способом, з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги [67, 83, 164, 177, 194].</p>
<p><b>С. 53.</b></p>	<p><b>С. 57.</b></p>
<p>Стан проблеми патології ШМ на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає і робить актуальними <b>поглиблене</b> дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування фонових і передракових процесів ШМ у вагітних.</p> <p>Таким чином, аналіз даних літератури свідчить, що дотепер, проблема патології ШМ є актуальною. &lt;...&gt;</p>	<p>Таким чином, аналіз даних літератури свідчить, що дотепер, проблема патології ШМ є актуальною. Стан проблеми патології ШМ на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає <b>до поглибленого</b> дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування патологічних процесів ШМ. &lt;...&gt;</p>
<p><b>С. 53–54.</b></p>	<p><b>С. 57.</b></p>
<p>Стан проблеми патології ШМ на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає і робить актуальними <b>поглиблене</b> дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування патологічних процесів ШМ у жінок, які знаходяться на лікуванні безпліддя, зокрема методами допоміжних репродуктивних технологій.</p> <p>Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань ШМ пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання.</p> <p><b>Речення «Стан проблеми патології ШМ...» з незначним доповненням повторюється другий раз на тій самій сторінці 53. Плагіат.</b></p>	<p>Таким чином, аналіз даних літератури свідчить, що дотепер, проблема патології ШМ є актуальною. Стан проблеми патології ШМ на сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології спонукає <b>до поглибленого</b> дослідження механізмів патогенезу та удосконалення профілактики, діагностики і лікування патологічних процесів ШМ. Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань ШМ пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання.</p>

	<b>С. 55–56.</b>	<b>С. 60.</b>
	<p>Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою височастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються височастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі, який здійснюють тканини проникненню височастотної радіохвилі. Височастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів. Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцове загоєння тканин.</p> <p>Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутність стенозування й облітерація цервікального каналу.</p>	<p>Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним як частина преградиварної підготовки. Це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою височастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються височастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі, який здійснюють тканини проникненню височастотної радіохвилі. Височастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів. Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцове загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології шийки матки. Також важливою перевагою методу є практично відсутність стенозування й облітерація цервікального каналу.</p>
3	<p><b>Николишин С. М.</b>  <b>Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів оперативного лікування патології шийки матки.</b>  Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015.  (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a>)</p>	<p><b>Юнгер В. І., Макачук О. М.</b>  <b>Фонові процеси шийки матки: деякі патогенетичні аспекти проблеми та сучасні методи лікування</b> // Архів клінічної медицини. – 2010. – № 1. – С. 14–18.  (<a href="http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2010_1_5">http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2010_1_5</a>)</p>
	<b>С. 35–36.</b>	<b>С. 16.</b>
	<p>Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,7-97,0% хворих [18, 38, 113, 114]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини. Так, за даними різних авторів, частота ускладнень досягає 6,2-50,0% [27, 114, 187, 198, 212]. До таких ускладнень відносять кровотечу (15,0%), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і стриктури цервікального каналу (40,1%), утворення грубих рубців, ендометріоз ШМ (46,3-55,0%), субепітеліальні гематоми (80,1%), загострення запальних захворювань придатків [18, 210, 179, 216]. Крім цих ускладнень, після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток. Так, безпліддя після проведеного лікування діагностується у 3,3% пацієнток, що обумовлено порушенням анатомо-функціональної цілісності ШМ [4, 114, 181, 244, 281]. У 20,0-24,0% спостережень зустрічаються викидні, що, як правило, пов'язане з істміко-цервікальною недостатністю, яка може розвиватися після діатермоконізації. Багато дослідників рекомендують вагітних з діатермокоагуляцією в анамнезі виділяти до групи особливого ризику по родовому травматизму, що зумовлено утворенням грубих рубців на шийці матки у пацієнток після діатермохірургічного лікування. При цьому, частота дистопії ШМ в пологах становить 15,1-20,2% [18, 194, 201, 251]. Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в літературі частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55,0%.</p>	<p>&lt;...&gt; Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,7-97,0% хворих [6,11]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини, частота яких досягає 6,2-50,0%. До таких ускладнень належать: кровотеча (15%), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і порушення структури цервікального каналу (40%), утворення грубих рубців, кровотечі (30%), ендометріоз шийки матки (46-55%), субепітеліальні гематоми (80%), загострення запальних захворювань придатків [11]. Крім цих ускладнень після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток, такі як безпліддя (у 3% пацієнток), у 20-24% викидні, вагома частка дистопії шийки матки в пологах (15-20%) [11]. Частота рецидивів доброякісних захворювань після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55%.</p>

<p><b>С. 36.</b></p>	<p><b>С. 16.</b></p>
<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань ШМ були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ.</p>	<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань шийки матки були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на екзоцервіксі за допомогою низьких температур. Як охолоджуючий агент використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ.</p>
<p><b>С. 38.</b></p> <p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань ШМ, які не завдають травматичного впливу на тканини ШМ. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в змінній тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації ШМ. Ефективність даного методу складає 88,9% при лікуванні доброякісних захворювань ШМ [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів ШМ у пацієнток репродуктивного віку, які не народжували [154, 231, 276].</p>	<p><b>С. 17.</b></p> <p>На даний час поширеність дисплазії шийки матки збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляються нові методи лікування доброякісних захворювань шийки матки, які не мають травматичної дії на тканини шийки матки. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора у змінній тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації шийки матки. Ефективність даного методу складає 88,9%. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін шийки матки і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів шийки матки у пацієнток репродуктивного віку [11,13].</p>
<p><b>С. 42–43.</b></p>	<p><b>С. 17.</b></p>
<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнток у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань ШМ. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань ШМ. Наприклад, запропоновані кріоультразвуковою метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодулюючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>	<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнток у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань шийки матки. У зв'язку з цим в практику лікаря-гінеколога останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань шийки матки. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодулюючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [6,11].</p>
<p><b>С. 44.</b></p>	<p><b>С. 17.</b></p>
<p>Метод радіохірургії [79, 102, 109, 110], який в останнє десятиріччя отримав широку популярність. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного», електроду і викликає викид внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фактично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю опера-</p>	<p>Був запропонований і отримав широку популярність в останнє десятиліття метод радіохірургії з використанням радіохвильового хірургічного приладу «Сургитрон», який дозволено в Російській Федерації з 1995 року. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникненню в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного» електроду і викликає сплеск внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка на-</p>

	ції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням післяопераційних ран і низьким відсотком післяопераційних ускладнень [79, 140, 229, 275]. При використанні радіножа загальна структура тканини зберігається, що є важливим для морфологічного дослідження [109]. Повна епітелізація післяопераційної рани відбувається в середньому на 28-40 добу [140]. Ефективність даного методу лікування доброякісних захворювань ШМ, за даними різних авторів, дорівнює 86,3-97,7% [102, 110].	гриває тканини і фактично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, маюю тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням рани і низьким відсотком післяопераційних ускладнень. Ефективність даного методу лікування, за даними різних авторів дорівнює 86-97,7% [11].
	<b>С. 48–49.</b>	<b>С. 17.</b>
	Аргоноплазмова коагуляція (АПК), як метод монополярного високочастотного впливу на тканини, за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів [26, 67, 189]. Суть методики АПК полягає в наступному: енергія струму високої частоти передається на тканину безконтактним способом, з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги [67, 83, 164, 177, 194].	Аргоноплазмова коагуляція (АПК) як метод монополярного високочастотного впливу на тканини за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів. Суть методики АПК полягає в наступному: енергія току високої частоти передається на тканину безконтактним способом з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргоноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги.
	<b>С. 54.</b>	<b>С. 17.</b>
	Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань ШМ пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання.	У завершенні слід зазначити, що перспективний напрямок у лікуванні доброякісних захворювань шийки матки пов'язаний із впровадженням комплексних методів лікування, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, а й на причину захворювання.
4	<b>Николишин С. М.</b> <b>Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки.</b> Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015. ( <a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a> )	<b>Буртушкина Н. К.</b> <b>Методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки</b> // Байкальский медицинский журнал, 2009, т. 87, №4, с. 16–21. ( <a href="https://cyberleninka.ru/article/n/metody-lecheniya-dobrokachestvennyh-zabolevaniy-sheyki-matki/viewer">https://cyberleninka.ru/article/n/metody-lecheniya-dobrokachestvennyh-zabolevaniy-sheyki-matki/viewer</a> )
	<b>С. 31–32.</b>	<b>С. 19.</b>
	У дослідженнях ряду авторів показана ефективність застосування при неускладненій ектопії низькодозованих монофазних контрацептивів, відзначено зниження рецидивів ектопії в 3,5 рази при використанні три-реголу в післяопераційному періоді [216, 244]. При вивченні стану ШМ у жінок, що використовують вагінальну рилізінг-систему Нова-Ринг, виявлено ознаки епітелізації зони ектопії через 6 місяців у 52,2-60% пацієнок [114].	<...> Так, в исследованиях ряда авторов показана эффективность применения при неосложненной эктопии низкодозированных монофазных контрацептивов, отмечено снижение рецидивов эктопии в 3,5 раза при использовании три — регола в послеоперационном периоде [18,30,31,32, 36,39,40,42,43,46]. При изучении состояния шейки матки у женщин, использующих вагинальную рилізінг-систему Нова-Ринг выявлены признаки эпителизации зоны эктопии через 6 месяцев у 52,2-60% пациенток [19,36,55].
	<b>С. 35.</b>	<b>С. 17.</b>
	Після діатермохірургічного втручання на поверхні рани утворюється струп, який є осередком коагуляційного некрозу, навколо якого через 5-7 днів з'являється грануляційна тканина та спостерігається повнокрів'я судин. Епітелізація починається з периферії поверхні рани, межі якої знаходяться в межах незміненого епітелію. Вона перекривається функціонально повноцінним плоским багатощаровим епітелієм, який вузьким клином підрастає під струп. Повна епітелізація закінчується в середньому через 1,5-2,0 місяці [8, 10, 73, 170, 269].	После диатермохирургического вмешательства на раневой поверхности образуется струп, который представляет собой очаг коагуляционного некроза. Через 5-7 дней вокруг очага некроза появляется грануляционная ткань, отмечается полнокровие сосудов. Эпителизация начинается по периферии раневой поверхности, границы которой находятся в пределах неизмененного эпителия. Она перекрывается функционально полноценным плоским многослойным эпителием, который узким клином подрастает под струп. Полная эпителизация заканчивается в среднем через 1,5-2 месяца [4,9,



