



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я:
ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ
В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

2 березня 2017 року

**ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА
ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ**

3 березня 2017 року

Тернопіль
2017

Редакційна колегія

Проф. Корда М.М.
Проф. Геряк С.М.
Проф. Швед М.І.
Доц. Левицька Л.В.
Доц. Мартинюк Л.П.

**ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я:
ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ
ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

КОНСЕНСУС AMERICAN HEART ASSOCIATION(2016) ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ, ДІАГНОСТИКИ, ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЖІНОК

*Переклад та виклад основних положень консенсусу підготували
проф. Швед М.І., проф. Геряк С.М., клін. ординатор Ястремська І.О.*

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Серцево-судинні (СС) захворювання (ССЗ), у тому числі ішемічна хвороба серця (ІХС), є провідною причиною смерті жінок по всьому світу. Незважаючи на виражене зниження СС смертності серед жінок за останні 20 років, ІХС у цієї категорії хворих так і залишається недостатньо вивченою і погано діагностованою хворобою. Як і інші форми ІХС, інфаркт міокарда (ІМ) у жінок є серйозною медичною і соціальною проблемою, яка потребує постійної уваги експертів з різних галузей охорони здоров'я, економіки і соціальної допомоги населенню. З метою підтримки лікарів, чия робота пов'язана з профілактикою, діагностикою та лікуванням ІМ у жінок, American Heart Association (АНА) в 2016 році розробила і опублікувала наукову угоду - консенсус, присвячений різним аспектам цієї проблеми. Повнотекстовий варіант угоди представлений на веб-сайті АНА. У даному викладі розглянуті лише основні положення документа.

Поширеність гострого ІМ серед жінок

Захворюваність на ІХС серед жіночого населення США становить 6,6 млн. випадків щорічно; з цих пацієнток - 2,7 млн. мають анамнез ІМ, понад 53 тис. помирають від ІМ. Незалежно від віку, протягом року після першого гострого ІМ, жінок помирає більше, ніж чоловіків (26 vs 19% відповідно). Аналогічно, протягом 5 років після першого гострого ІМ також більше помирає жінок, ніж чоловіків (47 vs 36%), та у більшій кількості жінок розвивається серцева недостатність (СН) або інсульт. Протягом 5-10 років після гострого ІМ більш висока не скорегована смертність жінок в порівнянні з чоловіками частково пояснювалася відмінностями у віці, факторах ризику ІМ, клінічних проявах і складі проведеної терапії. За даними досліджень, серед жінок відзначається більш висока поширеність цукрового діабету (ЦД), СН, артеріальної гіпертензії (АГ), депресії і порушення функції нирок, ніж у чоловіків.

У порівнянні з чоловіками у жінок частіше розвивається ІМ без підйому сегмента ST (ІМбпST) і необструктивна коронарна хвороба серця (КХС). У жінок в розвитку КХС також частіше беруть участь незвичні патофізіологічні механізми, такі як спонтанне розшарування або спазм коронарної артерії. В порівнянні з чоловіками жінки з гострим коронарним синдромом (ГКС) і пацієнтки після коронарної реваскуляризації демонструють більшу тривалість госпіталізації та вищу внутрішньолікарняну смертність, у них вища частота кровотеч і більш ніж на 30% більше повторних госпіталізацій протягом місяця після індексної госпіталізації в стаціонар.

Вплив віку

ГКС у молодих жінок діагностується рідко, що пов'язано з нечастими випадками передчасної ІХС в цій групі пацієток. Проте, згідно з деякими даними, щорічно понад 30 тис. жінок у віці до 55 років госпіталізуються в США з діагнозом гострого ІМ. Останні дані щодо госпіталізації пацієнтів з гострим ІМ у віці до 65 років демонструють двократне збільшення показника повторних госпіталізацій протягом 30 днів у жінок в порівнянні з чоловіками ровесниками, навіть після коригування показника з урахуванням втручаючих факторів. Також доведено збільшення захворюваності на ІХС та смертності від ІХС серед жінок у віці 45-54 років. При цьому, не дивлячись на те, що в останні роки спостерігалось значне зниження рівня частоти ІМ і смерті від ІМ серед жінок в цілому, серед молодих осіб подібна динаміка відсутня. Продовжує зберігатися тенденція погіршення профілів факторів ризику і зростання смертності серед молодих жінок в порівнянні з літніми. Крім того, продовжують надходити повідомлення про підвищення внутрішньолікарняної, ранньої та пізньої смертності у жінок в порівнянні з чоловіками. Ці дані свідчать про наявність статеві-вікової взаємодії, в результаті якої молоді жінки мають особливо високий ризик смерті після ІМ. Механізми, що пояснюють це явище, на даний момент не визначені. Ймовірним поясненням несприятливих наслідків серед молодих жінок може бути унікальна, обумовлена статтю біологія, особливості прояву захворювання і характерні гендерні психосоціальні стресори, які впливають на спосіб життя і взаємодіють з біологією жіночого організму.

Жінки, які поступають з вперше виниклим ІМ, як правило, старші, ніж чоловіки (середній вік 71,8 vs 65 років), що може бути пов'язано з захисними ефектами циркулюючих естрогенів на ендотелій судин. Цю гіпотезу підтверджує значне підвищення ризику ІМ у жінок в постменопаузі. При цьому важко відрізнити вплив віку жінки від впливу самої менопаузи.

Складні механізми, внаслідок яких естрогени впливають на ризик розвитку ІХС, досліджені не повністю. Однак відомо, що прямі ефекти естрогенів на СС систему включають стимуляцію утворення оксиду азоту, яка призводить до вазодилатації, регулювання синтезу простагландинів і пригнічення проліферації гладеньких м'язів. Популяційні дослідження показали, що естрогенна недостатність у постменопаузі посилює ендотеліальну дисфункцію і стимулює відкладання ліпідів в судинній стінці, що з часом може привести до розвитку атеросклерозу. Однак, незважаючи на кардіопротекторні ефекти ендогенних естрогенів, результати оцінки ролі екзогенних естрогенів в первинній профілактиці ІХС у жінок в постменопаузі були переконливо негативними. Дослідження Women's Health Initiative показало, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) в постменопаузі не підходить для профілактики ІХС у жінок, які починають прийом препарату не відразу після менопаузи. Користь такого підходу у молодих жінок залишається непереконливою і в цій області необхідно проводити подальші дослідження. Тому, відповідно до діючих рекомендацій, проведення гормональної терапії з метою первинної або вторинної профілактики ССЗ у постменопаузі не рекомендується, оскільки гормональна терапія не запобігає прогресуванню існуючого атеросклерозу і призводить до розвитку гострих ускладнень ІХС у жінок похилого віку.