<p><b>Доказом плагіату є скопійована орфографічна помилка в слові «діатермохірургічного» (треба «діатермохірургічного»). Плагіат.</b></p>	28,40,41].
<p><b>С. 35–36.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>
<p>Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,7-97,0% хворих [18, 38, 113, 114]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини. Так, за даними різних авторів, частота ускладнень досягає 6,2-50,0% [27, 114, 187, 198, 212]. До таких ускладнень відносять кровотечу (15,0%), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і стриктури цервікального каналу (40,1%), утворення грубих рубців, ендометріоз ШМ (46,3-55,0%), субепітеліальні гематоми (80,1%), загострення запальних захворювань придатків [18, 210, 179, 216]. Крім цих ускладнень, після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток. Так, безпліддя після проведеного лікування діагностується у 3,3% пацієнток, що обумовлено порушенням анатомо-функціональної цілісності ШМ [4, 114, 181, 244, 281]. У 20,0-24,0% спостережень зустрічаються викидні, що, як правило, пов'язане з істміко-цервікальною недостатністю, яка може розвиватися після діатермоконізації. Багато дослідників рекомендують вагітних з діатермокоагуляцією в анамнезі виділяти до групи особливого ризику по родовому травматизму, що зумовлено утворенням грубих рубців на шийці матки у пацієнток після діатермохірургічного лікування. При цьому, частота дистопії ШМ в пологах становить 15,1-20,2% [18, 194, 201, 251]. Ефективність методу визначається не тільки частотою одужання і характером ускладнень після проведеного лікування, але і частотою рецидивів захворювань. Так, в літературі частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55,0%. За даними ряду авторів, цей метод може сприяти розвитку лейкоплакії ШМ, що пов'язано з порушенням трофіки тканин [49, 188, 211].</p>	<p>&lt;...&gt; Выздоровление после диатермохирургического лечения наступает у 76,7-97,0% больных [2,10,28,40,41]. Однако, имея высокую эффективность данный метод чреват множеством осложнений, что связано с воздействием электрического тока на подлежащие ткани. Так, по данным разных авторов, частота осложнений достигает 6,2-50,0% [40,41]. К таким осложнениям относятся: кровотечение (15%), возникающие в момент отторжения струпа, стеноз и стриктуры цервикального канала (40%), образование грубых рубцов, кровотечения (30%), эндометриоз шейки матки (46-55%), субэпителиальные гематомы (80%), обострение воспалительных заболеваний придатков [40,41]. Помимо этих осложнений после диатермохирургического метода лечения могут возникать нарушения репродуктивной функции пациенток. Так бесплодие после проведенного лечения диагностируется у 3% пациенток, что обусловлено нарушением анатомо-функциональной целостности шейки матки [40,41]. В 20-24% наблюдений встречаются самопроизвольные выкидыши, что, как правило связано с истмико-цервикальной недостаточностью, которая может развиваться после диатермоконизации. Многие исследователи рекомендуют беременных с диатермокоагуляцией в анамнезе выделять в группу особого риска по родовому травматизму, что обусловлено образованием грубых рубцов на шейке матки у пациенток после диатермохирургического лечения. При этом частота дистопии шейки матки в родах составляет 15-20% [40,41]. Эффективность метода определяется не только частотой выздоровления и характером осложнений после проведенного лечения, но и частотой рецидивов заболеваний. Так, в литературе частота рецидивов доброкачественных заболеваний после диатермокоагуляции или диатермоконизации достигает 55%. По данным ряда авторов [40,41], данный метод может способствовать развитию лейкоплакии шейки матки, что связано с нарушением трофики тканей.</p>
<p><b>С. 36.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>
<p>Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань ШМ були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику криодеструкції [76, 77, 167, 169, 207, 217]. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на экзоцервіксі за допомогою низьких температур. В якості охолоджуючого агента використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. Під дією низьких температур у тканинах відбувається концентрація електролітів, денатурація біомакромолекул, біологічних мембран, ліпідно-протеїнових комплексів, порушення мікроциркуляції та ішемія [245, 209]. Як наслідок цих змін, настає крионекроз, який формується протягом 1-3 діб. До 8 тижнів шийка матки покривається функціонально повноцінним багатощаровим плоским епітелієм [114, 217].</p>	<p>Определенные успехи в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки были достигнуты в связи с внедрением в лечебную практику криодеструкции. Данный метод был первой амбулаторной процедурой для лечения дисплазий шейки матки. В его основе лежит деструкция патологического очага на экзоцервиксе с помощью низких температур. В качестве охлаждающего агента используются жидкие газы: азот, закись азота, углекислый газ. Под действием низких температур в тканях также происходят следующие процессы: концентрация электролитов, денатурация биомолекул, биологических мембран, липидно-протеиновых комплексов, нарушение микроциркуляции и ишемия [8,10,39,40,57]. Как следствие этих изменений наступает крионекроз, который формируется в течение 1-3 суток. К 8 неделе шейка матки покрыта функционально полноценным многослойным эпителием [4,8,10,23].</p>
<p><b>С. 37.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>



<p>G. Siddiqui та співавтори також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження [169].</p>	<p>E.S. Andersen и M. Hutch (1994) також вважають, що ефективність кріодеструкції тим вище, чим нижче ступінь неоплазії і менше площа ураження.</p>
<p><b>С. 37–38.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>
<p>На відміну від діатермолікування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття ШМ в пологах [148, 169, 181]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією ШМ за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі, часто виникає загроза передчасних пологів [114, 277]. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ, після проведеного лікування, зустрічаються у 6-87% пацієнок [181, 296]. Слід зазначити, що після кровопливу, як і після діатермокоагуляції ШМ, стик багаточасового плоского і циліндричного епітелію може переміститися в цервікальний канал вище зовнішнього маткового зіву, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі [114].</p>	<p>В отличие от диатермолиечения криодеструкция не влияет на процесс раскрытия шейки матки в родах [39,40,41]. Однако, по литературным данным, женщины с конизацией шейки матки при помощи криохирургического ножа в анамнезе, угрожаемы по преждевременным родам [69]. Рецидивы доброкачественных заболеваний шейки матки, после проведенного лечения, встречаются у 6-87% пациенток [13,14,39,40]. Следует отметить, что после криовоздействия, как и после диатермокоагуляции шейки матки, стик многослойного плоского и цилиндрического эпителиев может переместиться в цервикальный канал выше наружного маточного зева, что необходимо иметь в виду при обследовании женщин в дальнейшем [40,41].</p>
<p><b>С. 38.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>
<p>В даний час поширеність фонових захворювань та дисплазії ШМ збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляють нові методи лікування доброякісних та передракових захворювань ШМ, які не завдають травматичного впливу на тканини ШМ. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора в змінній тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереження цілісності нормальних структур. Вибірковість даного виду лікування є найбільш привабливою стороною, оскільки призводить до мінімальної травматизації здорової тканини. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації ШМ. Ефективність даного методу складає 88,9% при лікуванні доброякісних захворювань ШМ [34, 154]. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін ШМ і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів ШМ у пацієнок репродуктивного віку, які не народжували [154, 231, 276].</p>	<p>В настоящее время распространенность дисплазии шейки матки увеличивается среди молодых женщин, большинство из которых желают сохранить репродуктивную функцию. С этой целью разрабатываются новые методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, которые не оказывают травматического воздействия на ткани шейки матки. Одним из таких методов является фотодинамическая терапия. В основе этого метода лежит образование синглетного кислорода и других цитотоксических продуктов. Избирательность накопления фотосенсибилизатора в измененной ткани приводит к разрушению лишь поврежденных клеток с сохранением целостности нормальных структур. Избирательность данного вида лечения является наиболее привлекательной стороной, так как приводит к минимальной травматизации здоровой ткани. Побочные эффекты при применении фотодинамической терапии наблюдаются у 11,1% больных и заключаются в неполной эпителизации шейки матки. Эффективность данного метода составляет 88,9% при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки [63]. Фотодинамическая терапия не вызывает рубцовых изменений шейки матки и сохраняет ее анатомическую целостность, что является предпочтительным при лечении патологических состояний шейки матки у нерожавших пациенток репродуктивного возраста [38,63,64].</p>
<p><b>С. 39–41.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>
<p>До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів ШМ також відноситься лазерна хірургія [175, 192, 193, 199, 200, 204]. Лазери – оптичні квантові генератори, що викликають індуковане електромагнітне випромінювання атомів активного середовища. У всіх випадках вплив лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі (в точці), за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння «лазерних ран» відбувається швидко за рахунок зменшення лейкоцитарної інфільтрації, що виникає при формуванні лазерного дефекту тканин. Епітелізація ШМ відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування, не супроводжується масивним виділенням секрету [205, 206, 213, 218, 219]. Як пра-</p>	<p>К физио-хирургическим методам лечения патологических состояний шейки матки также относится лазерная хирургия. Лазеры — оптические квантовые генераторы, вызывающие индуцированное электромагнитное излучение атомов активной среды. Во всех случаях воздействие СО<sub>2</sub>- лазера приводит к высокой концентрации энергии на минимальной площади (в точке), за счет чего происходит испарение ткани на строго ограниченной площади и глубине. Заживление «лазерных ран» происходит быстро за счет уменьшения лейкоцитарной инфильтрации, возникающей при формировании лазерного дефекта тканей. Эпителизация шейки матки происходит быстрее, чем при диатермохирургии или криодеструкции, и завершается в среднем через 3-6 недель после лечения не сопровождается массивным отделением секрета</p>

<p>вило, опромінення ШМ променем лазера не супроводжується больовими відчуттями. Післяопераційна кровотеча, що вимагає лікарської допомоги, після лазерної вапоризації – досить рідкісне ускладнення (2,3%), оскільки дане ускладнення може виникнути при випаровуванні тканин на глибину понад 3 мм. Однак, у роботах ряду дослідників, лазерний вплив при лікуванні ендометріозу ШМ описується як абсолютно безкровна процедура при глибині впливу 2-5 мм [227, 225]. Значно частіше зустрічається кровотеча після лазерної ексцизії ШМ (5-10%), але не раніше 6-го і не пізніше 20-го дня після операції. До одних з рідкісних ускладнень даного виду лікування відноситься стеноз цервікального каналу (1,5%), який поширюється, звичайно, тільки на область зовнішнього зіву. Ризик виникнення стенозу вище у жінок з оліго – або аменореєю, в перименопаузі, а також у жінок, що приймають з контрацептивною метою парентеральні прогестагенні засоби. Крім цього, для лікування СО-лазером характерне післяопераційне рубцювання підлягаючої тканини, що, очевидно, може в подальшому призвести до аномалій родової діяльності у пацієнток з лазеровапоризацією або – конізацією в анамнезі [220, 221, 256, 257]. Також, в літературі є дані, що лазерна конізація ШМ пов'язана з ризиком передчасних пологів [112, 164]. В цілому ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі – 1,2-12,0% [148, 251]. Частота рецидивів доброякісних захворювань ШМ після лікування лазером досягає 17,1-66,7% [148, 156]. Ефективність використання лазерів при комбінованій терапії папіломовірної інфекції ШМ становить 80,0-96,6% [114, 148, 212].</p>	<p>[28,39,40,59,60]. Як правило, облучение шейки матки лучом лазера не сопровождается болевыми ощущениями. Послеоперационное кровотечение, требующее врачебной помощи, после лазерной вапоризации — достаточно редкое осложнение (2,3%). Данное осложнение может возникнуть при испарении тканей на глубину свыше 3мм. Однако, в работах ряда исследователей [1] лазерное воздействие при лечении эндометриоза шейки матки описывается как абсолютно бескровная процедура, при глубине воздействия 2-5 мм. Значительно чаще кровотечение встречается после лазерной эксцизии шейки матки (5-10%), но не раньше 6-го и не позже 20-го дня после операции. К одним из редких осложнений данного вида лечения относится стеноз цервикального канала (1,5%), который затрагивает, обычно, только область наружного зева. Риск возникновения стеноза выше у женщин с олиго — или аменореей, в перименопаузе или принимающих в качестве контрацепции парентеральные прогестагенные средства. Кроме этого, для лечения СО2-лазером характерно послеоперационное рубцевание подлежащих тканей, что, очевидно, может в дальнейшем привести к аномалиям родовой деятельности у пациенток с лазеровапоризацией или — конизацией в анамнезе [42]. Также в литературе имеются данные, что лазерная конизация шейки матки связана с риском преждевременных родов [71]. В целом осложнения после лазерной терапии в виде кровотечения, синдрома коагулированной шейки, эндометриоза, стеноза цервикального канала относительно редки — 1-12% [39,40]. Частота рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки после лечения лазером достигает 17-66,7% [10,12,13,14]. Эффективность использования лазеров при комбинированной терапии папилломовирусной инфекции шейки матки составляет 80-96,6% [2,7,12,35,48,54,60].</p>
<p><b>С. 41.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>
<p>Одним з радикальних методів лікування фонічних та передпухлинних захворювань ШМ є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії ШМ, при післяпологових розривах [18, 114]. Слід зазначити, що випадки не різко вираженої рубцевої деформації ШМ представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70,0-90,0% випадків ектопіон з неглибокими розривами розцінюється як ектопія, тому діагностичні помилки в подальшому призводять до тривалого, малоефективного лікування. Так, в літературі зазначено, що у 36,7-51,0% жінок з рубцевою деформацією ШМ проводилась діатермокоагуляція, криодеструкція або СО2-лазеровапоризація поряд з тривалим консервативним лікуванням псевдоерозії ШМ. Ефективність хірургічного лікування складає 98,5% [114].</p>	<p>Одним из радикальных методов лечения предопухолевых заболеваний шейки матки является хирургический, который особенно эффективен при резкой деформации и гипертрофии шейки матки, при послеродовых разрывах. Следует отметить, что случаи нерезко выраженной рубцовой деформации шейки матки представляют значительные диагностические трудности. По данным литературы, в 70-90% случаев эктопион с неглубокими разрывами расцениваются как эктопия. Диагностические ошибки в дальнейшем приводят к длительному, малозффективному и усугубляющему основную процесс лечению. Так, в литературе отмечено, что у 36,7-51% женщин с рубцовой деформацией шейки матки проводилась диатермокоагуляция, криодеструкция или СО2 — лазеровапоризация наряду с длительным консервативным лечением «псевдоэрозии» шейки матки. Эффективность хирургического лечения составляет 98,5% [42].</p>
<p><b>С. 41–42.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>
<p>Таким чином, діатермокоагуляція, криодеструкція чи вплив СО2-лазером, а також хірургічний метод забезпечують радикальне руйнування або видалення патологічного осередку на шийці матки в межах здорових тканин і стійке одужання до 95% хворих [38, 70, 104, 134, 177, 217]. Всі перераховані методи дозволяють зберегти репродуктивну, менструальну функцію жіночого організму. Деякими перевагами володіють методики</p>	<p>Таким образом, диатермокоагуляция, криодеструкция или воздействие СО2 — лазером, а также хирургический метод обеспечивают радикальное разрушение или удаление патологического очага на шейке матки в пределах здоровых тканей и стойкое выздоровление до 95% больных [10]. Все перечисленные методы позволяют сохранить репродуктивную, менструальную функции женского организма. Некоторым преимуществом обладают</p>

	<p>кріодеструкції або лазеровапоризації, тому що після лікування цими методами епітелізація поверхні рани завершується через 6 тижнів. Перевагою діатермоконізації є можливість отримати тканину для гістологічного дослідження, тому цю процедуру можна використовувати не тільки для лікування, але і для діагностики, що неможливо при кріодеструкції або лазерній вапоризації. При використанні лазера або холодагента спостерігається безболісність і безкровність процедури. Однак, при кріодеструкції пацієнок тривалий час турбує гідрорея, що негативно позначається на якості життя хворих в післяопераційному періоді.</p>	<p>методики кріодеструкції или лазеровапоризации, так как после лечения этим методами эпителизация раневой поверхности завершается через 6 недель. Преимуществом диатермоконизации является возможность получить ткань для гистологического исследования, поэтому эту процедуру можно использовать не только для лечения, но и для диагностики, что не возможно при кріодеструкції или лазеровапоризации. Следует отметить, что все перечисленные методы, за исключением оперативного, позволяют сохранить трудоспособность пациентки и их можно использовать амбулаторно. При использовании лазера или хладагента привлекает безболезненность и безкровность процедуры. Однако при кріодеструкції пацієнок длительное время беспокоит гидрорея, что отрицательно сказывается на качестве жизни больных в послеоперационном периоде.</p>
	<b>С. 42–43.</b>	<b>С. 19.</b>
	<p>Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнок у післяопераційному періоді необхідно використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань ШМ. У зв'язку з цим, в практику лікаря гінеколога, останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань ШМ. Наприклад, запропонований кріоультразвуковою метод лікування, електрокріохірургічний метод, використання озонотерапії в післяопераційному періоді. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, протівірусної, імуномодулюючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [52, 70, 122, 149, 154, 179].</p>	<p>Нередко после проводимой терапии тем или иным видом энергии возникают осложнения и рецидивы заболевания. Очевидно, для реабилитации пациенток в послеоперационном периоде необходимо использование дополнительных методов, которые позволили бы ускорить сроки эпителизации послеоперационной раны, снизить частоту осложнений, а главное, рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки. В связи с этим, в практику врача гинеколога, последнее время внедряются комплексные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Например, предложены криоультразвуковой метод лечения, электрокриохирургический метод, использование озонотерапии в послеоперационном периоде. Имеются работы с применением до и после хирургического вмешательства противовоспалительной, противовирусной, иммуномодулирующей терапии, комплексного использования различных видов лазера [8,12,13,14,17,20,21].</p>
	<b>С. 43.</b>	<b>С. 19.</b>
	<p>Проте, всі методи супроводжуються значним числом ускладнень. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ зустрічаються у половині випадків, а це зумовлює пошук нових, більш сприятливих методів лікування.</p>	<p>Тем не менее, все методы сопровождаются значительным числом осложнений. Рецидивы доброкачественных заболеваний шейки матки встречаются в 50% случаев. Таким образом, в настоящее время продолжается поиск новых, более щадящих методов лечения.</p>
	<b>С. 54.</b>	<b>С. 19.</b>
	<p>Перспективний напрямок в лікуванні доброякісних захворювань ШМ пов'язаний з впровадженням комплексних методів терапії, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, але і на причину захворювання.</p>	<p>В заключении следует отметить, что перспективное направление в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки связано с внедрением комплексных методов лечения, позволяющих воздействовать не только на патологический очаг, но и на причину заболевания.</p>
5	<p><b>Николишин С. М.</b>  <b>Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки.</b>  Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015.  (<a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a>)</p>	<p><b>Русакевич П. С., Фокина Н. П.</b>  <b>Эктопии шейки матки (современное состояние проблемы). Часть 2</b> // Охрана материнства и детства, 2006, № 2 (8), с. 91-98.  (<a href="https://www.elibrary.ru/download/elibrary_13091677_17618691.pdf">https://www.elibrary.ru/download/elibrary_13091677_17618691.pdf</a>)</p>
	<b>С. 38–39.</b>	<b>С. 92.</b>
	<p>В.М. Прилепская (2013), аналізуючи причини недостатньої ефективності застосованих методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального (індивідуального) підходу, де має бути враховано не тільки</p>	<p>В.Н.Прилепская (1992), анализируя причины недостаточной эффективности применяемых методов лечения, приходит к выводу, что неудачи связаны с отсутствием функционального подхода, учитывающего не только воздействие на очаг экто-</p>