Фактори СС ризику

Незважаючи на те, що у чоловіків і жінок фактори ризику ІХС аналогічні, певні чинники ризику у жінок більш значущі, ніж у чоловіків. До таких належать куріння, ЦД 2 типу, депресія та інші психологічні порушення. Дослідження INTERHEART дозволило визначити дев'ять потенційно модифікованих факторів ризику ІМ у жінок - куріння, АГ, ЦД, співвідношення обхвату талії і стегон(МС), характер харчування, фізична активність, споживання алкоголю, плазмові рівні аполіпопротеїнів і психо-соціальні чинники (відведений цим факторам популяційний ризик ІМ у жінок склав 96%). У молодих жінок без п'яти основних традиційних факторів ризику (паління, АГ, ЦД, підвищений рівень холестерину [ХС] в плазмі і індекс маси тіла) ІХС є рідкісною подією, однак тільки приблизно 20% американських жінок у віці до 40 років відповідають цим критеріям низького ризику.

Майже у 50% жінок є > 3 метаболічних факторів ризику ІХС. Згідно з даними дослідження VIRGO, стан здоров'я молодих жінок з ІМ (фізичний і психічний стан, якість життя) значно гірший, ніж у чоловіків. Недавнє дослідження за участю молодих жінок з ІМ показало, що вони не можуть точно оцінити свій особистий ризик ССЗ, незважаючи на наявність ССЗ в

сімейному анамнезі. Крім того, був відмічений обмежений доступ жінок до профілактичної кардіологічної допомоги в період до розвитку ІМ.

1. Куріння. Куріння сигарет є найважливішою запобіжною причиною розвитку ІМ у жінок і однієї з провідних причин ІМ у жінок у віці <55 років, що підвищує ризик захворювання в 7 разів. У дослідженні INTERHEART куріння в анамнезі було більше пов'язане з ІМ у чоловіків в порівнянні з жінками, проте вплив тривалого куріння не залежав від статі пацієнтів. Серед пацієнтів з ІМ жінки в віці <55 років демонструють більш високу поширеність куріння і ожиріння в порівнянні з літніми пацієнтками. Ризик ІМ у жінок, які кинули курити, істотно знижується протягом 1-2 років і досягає рівня ризику для некурящих через 10-15 років. Незважаючи на загальне зниження споживання тютюну населенням США, в останні десятиліття ця тенденція серед жінок виражена слабше, ніж серед чоловіків.

2. Артеріальна гіпертензія. АГ є основним фактором ризику розвитку ІМ у жінок (наділений фактору популяційний ризик становить 36%, тобто при усуненні АГ, як фактора ризику, ймовірність розвитку ІМ знизиться на 36%). Зв'язок АГ з ІМ у жінок виражена в більшому ступені, ніж у чоловіків. Найбільш поширеною формою АГ у літніх жінок є ізольована систолічна гіпертензія. Ризик серцевої смерті у жінок з систолічним артеріальним тиском (АТ) понад 185 мм рт.ст. в 3 рази вище в порівнянні з жінками у яких рівень артеріального тиску нижче 135 мм рт.ст.

3. Дисліпідемія. Підвищені рівні загального ХС і ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) є предикторами смерті від серцевих подій як у літніх пацієток (> 65 років), так і у жінок середнього віку (<65 років), однак у жінок похилого віку сила і послідовність цього взаємозв'язку знижується. Низький рівень ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) і високі рівні тригліцеридів (ТГ) - також важливі показники, які у жінок є потужними факторами ризику ІХС. У дослідженні Health Study серед 32 826 медсестер в постменопаузі ХС ЛПВЩ був найточнішим ліпідним показником, що визначав ризик розвитку ішемічної хвороби серця. Рівні ліпопротеїнів відображають довгостроковий СС ризик. Однак для пацієнтів з ІМ існує ліпідний парадокс: хворі зі значно більш низькими рівнями ТГ і ХС ЛПНЩ показують більш високу внутрішню лікарняну і 30-денну смертність. Цей парадокс може пояснюватися особливостями популяції пацієнтів з подібними показниками ліпідного профілю, включаючи більш похилий вік і вищу поширеність ЦД.

4. Ожиріння і ЦД 2 типу. Третина американських жінок страждають на ожиріння, 7% - крайнім ступенем ожиріння (індекс маси тіла понад 40 кг/м²). Ожиріння особливо поширене серед представниць негроїдної раси, у них частота ожиріння і крайнього ступеня ожиріння становить 54 і 15% відповідно. Серед жінок у віці понад 60 років поширеність ожиріння за

останні 10 років збільшилася на 6,6%. Підвищення маси тіла пов'язано зі збільшенням ризику коронарних ускладнень: жінки з крайнім ступенем ожиріння демонструють 4-кратне збільшення ризику розвитку СС подій порівняно з худими жінками. Ожиріння є основним фактором ризику ІМ у жінок і підвищує ризик ІМ майже в 3 рази. Ризик ІМ, пов'язаний з метаболічним синдромом (МС) серед молодих жінок вище, ніж для будь-якої іншої групи пацієнтів; МС збільшує цей ризик приблизно в 5 разів. ЦД, обумовлений ожирінням і МС, підвищує відносний ризик коронарних подій у жінок сильніше ніж в чоловіків, що частково пов'язано з великою кількістю супутніх факторів ризику у жінок з ЦД і кращим виживанням (в порівнянні з чоловіками) жінок без ЦД. ЦД є особливо потужним фактором ризику у молодих жінок, що збільшує ризик розвитку ІХС, включаючи ГКС, в 4-5 разів. Як для чоловіків, так і для жінок, хворих на ЦД, 30-денна та річна смертність після ІМпST або нестабільної стенокардії / ІМбпST значно вище в порівнянні з пацієнтами без ЦД.

5. Депресія і інші психосоціальні фактори ризику. Психологічні чинники і емоційний стрес впливають на розвиток і клінічний перебіг ІХС, особливо у жінок. У дослідженні INTERHEART розвиток ІМ у жінок був тісно пов'язаний з сукупністю психосоціальних факторів ризику (депресія, стрес вдома / на роботі, низький локус контролю, а також важливі життєві події), скориговане відношення ризиків склало 3,5. У дослідженні VIRGO молоді жінки з ІМ, у порівнянні з чоловіками, показали значно вищу оцінку за шкалою сприйняття стресу. Серед цих жінок реєструвалась значно вища частота ЦД, депресії і анамнезу черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ) в порівнянні з чоловіками. Протягом року перед включенням у дослідження ці жінки найімовірніше пережили стресові події, в тому числі сімейні конфлікти, важкі травми, хвороби або смерть близької людини. У порівнянні з чоловіками жінки демонстрували гірший стан фізичного і психічного здоров'я. Високий рівень стресу асоціювався з гіршим відновленням показників здоров'я через місяць після ІМ.

У загальній популяції у жінок депресія розвивається приблизно в 2 рази частіше, ніж у чоловіків, і є важливим фактором ризику ІМ або серцевої смерті, збільшуючи рівень ризику для жінок приблизно на 50%. Останні дані свідчать про те, що депресія у жінок є потужним предиктором раннього ІМ і зв'язок депресії з розвитком ІМ і серцевої смертю більш виражена для жінок молодого і середнього віку, ніж для їхніх ровесників-чоловіків. У порівнянні з молодими чоловіками, молоді жінки з ІМ в дослідженні VIRGO частіше мали анамнез депресії. Навіть після коригування з урахуванням соціально-економічних показників, клінічних характеристик та тяжкості захворювання ймовірність наявності значних симптомів депресії у молодих жінок з ІМ була на 60% вище, ніж у

молодих чоловіків. Важливим незалежним чинником ризику раннього розвитку ІХС у жінок є важке дитинство, включаючи фізичне та сексуальне насильство. Згідно з висновками недавнього мета-аналізу, тривога є помірним, але незалежним фактором ризику ІХС та серцевої смерті як для чоловіків, так і для жінок.