	вплив на джерело ектопії, але і на весь організм в цілому [15].  <b>Підміна року. Плагіат.</b>	пії, но і на весь організм в цілому. Основные положения данного подхода были разработаны в более поздний период [18].
	<b>С. 39.</b>	<b>С. 92.</b>
	Найбільш вивчено протизапальне лікування, визначено його місце та ефективність. Позитивний клінічний ефект відмітили у 17-90% випадків.	Наиболее изучено противовоспалительное лечение, определено его место и эффективность [1,21]. Часто указанное лечение проводят путем местного воздействия медикаментов на патологический очаг. Положительный клинический эффект наблюдается в 17-90% случаев.
	<b>С. 39.</b>	<b>С. 95.</b>
	Застосування біостимуляторів дискусійне, особливо, при наявності проліферації епітелію та ризику її посилення.	Применение биостимуляторов при заболеваниях шейки матки дискусійно, особенно при наличии пролиферации эпителия и опасности ее усиления.
	<b>С. 39.</b>	<b>С. 95.</b>
	Крім парентерального введення, біостимулятори використовуються у вигляді емульсії та жирових аплікацій на патологічне вогнище, в основному, в період реабілітації після деструкції [41, 122].	Кроме парентерального введения, биостимуляторы также используют местно в виде эмульсионных и жировых аппликаций на патологический очаг. Как правило, эти препараты применяют в период реабилитации после деструктивных воздействий на шейку матки.
	<b>С. 43.</b>	<b>С. 95–96.</b>
	Сучасні методи деструкції ШМ (криогенна, лазерна, плазмова, радіохвильова), розроблені в останні 5-15 років, прийшли на зміну діатермоелектрохірургії. Поряд з тим, не дивлячись на їх прогресивність, новизну, лікувальний ефект, вони не є безпечними, а саме: сприяють розвитку ускладнень – непліддя, розривів ШМ в пологах, «синдрому коагульованої ШМ», ендометріозу [234, 235, 241-243, 271].	Современные методы деструкции шейки матки (криогенная, лазерная, плазменная, радиоволновая), разработанные в последние 5-15 лет, пришли на смену ранее изученной и широко применявшейся до настоящего времени диатермоэлектрохирургии. Тем не менее, несмотря на их прогрессивность, новизну и, не отрицая их высокого лечебного эффекта, данные методы лечения не лишены определенных недостатков [2]. При их применении возможны различные осложнения - бесплодие, разрывы шейки матки в родах, «синдром коагулированной шейки матки», эндометриты, рецидивы заболевания.
	<b>С. 43–44.</b>	<b>С. 96.</b>
	Це обумовлює значний інтерес клініцистів до пошуку нових ефективних та безпечних методів лікування ектопії ШМ. Великі можливості в цьому плані відкриваються при використанні радіохірургічного методу та плазмової хірургії [67, 82, 83, 140, 229, 252].	Все сказанное объясняет большой интерес клиницистов к поиску новых достаточно эффективных и безопасных методов лечения ectopий шейки матки. Большие возможности в этом плане открываются при использовании радиохирургического метода и плазменной хирургии.
6	<b>Николишин С. М.</b> Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки. Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2015. ( <a href="https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/">https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0415U006985/</a> )	<b>Нисимова И. С.</b> Современные аспекты диагностики и лечения воспалительно-дистрофических и гиперпластических процессов эндометрикса у женщин с бесплодием. – Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2009. (1 – <a href="https://medical-diss.com/docreader/288410/a/?#?page=1">https://medical-diss.com/docreader/288410/a/?#?page=1</a> ; 2 – <a href="https://www.dissercat.com/content/sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya-vospalitelno-distroficheskikh-i-giperplastichesk">https://www.dissercat.com/content/sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya-vospalitelno-distroficheskikh-i-giperplastichesk</a> )
	<b>С. 55.</b>	<b>С. 8.</b>
	Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на фоні запаль-	В клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова за период с 2005 по 2008 годы было проведено обследование и лечение 96 пациенток репродуктивного возраста с бесплодием в сочета-

<p>но-дистрофічних і гіперпластичних процесах ендоджервікса.</p> <p>Основну групу з 70 хворих склали жінки, яким було виконано лікування патології ШМ, що вивчалася, методами кріодеструкції або радіохвилевої хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнток, методом радіохвилевої хірургії – 40 пацієнток); до групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ, що вивчається.</p> <p><b>Збіги у кількості досліджених пацієнток, у кількості жінок в основній групі та групі порівняння.</b></p>	<p>ни с воспалительно-дистрофическими и гиперпластическими процессами эндоджервікса.</p> <p>Основную группу из 70 больных составили женщины с воспалительно-дистрофическими и гиперпластическими процессами эндоджервікса, которым была выполнена CO<sub>2</sub> лазерная абляция эндоджервікса в режиме сканирования и цервикоскопическая диссекция или абляция фиброзной ткани Nd-YAG лазерным излучением; в группу сравнения вошли 26 женщин, которым были выполнены традиционные хирургические операции - кюретаж, бужирование.</p>																																																													
<p><b>С. 58.</b></p>	<p><b>С. 8.</b></p>																																																													
<p>З дослідження були виключені хворі з нейроендокринними синдромами, гострими і підгострими запальними процесами, доброякісними пухлинами матки і придатками і ендометріозом.</p> <p><b>Текст перекладено з тією самою стилістичною помилкою: треба не «пухлинами матки і придатками», а «пухлинами матки і придатків». Плагіат.</b></p>	<p>Из исследования были исключены больные с нейроэндокринными синдромами, острыми и подострыми воспалительными процессами, доброкачественными опухолями матки и придатками, и эндометриозом.</p>																																																													
<p><b>С. 67.</b></p>	<p><b>С. 8–9.</b></p>																																																													
<p>Вік обстежених пацієнток коливався від 19 до 36 років і склав, в середньому, 27,5±2,5 років. Вікова характеристика пацієнток представлена в таблиці 3.1.</p> <p style="text-align: center;">Таблиця 3.1 <b>Вікові особливості пацієнток</b></p> <table border="1" data-bbox="280 1115 874 1317"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Вік</th> <th colspan="2">Основна група</th> <th colspan="2">Група порівняння</th> <th colspan="2">Всього</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19-25 років</td> <td>12</td> <td>17,1</td> <td>6</td> <td>23,1</td> <td>18</td> <td>18,8</td> </tr> <tr> <td>26-30 років</td> <td>28</td> <td>40,0</td> <td>12</td> <td>46,2</td> <td>40</td> <td>41,7</td> </tr> <tr> <td>31-36 років</td> <td>30</td> <td>42,8</td> <td>8</td> <td>30,8</td> <td>38</td> <td>39,6</td> </tr> <tr> <td>Всього</td> <td>70</td> <td>100,0</td> <td>26</td> <td>100,0</td> <td>96</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Николишин скопіювала таблицю з російської дисертації 2009-го року з тими самим абсолютними числами, перерахувавши проценти (у дисертації Нісімової наведені заокруглені числа, різниця підкреслена двома лініями). Плагіат. Фальсифікація дослідження.</b></p>	Вік	Основна група		Група порівняння		Всього		п	%	п	%	п	%	19-25 років	12	17,1	6	23,1	18	18,8	26-30 років	28	40,0	12	46,2	40	41,7	31-36 років	30	42,8	8	30,8	38	39,6	Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0	<p>Возраст обследованных пациенток колебался от 19 до 36 лет и составил в среднем ±27,5 лет</p> <p style="text-align: right;">Таблица 1. <b>Возрастная характеристика обследованных больных</b></p> <table border="1" data-bbox="896 1115 1417 1317"> <thead> <tr> <th>ВОЗРАСТ</th> <th>ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)</th> <th>ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)</th> <th>ВСЕГО п (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19-25 лет</td> <td>12 (17%)</td> <td>6 (24%)</td> <td>18 (18%)</td> </tr> <tr> <td>26-30 лет</td> <td>28 (40%)</td> <td>12 (46%)</td> <td>40 (42%)</td> </tr> <tr> <td>31-36 лет</td> <td>30 (43%)</td> <td>8 (30%)</td> <td>38 (40%)</td> </tr> <tr> <td>ВСЕГО</td> <td>70 (100%)</td> <td>26 (100%)</td> <td>96 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>	ВОЗРАСТ	ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)	ВСЕГО п (%)	19-25 лет	12 (17%)	6 (24%)	18 (18%)	26-30 лет	28 (40%)	12 (46%)	40 (42%)	31-36 лет	30 (43%)	8 (30%)	38 (40%)	ВСЕГО	70 (100%)	26 (100%)	96 (100%)
Вік		Основна група		Група порівняння		Всього																																																								
	п	%	п	%	п	%																																																								
19-25 років	12	17,1	6	23,1	18	18,8																																																								
26-30 років	28	40,0	12	46,2	40	41,7																																																								
31-36 років	30	42,8	8	30,8	38	39,6																																																								
Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0																																																								
ВОЗРАСТ	ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)	ВСЕГО п (%)																																																											
19-25 лет	12 (17%)	6 (24%)	18 (18%)																																																											
26-30 лет	28 (40%)	12 (46%)	40 (42%)																																																											
31-36 лет	30 (43%)	8 (30%)	38 (40%)																																																											
ВСЕГО	70 (100%)	26 (100%)	96 (100%)																																																											
<p><b>С. 67.</b></p>	<p><b>С. 9.</b></p>																																																													
<p>До моменту справжнього дослідження тривалість безпліддя у обстежених хворих складала від 1,5 до 5 років, в середньому 3,2±0,3 років (таблиця 3.2).</p> <p style="text-align: center;">Таблиця 3.2 <b>Тривалість безпліддя</b></p> <table border="1" data-bbox="280 1765 874 1955"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показник</th> <th colspan="2">Основна група</th> <th colspan="2">Група порівняння</th> <th colspan="2">Всього</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Від 1 до 3 років</td> <td>34</td> <td>48,6</td> <td>8</td> <td>30,8</td> <td>42</td> <td>43,8</td> </tr> <tr> <td>Від 4 до 5 років</td> <td>36</td> <td>51,4</td> <td>18</td> <td>69,2</td> <td>54</td> <td>56,3</td> </tr> <tr> <td>Всього</td> <td>70</td> <td>100,0</td> <td>26</td> <td>100,0</td> <td>96</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Доказом плагіату з російської дисертації є помилка машинного перекладу: треба не «справжнього дослідження», а «цього дослідження».</b></p>	Показник	Основна група		Група порівняння		Всього		п	%	п	%	п	%	Від 1 до 3 років	34	48,6	8	30,8	42	43,8	Від 4 до 5 років	36	51,4	18	69,2	54	56,3	Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0	<p>К моменту настоящего исследования продолжительность заболевания у обследованных больных составила от 1,5 до 5 лет, в среднем ±3,2 года.</p> <p style="text-align: right;">Таблица 2.</p> <table border="1" data-bbox="896 1765 1481 1955"> <thead> <tr> <th></th> <th>ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)</th> <th>ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)</th> <th>ВСЕГО п (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>От 1 до 3 лет</td> <td>34 (48%)</td> <td>8 (30%)</td> <td>42 (44%)</td> </tr> <tr> <td>От 4 до 5 лет</td> <td>36 (52%)</td> <td>18 (70%)</td> <td>54 (56%)</td> </tr> <tr> <td>ВСЕГО</td> <td>70 (100%)</td> <td>26 (100%)</td> <td>96 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>		ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)	ВСЕГО п (%)	От 1 до 3 лет	34 (48%)	8 (30%)	42 (44%)	От 4 до 5 лет	36 (52%)	18 (70%)	54 (56%)	ВСЕГО	70 (100%)	26 (100%)	96 (100%)											
Показник		Основна група		Група порівняння		Всього																																																								
	п	%	п	%	п	%																																																								
Від 1 до 3 років	34	48,6	8	30,8	42	43,8																																																								
Від 4 до 5 років	36	51,4	18	69,2	54	56,3																																																								
Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0																																																								
	ОСНОВНАЯ ГРУППА п (%)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ п (%)	ВСЕГО п (%)																																																											
От 1 до 3 лет	34 (48%)	8 (30%)	42 (44%)																																																											
От 4 до 5 лет	36 (52%)	18 (70%)	54 (56%)																																																											
ВСЕГО	70 (100%)	26 (100%)	96 (100%)																																																											



<p><b>Николишин скопіювала таблицю з тими самим абсолютними числами, перерахувавши проценти (у дисертації Нісімової наведені заокруглені числа, різниця підкреслена двома лініями). Плагіат. Фальсифікація дослідження.</b></p>																																																																																																				
<p><b>С. 68.</b></p>	<p><b>С. 10.</b></p>																																																																																																			
<p>Всі пацієнтки пред'являли скарги на безпліддя, 55,2% – на мізерні нетривалі менструації, відсутність кров'яних виділень під час передбачуваної менструації в 15,6%; 34,4% – скаржилися на пред- і постменструальні кров'яні виділення. В 69,8% були різкі болі внизу живота під час передбачуваної менструації, в 60,0% <b>наголошувалися</b> болі в нижніх відділах живота і попереку під час менструації.</p>	<p>Все пацієнтки пред'являли скарги на безпліддя. У 55% - больних были скудные, непродолжительные менструации, отсутствие кровянистых выделений в дни предполагаемой менструации в сопровождении резкими болями внизу живота имела место у 15%; у 34% - женщин отмечали пред- и постменструальные кровянистые выделения. У 68% <b>отмечались</b> боли в нижних отделах живота и пояснице, во время менструации.</p>																																																																																																			
<p><b>С. 68–69.</b></p>	<p><b>С. 10–11.</b></p>																																																																																																			
<p style="text-align: center;">Таблиця 3.3 <b>Характеристика скарг та їх частота</b></p> <table border="1" data-bbox="284 763 868 1267"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показник</th> <th colspan="2">Основна група</th> <th colspan="2">Група порівняння</th> <th colspan="2">Всього</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Безпліддя</td> <td><u>70</u></td> <td><u>100,0</u></td> <td><u>26</u></td> <td><u>100,0</u></td> <td><u>96</u></td> <td><u>100,0</u></td> </tr> <tr> <td>Скудні тривалі менструації</td> <td><u>44</u></td> <td><u>62,9</u></td> <td><u>9</u></td> <td><u>34,6</u></td> <td><u>53</u></td> <td><u>55,2</u></td> </tr> <tr> <td>Відсутність кров'янистих виділень під час передбачуваної менструації</td> <td><u>10</u></td> <td><u>14,3</u></td> <td><u>5</u></td> <td><u>19,2</u></td> <td><u>15</u></td> <td><u>15,6</u></td> </tr> <tr> <td>Пред- і постменструальні мажущі кров'яні виділення</td> <td><u>27</u></td> <td><u>38,6</u></td> <td><u>6</u></td> <td><u>23,1</u></td> <td><u>33</u></td> <td><u>34,4</u></td> </tr> <tr> <td>Різкі болі внизу живота під час передбачуваної менструації</td> <td><u>54</u></td> <td><u>77,1</u></td> <td><u>13</u></td> <td><u>50,0</u></td> <td><u>67</u></td> <td><u>69,8</u></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Продовження табл. 3.3</p> <table border="1" data-bbox="284 1294 868 1473"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показник</th> <th colspan="2">Основна група</th> <th colspan="2">Група порівняння</th> <th colspan="2">Всього</th> </tr> <tr> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> <th>п</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Біль в нижніх відділах живота і в попереку під час менструації</td> <td><u>42</u></td> <td><u>60,0</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>69,2</u></td> <td><u>60</u></td> <td><u>60,0</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Николишин скопіювала таблицю з тими самим абсолютними числами і процентами. Плагіат. Фальсифікація дослідження.</b></p>	Показник	Основна група		Група порівняння		Всього		п	%	п	%	п	%	Безпліддя	<u>70</u>	<u>100,0</u>	<u>26</u>	<u>100,0</u>	<u>96</u>	<u>100,0</u>	Скудні тривалі менструації	<u>44</u>	<u>62,9</u>	<u>9</u>	<u>34,6</u>	<u>53</u>	<u>55,2</u>	Відсутність кров'янистих виділень під час передбачуваної менструації	<u>10</u>	<u>14,3</u>	<u>5</u>	<u>19,2</u>	<u>15</u>	<u>15,6</u>	Пред- і постменструальні мажущі кров'яні виділення	<u>27</u>	<u>38,6</u>	<u>6</u>	<u>23,1</u>	<u>33</u>	<u>34,4</u>	Різкі болі внизу живота під час передбачуваної менструації	<u>54</u>	<u>77,1</u>	<u>13</u>	<u>50,0</u>	<u>67</u>	<u>69,8</u>	Показник	Основна група		Група порівняння		Всього		п	%	п	%	п	%	Біль в нижніх відділах живота і в попереку під час менструації	<u>42</u>	<u>60,0</u>	<u>18</u>	<u>69,2</u>	<u>60</u>	<u>60,0</u>	<p style="text-align: center;">Таблиця 3. <b>Характеристика жалоб и их частота</b></p> <table border="1" data-bbox="900 763 1481 1541"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ЖАЛОБЫ</th> <th>ОСНОВНАЯ ГРУППА</th> <th>ГРУППА СРАВНЕНИЯ</th> <th>ВСЕГО</th> </tr> <tr> <th>п (%)</th> <th>п (%)</th> <th>п (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Бесплодие</td> <td><u>70 (100%)</u></td> <td><u>26 (100%)</u></td> <td><u>96 (100%)</u></td> </tr> <tr> <td>Скудные непродолжительные менструации</td> <td><u>44 (62%)</u></td> <td><u>9 (34%)</u></td> <td><u>53 (55%)</u></td> </tr> <tr> <td>Отсутствие кровянистых выделений во время предполагаемой менструации</td> <td><u>10 (14%)</u></td> <td><u>5 (19%)</u></td> <td><u>15 (15%)</u></td> </tr> <tr> <td>Пред- и постменструальные мажущие кровянистые выделения</td> <td><u>27 (38%)</u></td> <td><u>6 (23,07%)</u></td> <td><u>33 (34%)</u></td> </tr> <tr> <td>Резкие боли внизу живота во время предполагаемой менструации</td> <td><u>54 (77%)</u></td> <td><u>13 (50%)</u></td> <td><u>67 (69%)</u></td> </tr> <tr> <td>Боли в нижних отделах живота и в пояснице во время менструации</td> <td><u>42 (60%)</u></td> <td><u>18 (69%)</u></td> <td><u>60 (60%)</u></td> </tr> </tbody> </table>	ЖАЛОБЫ	ОСНОВНАЯ ГРУППА	ГРУППА СРАВНЕНИЯ	ВСЕГО	п (%)	п (%)	п (%)	Бесплодие	<u>70 (100%)</u>	<u>26 (100%)</u>	<u>96 (100%)</u>	Скудные непродолжительные менструации	<u>44 (62%)</u>	<u>9 (34%)</u>	<u>53 (55%)</u>	Отсутствие кровянистых выделений во время предполагаемой менструации	<u>10 (14%)</u>	<u>5 (19%)</u>	<u>15 (15%)</u>	Пред- и постменструальные мажущие кровянистые выделения	<u>27 (38%)</u>	<u>6 (23,07%)</u>	<u>33 (34%)</u>	Резкие боли внизу живота во время предполагаемой менструации	<u>54 (77%)</u>	<u>13 (50%)</u>	<u>67 (69%)</u>	Боли в нижних отделах живота и в пояснице во время менструации	<u>42 (60%)</u>	<u>18 (69%)</u>	<u>60 (60%)</u>
Показник		Основна група		Група порівняння		Всього																																																																																														
	п	%	п	%	п	%																																																																																														
Безпліддя	<u>70</u>	<u>100,0</u>	<u>26</u>	<u>100,0</u>	<u>96</u>	<u>100,0</u>																																																																																														
Скудні тривалі менструації	<u>44</u>	<u>62,9</u>	<u>9</u>	<u>34,6</u>	<u>53</u>	<u>55,2</u>																																																																																														
Відсутність кров'янистих виділень під час передбачуваної менструації	<u>10</u>	<u>14,3</u>	<u>5</u>	<u>19,2</u>	<u>15</u>	<u>15,6</u>																																																																																														
Пред- і постменструальні мажущі кров'яні виділення	<u>27</u>	<u>38,6</u>	<u>6</u>	<u>23,1</u>	<u>33</u>	<u>34,4</u>																																																																																														
Різкі болі внизу живота під час передбачуваної менструації	<u>54</u>	<u>77,1</u>	<u>13</u>	<u>50,0</u>	<u>67</u>	<u>69,8</u>																																																																																														
Показник	Основна група		Група порівняння		Всього																																																																																															
	п	%	п	%	п	%																																																																																														
Біль в нижніх відділах живота і в попереку під час менструації	<u>42</u>	<u>60,0</u>	<u>18</u>	<u>69,2</u>	<u>60</u>	<u>60,0</u>																																																																																														
ЖАЛОБЫ	ОСНОВНАЯ ГРУППА	ГРУППА СРАВНЕНИЯ	ВСЕГО																																																																																																	
	п (%)	п (%)	п (%)																																																																																																	
Бесплодие	<u>70 (100%)</u>	<u>26 (100%)</u>	<u>96 (100%)</u>																																																																																																	
Скудные непродолжительные менструации	<u>44 (62%)</u>	<u>9 (34%)</u>	<u>53 (55%)</u>																																																																																																	
Отсутствие кровянистых выделений во время предполагаемой менструации	<u>10 (14%)</u>	<u>5 (19%)</u>	<u>15 (15%)</u>																																																																																																	
Пред- и постменструальные мажущие кровянистые выделения	<u>27 (38%)</u>	<u>6 (23,07%)</u>	<u>33 (34%)</u>																																																																																																	
Резкие боли внизу живота во время предполагаемой менструации	<u>54 (77%)</u>	<u>13 (50%)</u>	<u>67 (69%)</u>																																																																																																	
Боли в нижних отделах живота и в пояснице во время менструации	<u>42 (60%)</u>	<u>18 (69%)</u>	<u>60 (60%)</u>																																																																																																	
<p><b>С. 70.</b></p>	<p><b>С. 9.</b></p>																																																																																																			
<p>При <b>аналізі</b> гінекологічного анамнезу <b>встановлено</b>, що середній вік наступу менархе жінок <b>складає</b> 13,2±1,5 (таблиця 3.5). У більшості хворих менархе настало у віці 13-14 років.</p>	<p>При <b>изучении</b> менструальной функции было <b>установлено</b>, что <b>средний возраст наступления менархе составил</b> 13,2±1,5 лет. Продолжительность менструального цикла у большинства пациенток в пределах 28-30 дней.</p>																																																																																																			
<p><b>С. 71–72.</b></p>	<p><b>С. 9–10.</b></p>																																																																																																			
<p>У 38 (54,2%) пацієнток основної групи і у 19 (73,0%) пацієнток групи порівняння в анамнезі були вагітності, первинним безпліддям відповідно страждали 32 (45,0%) і 7 (27,9%) хворих (таблиця 3.6). Число вагітностей варіювало від 1 до 6. <b>Пологи були</b> в 28 (40,0%) хворих основної групи і в 12 (46,2%) хворих групи порівняння: одні пологи були</p>	<p>Анализ репродуктивной функции показал, что одну у 38 (54,2%) пациенток основной группы и у 19 (73%) пациенток группы сравнения в анамнезе были беременности. Роды были у 28 (40%) больных основной группы и у 12 (46,1%) больных группы сравнения. Искусственные аборты были у 28 (29,1%) пациенток. Число абортов у каждой паци-</p>																																																																																																			