Особливості клінічної картини ІМ у жінок

Вплив статевих відмінностей на клінічну картину ГКС є загальновідомим. Так, жінки частіше надходять зі скаргами на атипичну біль в грудях і еквівалентами стенокардії, включаючи біль у верхній частині спини, рук, шиї і щелепи, незвичну втому, задишку, диспепсію, нудоту або блювоту, відчуття серцебиття, слабкість і почуття страху. Болі в області плеча і біль в руці в два рази частіше пов'язані з діагнозом ГКС у жінок, ніж у чоловіків.

Статеві відмінності в клінічній картині можуть ускладнювати виявлення ішемічних симптомів, перешкоджати адекватному сортуванню, діагностичному пошуку і лікуванню ІМ. Помилковий діагноз і затримка в проведенні реваскуляризації ведуть до тяжких наслідків, включаючи високу смертність при ІМ.

У дослідженні GENESIS PRAXY біль в грудях була найбільш поширеним симптомом ГКС (незалежно від типу) для представників обох статей, однак жінки частіше мали більшу кількість симптомів і рідше скаржилися на біль в грудях, ніж чоловіки. В іншому дослідженні жінки у віці молодше 45 років з ІМ у порівнянні з чоловіками значно частіше не мали болю в грудях, але при цьому демонстрували більш високу внутрішньолікарняну смертність.

Часто молоді жінки з ІМ повідомляють про симптоми, які зникають і поновлюються, рецидивують і посилюються протягом днів, тижнів і місяців перед розвитком ІМ. Ці пацієнтки зазвичай не розглядають ІХС, як основну потенційну причину появи цих симптомів. Для жінок також характерно більш рідкісний розвиток обструктивних форм КХС, при цьому у 40% жінок з ГКС і необструктивною КХС виявляється розрив атеросклеротичної бляшки.

Особливості клінічної картини ІМ у жінок можуть пояснювати деякі гендерні відмінності в рівнях смертності. З жіночою статтю пов'язано збільшення часу до госпіталізації і початку терапії, що може негативно позначатися на показнику внутрішньолікарняної смертності жінок з ІМ. Також у жінок рідше проводиться коронароангіографія, хоча ризик смерті при ІМ для жінок вище, ніж для чоловіків.

У багатьох дослідженнях лікування ІМ у жінок починалося пізніше, ніж у чоловіків. В одному дослідженні медіана часу затримки склала 53,7 год. для жінок і 15,6 год. - для чоловіків. Затримка в зверненні за

медичною допомогою при симптомах цілком може сприяти гіршим наслідкам у жінок. До частих причин несвоєчасного звернення відносяться недостатня поінформованість про ризик, пасивність, неточна ідентифікація симптомів і наявність перешкод для надання самопомоги. Додаткові фактори, що збільшують термін до звернення пацієнтки до лікаря, включають літній вік, більш низький рівень освіти і соціально-економічний рівень. Анамнез стенокардії, ЦД, АГ, СН або дисліпідемії пов'язаний з відстроченням в зверненні за медичною допомогою, так само як самотність, інтерпретація симптомів як нетермінових і минутих, консультування з членами сім'ї, страх і збентеження.

1

Реваскуляризація міокарда (РМ) при ІМ у жінок

Жінки рідше звертаються за лікуванням з приводу ІМ у порівнянні з чоловіками. Незалежно від стратегії лікування - із застосуванням тромболітичної терапії (ТЛТ) або ЧКВ - жінки демонструють гірші результати, ніж чоловіки, що часто пов'язано з впливом інших факторів ризику. Жінки показують більш сприятливі наслідки після ЧКВ в порівнянні з ТЛТ в умовах ІМnST і кращі результати ранньої інвазивної стратегії при ІМбпST. У таблиці представлені головні реперфузійні стратегії і стратегії фармакотерапії в лікуванні ІМ у жінок відповідно до рекомендацій АНА / American College of Cardiology (ACC).

Таблиця.

Лікування ІМ у жінок: користь/ризик для окремих втручань і рекомендації

РМ при ІМnST	
ТЛТ	Підвищений ризик смертності і кровотеч у порівнянні з ЧКВ. Використовується в лікарнях, де немає можливості провести ЧКВ, при очікуваній значній затримці виконання первинного ЧКВ (більше 120 хв від першого медичного контакту). Немає конкретних рекомендацій щодо вибору препарату в залежності від статі пацієнта.
ЧКВ	Первинне ЧКВ пов'язано з більш низьким 30-денним рівнем смертності у порівнянні з ТЛТ. Характерно зниження ризику ЧКВ в порівнянні із застосуванням тромболітиків, але зберігається високий ризик судинних ускладнень. Стентування знижує ризик МАСЕ і реваскуляризації цільової судини в порівнянні з ангіопластиком. ЧКВ є кращою стратегією РМ в порівнянні з ТЛТ, проте залежні від статі рекомендації відсутні.
АКШ	Жінки мають підвищений ризик внутрішньолікарняної смерті в порівнянні з чоловіками. Рекомендації, залежні від статі, відсутні.
РМ при ІМбпST	

ЧКВ	Зниження смертності та ризику рецидиву ІМ при використанні ранньої інвазивної стратегії у жінок з групи високого ризику. Жінки з факторами високого ризику повинні отримати лікування відповідно до ранньої інвазивної стратегії.
Загальні Рекомендації	
Медикаментозне лікування	<p>ниження ризику повторних ішемічних подій при використанні АСК.</p> <p>Зниження ризику тромботичних ускладнень при використанні антитромботичної терапії. Збільшення ризику кровотеч у жінок, які отримують антитромбоцитарні агенти і антикоагулянти; особливу увагу при розрахунку дози слід приділити вазі пацієнтки і функції нирок.</p> <p>Жінки з ІМбпST повинні отримувати ту ж фармакологічну терапію (АСК, інгібітори P2Y12-рецепторів тромбоцитів, антикоагулянти, статини, БАБ, ІАПФ), що і чоловіки, як в гострій фазі ІМ, так і для вторинної профілактики СС подій.</p> <p>Конкретних рекомендацій щодо ведення пацієнтів з ІМпST, що залежать від статі, немає.</p>
зміна способу життя	<p>Відмова від куріння.</p> <p>Участь у відповідних сучасних програмах кардіореабілітації, включаючи навчання правильному способу життя, роботі зі стресом, відповідну корекцію маси тіла, дієти та фізичної активності.</p>