<p>у 20 (20,8%) жінок, двоє – в 17 (17,7%), троє – 2 (2,1%), четверо – в 1 (1,0%). Мимовільні викидні в анамнезі були в 17 (17,7%) хворих, причому у 2 (2,1%) жінок було звичне невиношування вагітності. Штучні аборти були у 28 (29,2%) пацієнток. Число абортів у кожній конкретній пацієнтки варіювало від 1 до 6. У переважній більшості жінок було 1-2 штучних аборти.</p>	<p>ентки варьировало от 1 до 6.</p>
<p><b>С. 72–73.</b></p>	<p><b>С. 10.</b></p>
<p>В анамнезі у 32 (33,3%) хворих обох груп були доброякісні захворювання ШМ, з приводу чого їм проводилася діатермокоагуляція, криодеструкція і лазеровапоризація патологічних ділянок.</p>	<p>В анамнезі у 33% больных обеих групп имелись доброкачественные заболевания шейки матки, по поводу чего им проводилась диатермокоагуляция, криодеструкция и лазеровапоризация патологических участков.</p>
<p><b>С. 74.</b></p>	<p><b>С. 11.</b></p>
<p>Вірусні інфекції перенесли 12 пацієнток (12,5%): в 6 – діагностований ВПГ1, в 4 – ВПЧ, у 1 пацієнтки виявлений цитомегаловірус, 1 – хворої ВПГ1 і ВПГ2.</p> <p><b>Доказом плагіату з дисертації Нісімової є не тільки збіги в кількості хворих певними хворобами, але й ідентичні словосполучення «1 - больно́й» та «1 – хворо́й» (які є стилістично неправильними). Плагіат.</b></p>	<p>Признаки вирусных инфекции отмечены у 12 пациенток: у 6 - выделены антитела к ВПГ1, у 1 обнаружен цитомегаловирус, у 4 - антитела к ВПЧ, 1 - больной отмечено сочетание ВПГ1 и ВПГ2.</p>
<p><b>С. 76.</b></p>	<p><b>С. 11.</b></p>
<p>В цілях уточнення діагнозу проводив обстеження хворих за допомогою додаткових методів дослідження, що включають розширену кольпоскопію, цитологічне дослідження, прицільну біопсію і вишкрібання цервікального каналу з гістологічним дослідженням, цервікоскопію і гістероскопію.</p> <p><b>Цей фрагмент дисертації Николишин копіюється із зайвими пробілами: «В цілях уточнення діагнозу у хворих з метою додаткових методів дослідження, що включають розширену кольпоскопію, цитологічне дослідження, прицільну біопсію і вишкрібання цервікального каналу з гістологічним дослідженням, цервікоскопію і гістероскопію.»</b></p>	<p>Для уточнения диагноза производили расширенную кольпоскопию, цервикоскопию, цитологическое исследование, прицельную биопсию и выскабливание эндочервикса с гистологическим исследованием.</p>
<p><b>С. 76.</b></p>	<p><b>С. 12.</b></p>
<p>При аналізі даних розширеної кольпоскопії було виявлено, що у 11 (15,7%) пацієнток основної групи наголошувалася поєднана патологія ендочервікса і ектоцервікса.</p> <p><b>Цей фрагмент дисертації Николишин копіюється із зайвими пробілами: «При аналізі даних розширеної кольпоскопії було виявлено, що у 11 (15,7%) пацієнток основної групи наголошувалася поєднана патологія ендочервікса і ектоцервікса.»</b></p>	<p>При анализе данных расширенной кольпоскопии было выявлено, что у 11(15,7%) пациенток основной группы отмечалась сочетанная патология эндочервикса и эктоцервикса. (лейкоплакия, цервикальная эктопия, плоские папилломы шейки матки, полипы цервикального канала).</p>
<p><b>С. 77.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>
<p>При цитологічному дослідженні у хворих з цервікальною ектопією виявлялися проміжні і парабазальні клітини багаточарового плоского епітелію, клітини залозистого епітелію, а також окремо роз-</p>	<p>При цитологическом исследовании у больных с цервикальной эктопией обнаруживались промежуточные и парабазальные клетки многослойного плоского эпителия, клетки железистого эпителия, а</p>

<p>ташовані ядра, лейкоцити, еритроцити.</p> <p>При цитологічному дослідженні у хворих з лейкоплакією в мазках виявляли велику кількість без'ядерних клітин плоского епітелію, що окремо лежали і скупчення лусочок, які покривали все поле зору.</p>	<p>также отдельно расположенные ядра, лейкоциты, эритроциты. У больных с лейкоплакией в мазках обнаруживали большое количество безъядерных клеток плоского эпителия, отдельно лежавших и скопление чешуек, которые покрывали все поле зрения.</p>																																																																																			
<p><b>С. 77.</b></p>	<p><b>С. 12.</b></p>																																																																																			
<p>При аналізі даних гістологічного дослідження біоптатів виявлено, що у більшості пацієток була цервікальна ектопія.</p> <p>У 11 (15,7%) пацієток наголошувалася поєднана патологія (лейкоплакія, цервікальна ектопія, плоскі папіломи шийки, поліпи цервікального каналу).</p> <p><b>Фактичний повтор фрагмента з незаними змінами, який уже був присутній на с. 76. Плагіат.</b></p>	<p>При анализе данных расширенной кольпоскопии было выявлено, что у 11(15,7%) пациенток основной группы отмечалась сочетанная патология эндоцервикса и экзоцервикса. (лейкоплакия, цервикальная эктопия, плоские папилломы шейки матки, полипы цервикального канала).</p>																																																																																			
<p><b>С. 77.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>																																																																																			
<p>Всім пацієнтам була проведена діагностична цервіко- і гістероскопія, при якій у 19 (27,1%) пацієток основної групи і у 14 (53,8%) пацієток групи порівняння виявлені поліпи цервікального каналу, витікаючі із слизової оболонки верхньої і середньої третини каналу, що не досягли області зовнішнього зіву, у зв'язку з чим вони не були діагностовані при розширеній кольпоскопії.</p> <p>З 33 пацієток з поліпами цервікального каналу в 15 (45,5%) в анамнезі були вказівки на поліпектомію.</p> <p>У 20 (28,6%) пацієток основної групи і у 6 (23,1%) пацієток групи порівняння, які страждають вторинним безпліддям, були виявлені фіброзні зрощення у верхній третині цервікального каналу і в області внутрішнього зіву. Рубцеві деформації виявлені в області зовнішнього зіву і нижньої третини цервікального каналу у 6 (8,6%) пацієток основної групи і у 2 (7,7%) пацієток групи порівняння.</p>	<p>Для определения состояния эндоцервикса всем пациентам была проведена диагностическая мини-цервикоскопия при которой:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• у 19 пациенток основной группы и у 14 пациенток группы сравнения, обнаружены полипы или множественные полипы цервикального канала,</li> <li>• У 20 пациенток основной группы и у 6 пациенток группы сравнения были выявлены фиброзные сращения разной протяженности и стриктуры в верхней трети цервикального канала и в области внутреннего зева.</li> <li>• Грубые рубцовые деформации выявлены в области наружного зева и нижней трети цервикального канала у 6 пациенток первой группы и у 2 пациенток второй группы.</li> </ul>																																																																																			
<p><b>С. 78.</b></p>	<p><b>С. 14.</b></p>																																																																																			
<p style="text-align: center;">Таблиця 3.9</p> <p style="text-align: center;"><b>Частота патології цервікального каналу за даними цервікоскопії</b></p> <table border="1" data-bbox="277 1509 868 1854"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Патологія ендцервікса</th> <th colspan="2">Основна група n=70</th> <th colspan="2">Група порівняння n=26</th> <th colspan="2">Всього n=96</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>%</th> <th>n</th> <th>%</th> <th>n</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Доброякісна патологія</td> <td>14</td> <td>20,0</td> <td>4</td> <td>15,3</td> <td>18</td> <td>18,7</td> </tr> <tr> <td>Фіброзні зміни</td> <td>20</td> <td>28,5</td> <td>6</td> <td>23,1</td> <td>26</td> <td>27,1</td> </tr> <tr> <td>Рубцеві деформації</td> <td>6</td> <td>8,5</td> <td>2</td> <td>7,6</td> <td>8</td> <td>8,3</td> </tr> <tr> <td>Поліпи цервікального каналу</td> <td>19</td> <td>27,1</td> <td>14</td> <td>53,8</td> <td>33</td> <td>34,4</td> </tr> <tr> <td>Фонові захворювання ЦМ</td> <td>11</td> <td>15,7</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>11</td> <td>11,4</td> </tr> <tr> <td>Всього</td> <td>70</td> <td>100,0</td> <td>26</td> <td>100,0</td> <td>96</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Николишин повністю скопіювала всі дані, слово «гіперплазія» замінила на «патологія». Плагіат. Фальсифікація дослідження.</b></p>	Патологія ендцервікса	Основна група n=70		Група порівняння n=26		Всього n=96		n	%	n	%	n	%	Доброякісна патологія	14	20,0	4	15,3	18	18,7	Фіброзні зміни	20	28,5	6	23,1	26	27,1	Рубцеві деформації	6	8,5	2	7,6	8	8,3	Поліпи цервікального каналу	19	27,1	14	53,8	33	34,4	Фонові захворювання ЦМ	11	15,7	-	-	11	11,4	Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0	<p><b>Частота патології цервікального каналу по даним цервікоскопії пацієток першої і другої груп</b></p> <table border="1" data-bbox="895 1509 1481 2002"> <thead> <tr> <th>Патологія ендцервікса</th> <th>ОСНОВНА ГРУПА n (%)</th> <th>ГРУПА СРАВНЕНИЯ n (%)</th> <th>ВСЕГО n (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Доброякісна гіперплазія</td> <td>14 (20%)</td> <td>4(15,3%)</td> <td>18(18,7%)</td> </tr> <tr> <td>Фіброзні зміни</td> <td>20(28,5%)</td> <td>6(23%)</td> <td>26(27%)</td> </tr> <tr> <td>Рубцеві деформації</td> <td>6(8,5%)</td> <td>2(7,6%)</td> <td>8(8,3%)</td> </tr> <tr> <td>Поліпи цервікального каналу</td> <td>19(27%)</td> <td>14(53,8%)</td> <td>33(%)</td> </tr> <tr> <td>Фонові захворювання шийки матки</td> <td>11(15,7%)</td> <td></td> <td>11(11,4%)</td> </tr> <tr> <td><b>ВСЕГО</b></td> <td><b>70</b></td> <td><b>26</b></td> <td><b>96(100%)</b></td> </tr> </tbody> </table>	Патологія ендцервікса	ОСНОВНА ГРУПА n (%)	ГРУПА СРАВНЕНИЯ n (%)	ВСЕГО n (%)	Доброякісна гіперплазія	14 (20%)	4(15,3%)	18(18,7%)	Фіброзні зміни	20(28,5%)	6(23%)	26(27%)	Рубцеві деформації	6(8,5%)	2(7,6%)	8(8,3%)	Поліпи цервікального каналу	19(27%)	14(53,8%)	33(%)	Фонові захворювання шийки матки	11(15,7%)		11(11,4%)	<b>ВСЕГО</b>	<b>70</b>	<b>26</b>	<b>96(100%)</b>
Патологія ендцервікса		Основна група n=70		Група порівняння n=26		Всього n=96																																																																														
	n	%	n	%	n	%																																																																														
Доброякісна патологія	14	20,0	4	15,3	18	18,7																																																																														
Фіброзні зміни	20	28,5	6	23,1	26	27,1																																																																														
Рубцеві деформації	6	8,5	2	7,6	8	8,3																																																																														
Поліпи цервікального каналу	19	27,1	14	53,8	33	34,4																																																																														
Фонові захворювання ЦМ	11	15,7	-	-	11	11,4																																																																														
Всього	70	100,0	26	100,0	96	100,0																																																																														
Патологія ендцервікса	ОСНОВНА ГРУПА n (%)	ГРУПА СРАВНЕНИЯ n (%)	ВСЕГО n (%)																																																																																	
Доброякісна гіперплазія	14 (20%)	4(15,3%)	18(18,7%)																																																																																	
Фіброзні зміни	20(28,5%)	6(23%)	26(27%)																																																																																	
Рубцеві деформації	6(8,5%)	2(7,6%)	8(8,3%)																																																																																	
Поліпи цервікального каналу	19(27%)	14(53,8%)	33(%)																																																																																	
Фонові захворювання шийки матки	11(15,7%)		11(11,4%)																																																																																	
<b>ВСЕГО</b>	<b>70</b>	<b>26</b>	<b>96(100%)</b>																																																																																	
<p><b>С. 83.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>																																																																																			
<p>При цитологічному дослідженні у хворих з цер-</p>	<p>При цитологическом исследовании у больных с</p>																																																																																			