І. РМ при ІМпST

Тромболітична терапія(ТЛТ). ТЛТ, особливо при ранньому проведенні, знижує смертність незалежно від статі і віку пацієнта. В останньому керівництві АНА / АСС щодо ІМпST виконання ТЛТ рекомендується пацієнтам без протипоказань, які госпіталізуються в лікарні без можливостей проведення ЧКВ і у яких очікується виконання ЧКВ більш ніж через 120 хв після першого медичного контакту (І, А). Ця рекомендація стосується представників обох статей. Жінки, які отримують ТЛТ, показали більш високий рівень захворюваності і смертності, ніж чоловіки, що частково пояснюється гіршим вихідним клінічним профілем пацієнток (включаючи вік, частоту ЦД, АГ, СН). Дослідження GUSTO показало, що у жінок частіше спостерігається розвиток несмертельних ускладнень, включаючи шок, СН, повторний ІМ, рецидивуючу ішемію, кровотечу та інсульт, в порівнянні з чоловіками. Застосування еноксапарину як доповнення до ТЛТ знижувало 30-денний ризик смерті і повторного ІМ, але підвищувало ризик кровотеч у жінок. Незважаючи на ці відмінності в клінічних результатах, успіх ТЛТ (з урахуванням оцінки прохідності судини на 90-й хвилині і глобальній фракції викиду відразу

після введення тромболітиків і на 7-й день) був однаковим у чоловіків і жінок, які взяли участь в дослідженні GUSTO. У той же час, у жінок частіше відзначалися гіперкінезія міокарда поза зоною інфаркту і тенденція до більшої частоти повторної оклюзії (7,5 vs 5,1%, $p = 0,14$).

Жінки демонструють підвищений ризик геморагічних ускладнень: наприклад, в дослідженні GUSTO-1 ризик помірної або важкої кровотечі у жінок був збільшений в 1,43 рази. Жіноча стать є незалежним предиктором внутрішньочерепної кровотечі (ВЧК) на тлі ТЛТ. Крім того, жінки часто мають кілька відносних протипоказань (похилий вік, АГ і мала маса тіла), через що лікарі неохоче проводять у них ТЛТ.

В цілому ж ТЛТ корисна для пацієнтів з ІМnST і значно знижує смертність і захворюваність при проведенні терапії протягом 12 годин після появи симптомів ІМ.

Первинне ЧКВ. Ускладнення ТЛТ і той факт, що вона підходить не всім пацієнтам, обмежили використання тромболітиків в більшості розвинених країн. І оскільки ускладнення ТЛТ у жінок розвиваються частіше, у них є доцільним первинне ЧКВ. Об'єднаний аналіз 22 досліджень, які включили 6763 пацієнта з ІМnST, рандомізованих на первинне ЧКВ або ТЛТ, виявив, що жінки мали менший рівень 30-денний смертності при проведенні первинного ЧКВ, незалежно від того, були вони госпіталізовані протягом перших 2 год. після появи симптомів (7,7 VS 9,6%) або після більш ніж 2-годинної затримки (8,5 vs 14,4%). Примітною була надзвичайно висока смертність серед жінок з затримкою госпіталізації, які отримали ТЛТ.

Проведення первинної ангіопластики практично виключає ризик ВЧК і було незалежним предиктором виживання жінок з ІМ. Більша користь від первинного ЧКВ в порівнянні з ТЛТ отримала підтвердження в ангіопластичному субдослідженні GUSTO II-B, в якому первинне ЧКВ попереджувало 56 смертельних випадків у жінок порівняно з 42 смертями у чоловіків на 1000 пролікованих пацієнтів. Незважаючи на поліпшення прогнозу у жінок, що пройшли первинне ЧКВ, недавній метааналіз досліджень показав, що навіть після коригування з урахуванням вихідних відмінностей жінки з ЧКВ мають більш високий ризик смерті, ніж чоловіки (відносний ризик 1,48; 95% довірчий інтервал 1,07-2,05). Хоча первинне ЧКВ знижує ризик ВЧК в порівнянні з ТЛТ, у жінок зберігається підвищений ризик кровотеч, не пов'язаних з центральною нервовою системою. Судинні ускладнення і необхідність в переливанні крові частіше виникають у жінок, навіть при використанні антитромбінових препаратів в дозах, скоригованих за вагою. Тобто, жіноча стать залишається незалежним предиктором геморагічних ускладнень.

Незважаючи на те, що застосування стентів першого покоління були пов'язані з високим рівнем смертності у жінок, більш пізні дослідження

показали, що застосування у жінок металевих стентів при первинному ЧКВ в порівнянні з ангіопластиком знижує ризик важких небажаних СС явищ (МАСЕ) і реваскуляризації цільової судини, не впливаючи на ризик смерті або повторного ІМ. Об'єднаний аналіз, який проводився для порівняння стентів у жінок, показав, що застосування стентів з медикаментозним покриттям (СМП) останнього покоління було пов'язано зі зниженням ризику смерті або ІМ і зниженням частоти реваскуляризації цільової судини в порівнянні СМП більш ранніх поколінь і металевими стентами. Однак дані, що увійшли в цей аналіз, були отримані не тільки від пацієнтів з ІМnST.

Аорто-коронарне шунтування (АКШ). Незважаючи на те що багатосудинне ураження коронарного русла виявляється у 50% пацієнтів з ІМnST, які проходять термінову катетеризацію, ургентне АКШ при гострому ІМ проводиться дуже рідко. Як правило, прохідність цільової судини відновлюють за допомогою первинного ЧКВ; після відновлення прохідності судин виконується повторна оцінка показань до подальшого проведення АКШ. Результати систематичного огляду 23 опублікованих досліджень АКШ і великого реєстру (40 тис. пацієнтів, яким було виконано АКШ) показали, що жінки, які проходили АКШ, були старші і мали більш обтяжений фон, ніж чоловіки. Коригування з урахуванням вихідних відмінностей знизилася, але не усунула підвищений ризик внутрішньолікарняної смерті у жінок. Крім того, жінки мали більше післяопераційних ускладнень, включаючи ниркову недостатність, неврологічні ускладнення і післяопераційний ІМ.

2. РМ при ІМbnST

Жінки з ІМbnST мають більший ризик ускладнень, включаючи кровотечі, СН, шок, ниркову недостатність, повторний ІМ, інсульт і повторну госпіталізацію, ніж чоловіки. Численні дослідження показали, що жінки отримують користь від інвазивної стратегії лікування ІМbnST, і в останніх рекомендаціях АНА/ACC з ведення пацієнтів з ІМbnST рекомендація щодо дотримання ранньої інвазивної стратегії для жінок з високим рівнем ризику є рекомендацією класу I (рівень доказовості A). Ця рекомендація базується на результатах кількох досліджень, в яких проводився ретроспективний аналіз результатів з урахуванням статі пацієнтів, і результатів мета-аналізу, що показали значне зниження смертності та ІМ протягом року при використанні ранньої інвазивної стратегії у жінок з групи високого ризику. Мета-аналіз також показав значне - 33% зниження ризику смерті, ІМ або повторної госпіталізації з приводу ГКС (ОР 0,67; 95% ДІ 0,50-0,88) у жінок, які отримали інвазивне лікування. Згідно з науково-обґрунтованими даними, при неефективності медикаментозної терапії проведення РМ доцільно у вагітних з ІМbnST для лікування загрозливих для жінки ускладнень (Па, С).

Дослідження за оцінкою результатів використання СМП не виявив гендерних відмінностей короточасних і довгострокових результатів, включаючи серцеву смерть, ІМ, МАСЕ або реваскуляризацію цільового судини. Останні об'єднані дані показують, що СМП нового покоління відрізняються підвищеною безпекою і ефективністю в порівнянні з СМП перших поколінь і металевими стентами. Однак ці дані по СМП неспецифічні для пацієнтів з гострим ІМ.

Жінки з ІМбпST, які підходять для виконання АКШ, демонструють велику частоту післяопераційних ускладнень, таких як потреба в терапії вазопресорами, проведення внутрішньоаортальної баллонної контрпульсації, штучної вентиляції легенів, діалізу і гемотрансфузії. Однак довгострокові ризики смерті, ІМ або інсульту однакові у чоловіків і жінок. Незважаючи на те, що деякі з ранніх рандомізованих клінічних досліджень (РКД) виявили більш високу частоту подій, пов'язаних з ускладненнями АКШ, в групі інвазивної стратегії у жінок, пізні дослідження доводять сприятливий прогноз у жінок, що пройшли АКШ.

Медикаментозна терапія (табл.)

Метою фармакотерапії ІМ у жінок є зниження захворюваності і смертності, профілактика ускладнень і поліпшення якості життя. До основних лікарських препаратів відносяться антиагреганти, Б - адреноблокатори (БАБ), інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) і статини. Обсяг достовірних даних про статеві відмінності в ефективності і безпеці медикаментозної терапії ІМ не великий, оскільки багато досліджень включали лише невелику кількість жінок. Проте, є підстави вважати, що переваги від терапії ІМ не залежать від статі. Керівництво АНА/АСС з лікування ІМбпБТ (2014 року) рекомендує лікувати жінок з ІМбпБТ тими ж фармакологічними агентами, які використовуються для лікування чоловіків, як в гострій фазі ІМ, так і з метою вторинної профілактики. Разом з тим, через високий ризик кровотеч у жінок при дозуванні антиагрегантів і антикоагулянтів, слід враховувати масу тіла і ниркову функцію. Особливі рекомендації стосуються ЗГТ у жінок після ІМ: в даний час вважається, що ЗГТ (естроген або поєднання естрогену і прогестина) не повинна починатися або відновлюватися у жінок в постменопаузі після ІМ. За відсутності доказів ефективності такого підходу, жінки також не повинні використовувати антиоксидантні та вітамінні добавки (наприклад, вітаміни Е і С, бета-каротин), фолієву кислоту, з або без вітамінів В6 і В12 для вторинної профілактики ССЗ після ІМ.

1. Антиагреганти і антикоагулянти. У дослідженнях з вторинної профілактики ГКС ацетилсаліцилова кислота (АСК) була однаково

корисна в профілактиці повторних ішемічних подій у чоловіків і жінок. У дослідженні ISIS-2 відзначалося зниження судинної смертності на фоні лікування АСК в порівнянні з плацебо на 22% у чоловіків і на 16% - у жінок. За даними мета-аналізу плацебо-контрольованих досліджень вторинної профілактики, які порівнюють антиагреганти (переважно АСК) з плацебо у чоловіків і жінок, антиагреганти знижували загальний ризик будь-якої серйозної серцево-судинної події на 19% і ризик ішемічного інсульту - на 22%. Мета-аналіз РКД АСК показав, що серед чоловіків і жінок з анамнезом судинних захворювань терапія АСК знижує ризик подальших СС подій на 25%. Також проводилися дослідження, які порівнюють ефективність АСК та інших антиагрегантів у чоловіків і жінок. Згідно з аналізом даних у 11 265 пацієнтів з анамнезом ІМ і 6765 хворих з анамнезом цереброваскулярних захворювань (транзиторна ішемічна атака або інсульт), АСК знижує ризик серйозних коронарних подій (ІМ або коронарна смерть) і ризик інсульту в однаковій мірі у чоловіків і жінок (зниження ризику коронарних подій на 19 і 25%, зниження ризику інсульту на 17 і 22% у чоловіків і жінок відповідно). У дослідженні CURRENT-OASIS 7 не було виявлено значної різниці в частоті розвитку комбінованої кінцевої точки (СС смерть, ІМ та інсульт) між групами пацієнтів з ГКС, які отримували більш високу (300-325 мг / добу) і нижчу (75 -100 мг / добу) дози АСК, при цьому, за даними заздалегідь запланованого аналізу в підгрупах, ефекти АСК не залежали від статі пацієнтів (р для взаємодії 0,59).

У мета-аналізі п'яти великих РКД лікування клопідогрелем було зв'язане зі значним загальним зниженням СС ризику в порівнянні з плацебо у осіб обох статей. У цих дослідженнях жінки становили 20-39% від досліджуваної популяції, проте зниження ризику серед них було значним лише для ІМ, але не для інсульту і не для загальної смертності, в той час як серед чоловіків значно знижувався ризик за всіма трьома вказаними кінцевими точками. У дослідженнях щодо празугреля і тикагрелора, то відмінностей у ефективності в залежності від статі не виявлено.

Значна взаємодія між лікуванням і статтю щодо СС подій було виявлено в дослідженнях інгібіторів глікопротеїнових рецепторів (ІГП)Пв/ІІа, в яких жінки з ГКС показали гірший результат лікування (більш високий ризик смерті і ІМ протягом 30 діб в порівнянні з плацебо), ніж чоловіки. Після коригування з урахуванням рівня тропоніну статеві відмінності в ефектах ІГП Пв/ІІа зникали. Пізніші дослідження в умовах одночасного прийому клопідогреля не виявили гендерних відмінностей в результатах, пов'язаних з прийомом ІГП Пв/ІІа. Серед пацієнтів з ІМпST ранній початок застосування ІГП Пв/ІІа пов'язано з підвищеною прохідністю інфарктзалежної артерії перед первинним ЧКВ, а також з

поліпшенням епікардіального кровотоку і зниженням смертності після первинного ЧКВ у жінок.

Застосування антикоагулянтів у пацієнтів з ІмпСТ і ІМбпСТ з метою профілактики тромбоутворення в зоні ушкодження артерії і зниження ризику тромботичних ускладнень є, згідно АНА/АСС, рекомендацією І класу, незалежно від стратегії РМ. Вивчення основних антикоагулянтів - нефракціонованого гепарину, низькомолекулярних гепаринів, бівалірудину і фондапаринукса - не виявило гендерних відмінностей в їх ефективності.