<p>вікальною ектопією виявлялися проміжні і парабазальні клітини багат шарового плоского епітелію, клітини залозистого епітелію, а також окремо розташовані ядра, лейкоцити, еритроцити.</p> <p>При цитологічному дослідженні у хворих з лейкоплакією в мазках виявляли велику кількість без'ядерних клітин плоского епітелію, що окремо лежали і скупчення лусочок, які покривали все поле зору.</p> <p><b>Повтор фрагмента, який уже був присутній на с. 77. Плагіат.</b></p>	<p>цервикальної ектопией обнаруживались промежуточные и парабазальные клетки многослойного плоского эпителия, клетки железистого эпителия, а также отдельно расположенные ядра, лейкоциты, эритроциты. У больных с лейкоплакией в мазках обнаруживали большое количество безъядерных клеток плоского эпителия, отдельно лежавших и скопление чешуек, которые покрывали все поле зрения.</p>
<p><b>С. 86.</b></p>	<p><b>С. 18.</b></p>
<p>У всіх пацієнток з вторинним безпліддям фіброзні зрощення і рубцеві деформації цервікального каналу і області внутрішнього зіву з'явилися діагностичною знахідкою при проведенні цервікоскопії з приводу патології вагінальної частини ШМ. <b>Важливим</b> є той факт, що у всіх жінок в анамнезі були вказівки на внутрішньоматкові втручання.</p>	<p>У всех пациенток с вторичным бесплодием фиброзные сращения и рубцовые деформации цервикального канала и области внутреннего зева явились диагностической находкой при проведении цервикоскопии при обследовании влагалищной части шейки матки. <b>Немаловажним</b> является тот факт, что у всех женщин в анамнезе имелись указания на внутриматочные вмешательства.</p>
<p><b>С. 86.</b></p>	<p><b>С. 14–15.</b></p>
<p>Цервікоскопія виконувалася на 5-8-й день менструального циклу. При діагностичній мінігістероскопії в шести випадках вхід в порожнину матки було повністю облітеровано, у 16 (61,5%) пацієнток поодинокі зрощення, в останніх 10 (38,5%) пацієнток кільцеві фіброзні зрощення локалізувалися у верхній і середній третині цервікального каналу. У всіх випадках слизова оболонка була гіперемована, набрякла, ін'єцирована дрібновогнищевими субепітеліальними крововиливами (таблиця 4.3).</p>	<p>Цервикоскопическая картина фиброзных сращений и рубцовых деформаций явилась диагностической находкой – у 23% пациенток вход в полость матки был полностью облитерирован, у 60% пациенток обнаружены единичные сращения, у остальных пациенток кольцевые фиброзные сращения различной протяженности локализовались в верхней и средней трети цервикального канала. Во всех случаях слизистая была гиперемированна, отечна, инъецирована мелкоочаговыми субэпителиальными кровоизлияниями.</p>
<p><b>С. 88–89.</b></p>	<p><b>С. 15.</b></p>
<p>Цервікоскопічна картина гіперплазії ендочервікса характеризувалася широкою варіабельністю залежно від форми і поширеності патологічного процесу. При простій залозистій гіперплазії ендочервікс був нерівномірно потовщений, блідо-рожевого кольору з гіперемією складок, з рівномірним розподілом залоз; <b>залозистий</b> – кістозна гіперплазія ендочервікса характеризувалася наявністю кістозних порожнин різної товщини на поверхні нерівномірно забарвленої слизової оболонки; у пацієнток з поліповидною гіперплазією візуалізувалися поліповидні розростання слизової оболонки блідо-рожевого і синьо-багрового кольору, що звисають в порожнину матки.</p>	<p>Цервикоскопическая картина гиперплазии эндочервикса характеризовалась широкой вариабельностью в зависимости от формы и распространенности патологического процесса. При простой железистой гиперплазии эндочервикс был неравномерно утолщен, бледно-розового цвета с гиперемией складок, с равномерным распределением желез; <b>железисто</b> кистозная гиперплазия эндочервикса характеризовалась наличием кистозных полостей различной толщины на поверхности неравномерно окрашенной слизистой. У пациенток с полиповидной гиперплазией визуализировались полиповидные разрастания слизистой бледно розового или сине-багрового цвета.</p>
<p><b>С. 91.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>
<p>У 6 (23,1%) жінок з фіброзними змінами і у 2 (7,7%) пацієнток з рубцевими деформаціями ендочервікса виконано бужування.</p>	<p>У 6 женщин с фиброзными изменениями и у 2 пациенток с рубцовыми деформациями эндочервикса произведено бужирование.</p>
<p><b>С. 91.</b></p>	<p><b>С. 20.</b></p>
<p>У 9 (34,6%) пацієнток з поліпами цервікального каналу, в двох (7,6%) з гіперплазією ендочервікса, в 4 (15,4%) з фіброзними зрощеннями, у однієї пацієнтки (3,8%) з рубцевими деформаціями були зафіксовані рецидиви захворювання. У зв'язку з цим вони були повторно госпіталізовані для оперативного лікування за допомогою радіохвильової хірургії.</p>	<p>У 9 (34,6%) пациенток с полипами цервикального канала, у двух (7,6%) с гиперплазией эндочервикса, у 4 (15,3%) с фиброзными сращениями, у одной с рубцовыми деформациями были зафиксированы рецидивы заболевания. В связи с этим они были повторно госпитализированы для оперативного лечения с помощью СО<sub>2</sub> лазерного излучения.</p>
<p><b>С. 92.</b></p>	<p><b>С. 19.</b></p>

<p>Вивчення <b>віддалених</b> результатів оперативного лікування показало, що в перебігу всього періоду спостереження у прооперованих хворих було відмічено поліпшення стану. Суб'єктивно 97,8% пацієнок були задоволені результатами лікування, незалежно від настання вагітності.</p>	<p>Изучение <b>ближайших</b> результатов лечения показало, что в течение всего периода наблюдения у больных было отмечено улучшение состояния. Так, у 96% пациенток первой группы восстановился отток менструальной крови. Пред- и постменструальные кровянистые выделения исчезли у 88% пациенток. Суб'єктивно 97,85% пациенток были удовлетворены результатами лечения, независимо от наступления беременности.</p>
<p><b>С. 92.</b></p>	<p><b>С. 20.</b></p>
<p>При оцінці результатів лікування в групі порівняння було виявлено, що скарги, що пред'являються пацієнтками при опитуванні, зникли на короткий період часу (в середньому на 5,5 міс.), після чого непокоїли знову.</p>	<p>При оценки результатов лечения у группы сравнения было выявлено, что жалобы предъявляемые пациентами при опросе исчезли на короткий период времени ( в среднем на 5,5 мес) после чего беспокоили вновь.</p>
<p><b>С. 102.</b></p>	<p><b>С. 11.</b></p>
<p>У всіх пацієнок визначали ступінь чистоти вагінального вмісту, проводили бактеріологічне дослідження і <b>метод</b> полімеразної ланцюгової реакції по загальноприйнятих рекомендаціях [85]. З отриманих даних виходить, що в персистенції і хронізації захворювання значна роль належить умовно-патогенним мікроорганізмам. Всім пацієнтам була проведена специфічна етіотропна терапія.</p>	<p>У всех пациенток определяли степень чистоты влагалищного содержимого, проводили бактериологическое исследование и диагностику ЗППП <b>методом</b> полимеразной цепной реакции. Из полученных данных следует, что в персистенции и хронизации заболевания значительная роль принадлежала условно-патогенным микроорганизмам. Признаки вирусных инфекции отмечены у 12 пациенток: у 6 - выделены антитела к ВПГ1, у 1 обнаружен цитомегаловирус, у 4 - антитела к ВПЧ, 1 - больной отмечено сочетание ВПГ1 и ВПГП. <b>Всем пациентам была проведена</b> противовоспалительная <b>этиотропная терапия.</b></p>
<p><b>С. 102.</b></p>	<p><b>С. 11.</b></p>
<p>В цілях уточнення діагнозу проводили обстеження хворих за допомогою додаткових методів дослідження, що включають розширену кольпоскопію, цитологічне дослідження, прицільну біопсію і вишкрібання <b>цервікального каналу</b> з гістологічним дослідженням, цервікоскопію і гістероскопію [10,88, 121].</p>	<p>Для уточнения диагноза производили расширенную кольпоскопию, цервикоскопию, цитологическое исследование, прицельную биопсию и выскабливание <b>эндоцервикса</b> с гистологическим исследованием.</p>
<p><b>С. 103.</b></p>	<p><b>С. 13.</b></p>
<p>При цитологічному дослідженні у хворих з цервікальною ектопією виявлялися проміжні і парабазальні клітини багаточарового плоского епітелію, клітини залозистого епітелію, а також окремо розташовані ядра, лейкоцити, еритроцити.</p> <p>При цитологічному дослідженні у хворих з лейкоплакією в мазках виявляли велику кількість без'ядерних клітин плоского епітелію, що окремо лежали і скупчення лусочок, які покривали все поле зору.</p> <p><b>Повтор фрагмента, який уже був присутній на сс. 77 і 83. Плагіат.</b></p>	<p>При цитологическом исследовании у больных с цервикальной эктопией обнаруживались промежуточные и парабазальные клетки многослойного плоского эпителия, клетки железистого эпителия, а также отдельно расположенные ядра, лейкоциты, эритроциты. У больных с лейкоплакией в мазках обнаруживали большое количество безъядерных клеток плоского эпителия, отдельно лежавших и скопление чешуек, которые покрывали все поле зрения.</p>
<p><b>С. 103.</b></p>	<p><b>С. 12.</b></p>
<p>При аналізі даних гістологічного дослідження біоптатів виявлено, що у більшості пацієнок була цервікальна ектопія.</p> <p>У 11 (15,7%) пацієнок <b>наголошувалася</b> поєднана патологія (лейкоплакія, цервікальна ектопія, плоскі папіломи шийки, поліпи цервікального каналу), яка відіграє велику роль в розвитку порушень репродуктивної функції [38, 230].</p> <p><b>Повтор фрагмента, який уже був присутній на с. 77.</b></p>	<p>При анализе данных расширенной кольпоскопии было выявлено, что у 11(15,7%) пациенток основной группы <b>отмечалась</b> сочетанная патология эндоцервикса и эктоцервикса. (лейкоплакия, цервикальная эктопия, плоские папилломы шейки матки, <b>полипы цервикального канала</b>).</p>

<b>Плагіат.</b>	
<b>С. 107.</b>	<b>С. 18.</b>
<p>У всіх пацієнок з вторинним безпліддям фіброзні зрощення і рубцеві деформації цервікального каналу і області внутрішнього зіву з'явилися діагностичною знахідкою при проведенні цервікоскопії з приводу патології вагінальної частини ШМ. Важливим є той факт, що у всіх жінок в анамнезі були вказівки на внутрішньоматкові втручання, які є основною причиною розвитку деформуючої патології ШМ [3, 154].</p> <p><b>Повтор фрагмента, який уже був присутній на с. 86. Плагіат.</b></p>	<p>У всех пациенток с вторичным бесплодием фиброзные сращения и рубцовые деформации цервикального канала и области внутреннего зева явились диагностической находкой при проведении цервикоскопии при обследовании влагалищной части шейки матки. Немаловажным является тот факт, что у всех женщин в анамнезе имелись указания на внутриматочные вмешательства.</p>
<b>С. 109.</b>	<b>С. 20.</b>
<p>У 9 (34,6%) пацієнок з поліпами цервікального каналу, в двох (7,6%) з гіперплазією ендоцервікса, в 4 (15,4%) з фіброзними зрощеннями, у однієї пацієнтки (3,8%) з рубцевими деформаціями були зафіксовані рецидиви захворювання.</p> <p>У зв'язку з цим вони були повторно госпіталізовані для оперативного лікування за допомогою радіохвилевої хірургії.</p> <p><b>Повтор фрагмента, який уже був присутній на с. 91. Плагіат.</b></p>	<p>У 9 (34,6%) пациенток с полипами цервикального канала, у двух (7,6%) с гиперплазией эндосервикса, у 4(15,3%) с фиброзными сращениями, у одной с рубцовыми деформациями были зафиксированы рецидивы заболевания. В связи с этим они были повторно госпитализированы для оперативного лечения с помощью CO2 лазерного излучения.</p>