Доведено ефективність і безпечність антитромбоцитарної терапії для жінок після ІМ, проте жінки мають значно вищий ризик кровотеч після ІМ, ніж чоловіки. Згідно з керівництвом АНА/АСС з лікування ІмпСТ (2013), жіноча стать є фактором ризику геморагічних ускладнень після ІмпСТ, проте окремі рекомендації щодо застосування антитромбоцитарних або антикоагулянтних препаратів у жінок не розроблені. У керівництві АНА/АСС з ведення пацієнтів з ІМбпСТ (2014 року) у жінок в гострому періоді ІМ і для вторинної профілактики ІМ рекомендується призначати ту ж терапію, що і у чоловіків. Однак, щоб знизити ризик кровотеч у жінок, виправдане коригування доз антиагрегантів і антикоагулянтів з урахуванням маси тіла і функції нирок (1, В). Також слід пам'ятати, що в пременопаузі у менструюючих жінок антиагреганти можуть значно збільшити обсяг менструальної кровотечі.

2. БАБ. Терапія із застосуванням БАБ після ІМ була пов'язана з покращенням результатів. Така терапія знижує частоту шлуночкових аритмій, рецидивуючої ішемії, повторного ІМ, розмір ІМ і ризик смерті.

Застосування БАБ пов'язано зі зниженням смертності на 21%, зниження ризику раптової смерті - на 30%, зниження частоти повторного ІМ на 25%. БАБ вважають однаково корисними при лікуванні жінок і чоловіків.

3. ІАПФ / БРА. За даними численних РКД, ІАПФ/БРА покращують виживання і знижують ступінь дилатації ЛШ після ІМ. БРА також ефективні, як і ІАПФ, і вважаються альтернативним варіантом терапії. Про гендерні відмінності у впливі цих препаратів відомо мало, оскільки жінки рідко брали участь в дослідженнях БРА/ІАПФ після ІМ, а окремі дослідження для жінок не проводилися. Мета-аналіз досліджень ІАПФ показав тенденцію до зниження смертності (13,14 vs 20,1%) і частоти комбінації смертності та госпіталізації (20,2 vs 29,5%) у пацієнток, які отримували ІАПФ, в порівнянні з тими, хто не отримував ці препарати. Інший мета-аналіз показав, що жінки і чоловіки з симптомами СН отримують однаково користь від лікування ІАПФ; однак, виявлене у чоловіків значне зниження рівня смертності серед безсимптомних пацієнтів з СН, у жінок не було встановлено. Частота побічних ефектів,

пов'язаних з прийомом препаратів, значно нижче для БРА, ніж для ІАПФ. Однак, ризики гіперкаліємії, порушення функції нирок і тератогенних ефектів еквівалентні для БРА і ІАПФ.

4. статини. Прийом статинів є ще одним наріжним каменем фармакотерапії після ІМ. У дослідженні 4S (оцінка вторинної профілактики у 4444 пацієнтів зі стенокардією або анамнезом ІМ і підвищеним рівнем ХС) зазначалося 30% зниження відносного ризику серцевої смерті пацієнтів, рандомізованих на отримання статинів. При аналізі в підгрупі, що складається з 827 жінок, відносний ризик смерті від ІХС на тлі прийому статинів склав 0,86 (95% ДІ 0,42-1,74) порівняно з жінками, які отримували плацебо. В іншому великому дослідженні ефективності статинів - CARE (4159 пацієнтів з ІМ в анамнезі та незначно підвищеним рівнем ХС), було виявлено, що 5-річна статинотерапія знижувала ризик СС ускладнень як у чоловіків, так і у жінок. У субдослідженні цього дослідження, що включало 576 жінок і спостерігали в інтервалі від 6 до 12 міс після початку терапії, жінки, які отримували статини, демонстрували на 43% менший ризик смерті в зв'язку з ІХС і на 57% менший ризик рецидиву ІМ у порівнянні з плацебо. У дослідженні вторинної профілактики LIPID взяли участь 1516 жінок. Результати показали, що користь від статинотерапії для жінок аналогічна користі, яку отримують чоловіки. У дослідженні PROVE IT-TIMI 22 взяли участь 21,9% жінок, у яких інтенсивна терапія статинами була пов'язана зі значним відносним зниженням ризику первинної комбінованої кінцевої точки - на 25% в порівнянні з 14% у чоловіків. Профіль безпеки статинів був однаковим у жінок і чоловіків. Ці дослідження демонструють позитивну роль терапії статинами у пацієнтів з високим ризиком ІХС незалежно від статті. Мета-аналіз показав, що терапія статинами є ефективною з метою вторинної профілактики ССЗ як у чоловіків, так і у жінок, хоча в останніх не було виявлено корисної дії статинів на ризик інсульту або загальної смертності.

Недавній аналіз з оцінки впливу статі на зниження рівня ліпідів, ризику СС подій і небажаних явищ в шести великих РКД показав, що зміна рівнів ліпідів на тлі прийому статинів була однаковою у чоловіків і жінок. У жінок на відміну від чоловіків рівень ХС ЛПНЩ був суттєвим предиктором інсульту. Частота відміни лікування в зв'язку з розвитком побічних ефектів була вище у жінок в більшості досліджень, включених в цей аналіз.

Ускладнення після ІМ

Частота ускладнень після ІМ у жінок вище, ніж у чоловіків: у жінок частіше виникають кровотечі, вторинні по відношенню до фармакологічної терапії або інвазивних процедур, а також СН і механічні ускладнення ІМ.

1. Кровотечі. Одним з факторів ризику кровотеч у жінок є антитромботична (АТТ) і антиагрегантна терапія. Дані реєстра GRACE, що включив 24 045 пацієнтів, показали, що ризик кровотеч під час госпіталізації у жінок з ІМ на 43% вище, ніж у чоловіків; при ІМпST гендерна різниця в ризиках збільшується до 71%. У жінок, що проходили ЧКВ, також спостерігається значно вищий рівень внутрішньолікарняних великих кровотеч, в тому числі пов'язаних з судинним доступом, в порівнянні з чоловіками. Таке зростання геморагічного ризику може бути пов'язане з неправильним дозуванням препаратів для АТТ у жінок, оскільки проведені аналізи виявили високий ризик кровотеч у пацієток, які отримували АТТ, незалежно від віку, ваги, вихідного тиску, функції нирок, базового гематокриту та інших чинників потенційного втручання. Кровотечі у жінок були, в основному, пов'язані з маніпуляцією і приводили до високої захворюваності і смертності. Кровотечі з місця доступу є найпоширенішим типом геморагічного ускладнення після ІМпST, при цьому жіноча стать ідентифікується як один з факторів ризику кровотеч при стегновому доступі. Інші чинники, пов'язані з кровотечею з місця доступу, включають більший розмір інтродюсера, постпроцедурне застосування гепарину, більш високий показник активованого часу згортання крові і пізніше видалення інтродюсера після процедури.

В дослідженнях ТЛТ при ІМ у жінок зазначалося про значно більшу кількість кровотеч, ніж у чоловіків. Жіноча стать, навіть після коригування з урахуванням інших факторів, є потужним прогностичним фактором для розвитку кровотеч, особливо ВЧК. За даними множинного аналізу, найпотужнішими незалежними предикторами кровотечі при ТЛТ є похилий вік, низька маса тіла пацієнта і жіноча стать. Жінкам після ІМ рекомендована довічна антитромбоцитарна терапія з ретельним моніторингом, покликаним знизити ризик кровотеч. Ефективність різних стратегій профілактики кровотеч (застосування пристроїв для оклюзії місця пункції судин, використання бівалірудину, радіального доступу або комбінований підхід) вивчалася в великій когорті, що складається з понад 500 тис. учасників реєстра CathPCI. Ефективність будь-якої з цих стратегій була однаковою у чоловіків і жінок (75,4 vs 75,7% відповідно), при цьому при невикористанні перерахованих стратегій кровотечі частіше розвивалися у жінок, ніж у чоловіків (12,5 vs 6,2%; $p < 0,01$). Дослідження SAFE-PCI було першим РКД з оцінкою різних судинних доступів, в якому брали участь лише жінки. Дослідження виявило зниження ризику

кровотеч або судинних ускладнень, якщо для планової або екстреної катетеризації серця використовувався радіальний доступ. При аналізі в підгрупі жінок, які пройшли ЧКВ, використання радіального доступу показало тенденцію до поліпшення результатів, але не забезпечило значного зниження ризику кровотеч або судинних ускладнень. Основним обмеженням даного дослідження було дострокове припинення зарахування учасниць, в зв'язку з чим вибірка підгрупи ЧКВ була значно меншою за очікувану.

Незважаючи на всі досягнення сучасної медицини, частота кровотеч після ЧКВ у жінок залишається майже в 2 рази вище, ніж у чоловіків, тому слід звернути особливу увагу на масу тіла, функцію нирок і рекомендації з дозування препаратів у жінок.

2. Кардіогенний шок (КШ). КШ найчастіше виникає внаслідок порушення насосної функції серця в умовах великого переднього ІМ. Інші причини КШ включають механічні ускладнення ІМ та ІМ правого шлуночка. Зазвичай КШ розвивається протягом 24 год після маніфестації ІМ і підвищує рівень смертності до 48-70%, при цьому рання РМ знижує смертність від ІМ-асоційованого з КШ. Жінки перебувають в групі підвищеного ризику розвитку КШ при ІМ, незважаючи на, як правило, менш поширену ІХС і менший розмір зони некрозу. Факторами, що підвищують поширеність КШ у жінок, є похилий вік і також наявність ЦД, АГ і фонової СН. З урахуванням ролі ранньої РМ в зниженні ризику смерті від КШ, викликаного ІМ, рання реваскуляризація (ЧКВ або АКШ) рекомендована всім пацієнтам без протипоказань до втручань, у яких КШ пов'язаний з порушенням насосної функції міокарда після ІМ.

Використання внутрішньоаортального балонного насоса показане для гемодинамічної підтримки жінок з КШ при неможливості швидкої стабілізації гемодинаміки за допомогою фармакологічної терапії. Пацієнтки з рефрактерним КШ розглядаються як кандидати на застосування лівошлуночкового пристрою для допоміжного кровообігу.

3. СН. Жінки більш схильні до розвитку СН на тлі ІМ, ніж чоловіки, і мають більш високий клас СН за Killip, що може бути пов'язано з більш високою частотою фонової АГ, ЦД і СН, а також з більшою відстрочкою госпіталізації при ІМ, ніж у чоловіків. З урахуванням значної користі від ранньої РМ у пацієнтів з ГКС, жінкам з ІМ-асоційованою СН показана рання ангіографія з стратифікацією ризику і РМ у відповідних випадках. Медикаментозна стабілізація пацієнток з СН за допомогою діуретиків, вазодилататорів, інотропних агентів і механічної підтримки кровообігу повинна проводитися за наявності показань. При відсутності протипоказань пацієнткам з переднім ІМпST і СН або зниженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ (<40%) повинні призначатися ІАПФ або БРА (протягом 24 годин після госпіталізації з приводу СН). Після стабілізації

гемодинаміки жінкам з ІМ-асоційованою СН необхідно призначити БАБ. Жінкам з ІМ-асоційованою СН і ФВ ЛШ <40% на тлі прийому терапевтичних доз ІАПФ і БАБ необхідно призначити антагоніст рецепторів альдостерону (за відсутності протипоказань).

4. Механічні ускладнення. Механічні ускладнення виявляються в 12% випадків ІМ-асоційованого КШ, пов'язані з високим рівнем смертності та зазвичай вимагають термінового хірургічного втручання. Жінки відрізняються підвищеним ризиком розвитку механічних ускладнень, зокрема гострої важкої мітральної регургітації (ГВМР), після ІМ. ГВМР є причиною 7% випадків ІМ-асоційованого КШ і може бути пов'язана з розривом папілярного м'яза або постінфарктним ремоделюванням ЛШ. ГВМР часто розвивається протягом доби після маніфестації ІМ, призводить до швидкого порушення гемодинаміки зі смертю 55% пацієнтів. При розриві папілярного м'яза відповідним кандидатам показана екстрена операція. Для стабілізації стану пацієнтки, яка чекає на хірургічне втручання, показані медикаментозна терапія і застосування внутрішньоаортального балонного насоса або інших пристроїв для механічної підтримки кровообігу. Усунення ішемічної мітральної регургітації може бути досягнуте за допомогою медикаментозної терапії та ранньої РМ, хоча іноді може знадобитися пластика або заміна мітрального клапана.

Ще одним механічним ускладненням ІМ у жінок є розрив міжшлуночкової перегородки (МШП), ризик якого підвищують похилий вік і статус некурця. Це явище ускладнює менше 1% всіх ІМ і пов'язане з 4% випадків ІМ-асоційованого КШ. Розрив МШП зазвичай відбувається протягом доби після розвитку ІМ, часто у пацієнтів без анамнезу ІМ. Без хірургічного втручання рівень смертності при цьому ускладненні складає 94-100%. Хірургічна корекція розриву МШП знижує показник 30-денний смертності до 45-80%, тому таким хворим показано невідкладне хірургічне втручання.

Розрив вільної стінки ЛШ і тампонада серця також частіше виникають у жінок, ніж у чоловіків. При цьому похилий вік, передній ІМ і відстрочена ТЛТ є додатковими факторами ризику ускладнення. Розрив вільної стінки ЛШ, як правило, розвивається протягом одного тижня після появи ознак ІМ. Хоча частота розриву стінки ЛШ невисока (менше 1% від всіх ІМ, викликає 1,4% випадків ІМ-асоційованого КШ), він пов'язаний з 55-60% смертельних випадків і є другою найпоширенішою причиною смерті від порушення насосної функції ЛШ після ІМ. Первинне ЧКВ захищає пацієнток від цих ускладнень, можливо, через профілактику геморагічної трансформації зони ІМ. Оскільки жінки рідше виживають при розриві стінки серця, ніж чоловіки, негайна операція показана всім жінкам з цим ускладненням.

З повним текстом консенсусу (наукової угоди) англійською мовою можна ознайомитися на сайті: <http://circ.ahajournals.org>.

Література:

1. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2016 року; Jan 26; doi: 10.1161 / CIRCULATION.0000000000000351.

2. Острый инфаркт миокарда у женщин: научное соглашение American Heart Association (2016) – автор обзора Мицько Н.// Кардиологический альманах – 2016.- Ведение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями : от доказательной медицины к повседневной практике.- Киев,2016.-с.156-174.

*Багній Л.В., Багній Н.І., Стельмах О.Є., Корда І.В.,
Зарічанська Х.В., Альперін Л.*

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ВУЗЛУВАТОЇ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського» МОЗ України,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика*

ВСТУП. Лейоміома матки (ЛМ) – доброякісне гормонзалежне пухлинне захворювання, яке розвивається з фенотипно змінених клітин міометрію. ЛМ часто діагностується в активному соціальному та репродуктивному віці, коли проведення класичного радикального лікування у вигляді видалення пухлини фатально порушує дітородну функцію. Тому пошук препаратів для лікування доброякісних проліферативних захворювань органів репродуктивної системи є досить актуальним.

МЕТОЮ нашого дослідження було проведення аналізу результатів лікування жінок репродуктивного віку з ЛМ.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Проведено обстеження 28 жінок репродуктивного віку з наявністю лейоміоми матки величиною до 12 тижнів, які були поділені на дві групи в залежності від методу лікування. Пацієнкам першої групи порівняння (n=13) було введено внутрішньоматкову система із левоноргестрелом. Пацієнткам другої, основної групи (n = 15) після проведеної в анамнезі гормональної терапії ЛМ та відсутності явного позитивного ефекту був призначений комплексний багатоцільовий препарат рослинного походження Епігалін, що містить 200 мг індол-3-карбінолу та 45 мг епігалокатехін – 3-галат по 1 таблетці двічі на день впродовж 6 місяців.

Протипухлинний ефект індол3-карбінолу і його метаболіту диіндолілметану є результатом таких його властивостей: нормалізація метаболізму естрадіолу; пригнічення ростових факторів; індукція ферментів, що метаболізують канцерогени; стимуляція відновлення ДНК, індукція клітинного апоптозу. Поряд з цим відбуваються регуляція функції генів, які контролюють клітинний цикл та клітинну проліферацію.

Контрольну групу склали 15 пацієнтів з ЛМ, які перебували під наглядом без лікування.

З метою оцінки результатів лікування пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого тазу та доплерометрію вузлів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У пацієнток першої групи порівняння через 6 місяців спостереження достовірних змін в об'ємі матки не було, а в діаметрі домінуючого міоматозного вузла відзначалась тенденція до його зростання

В основній групі відзначались суттєві зміни: через 3 місяці у 55% випадків спостерігались стабілізація міоматозних вузлів, у 23% зменшення їх розміру в середньому на 25% і у 22% випадках – спостерігалось збільшення на 10%.

Після 6-и місячного лікування показники мали позитивну тенденцію: у 70% жінок досягнуто стабілізацію вузла, у 27% випадків зменшення на 30% і в 3% - збільшення вузла. Динаміку зміни об'єму матки в основній групі представлено наступним чином: через 3 місяці об'єм матки зменшився на 10%, а через 6 місяців на 40%.

ВИСНОВОК. Широкий спектр молекулярних ефектів забезпечує патогенетичний ефект препарату на основі індол-3-карбінолу, а саме Епігаліну у лікуванні проліферативного захворювання органів малого тазу – лейоміоми матки. Це дозволяє нормалізувати не лише клінічну картину захворюваності, що проявляється усуненням больового синдрому та проявів дисменореї, але й стабілізує розміри матки у репродуктивному віці.

УДК 618.11/12-002-055.23-02:616.61/.62-07-08

Боднарюк О.І., Андрієць О.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ СЕЧІ ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ, ЩО СФОРМУВАВСЯ У ПАЦІЄНТОК НА ТЛІ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Репродуктивне здоров'я дівчат є основою нормальної демографічної ситуації в країні, адже, саме в пубертатному періоді закладається основа можливої генітальної та соматичної патології. Стан популяційного здоров'я і розвиток будь-якого суспільства значною мірою визначається

рівнем здоров'я підлітків, які формують його демографічний резерв, культурний, інтелектуальний та професійно-виробничий потенціал. Формування репродуктивного здоров'я сучасної молоді – важлива проблема, якій присвячено багато досліджень.

Оскільки в групі пацієнок, яку склало 116 дівчат, сальпінгофорит формувався і перебігав на фоні циститу (31 пацієнтка), пієлонефриту (38 осіб), а в 47 дівчат були випадки пієлонефриту або циститу за ретельно зібраним анамнезом, нами проведено бактеріологічне обстеження сечі, яку брали у кожної пацієнтки вранці, які протягом 10-ти днів перед забором сечі не вживали антибактеріальних препаратів (антибіотиків).

У 47 (40,52%) пацієнок, із виявленою урологічною патологією за анамнестичними даними, виявити будь-який мікроорганізм не вдалося, а у 69 (59,48%) пацієнок виділено та ідентифіковано 79 штамів умовно-патогенних бактерій.

За індексом постійності у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, що розвинувся на тлі пієлонефриту або циститу, домінуючим видом є кишкова паличка, а протеї, клебсієли та ентерококи є випадковими в цьому біоті при урологічній патології. За частотою зустрічання у сечі вони є провідними мікроорганізмами у цьому біотопі.

Для характеристики різноманіття мікробіоценозу сечі, що контамінована умовно-патогенними бактеріями, вираховували індекс видового багатства Маргалефа. Найбільше значення індексу Маргалефа встановлено в ешерихій. Сама сеча для кишкової палички достатня для існування. Клебсієли, протеї та ентерококи також можуть існувати, але їх здатність до існування у сечі значно нижча, ніж у кишкової палички.

Важливе значення для існування мікроорганізмів в асоціаціях надається коефіцієнту Жаккарда, який є найбільш достовірним показником взаємовідносин між певними видами мікроорганізмів. За цим показником у сечі ешерихії готові до екологічної спільності існування у біотопі як синергісти з іншими мікроорганізмами. Але протеї, клебсієли та ентерококи у сечі у взаємовідносинах з іншими, наприклад, з ешерихіями, зазнають антагоністичний вплив.

Як згадувалося вище, у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, що розвинувся на тлі супутньої урологічної патології запального генезу у 59 (85,5%) виявляється монокультура, і тільки у 10 (14,49%) встановлена асоціація, що складається з 2-х мікробних таксонів.

Таким чином, у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, сформований на фоні урологічної патології запального генезу, виявляються умовно-патогенні ентеробактерії (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp.) та ентерококи. При цьому ешерихії є константними, домінують у біотопі і здатні до спільного існування з іншими мікроорганізмами.

Георгіяни М.А.¹, Крутько Є.М.², Юрченко О.М.²

НАЛЕЖНИЙ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВИШКРІБАНЬ ПОРОЖНИНИ МАТКИ

*ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»²
Харківська медична академія післядипломної освіти¹*

Вступ: Хоч в останні часи жінка і стала рівноправним членом економічного суспільства, все одно лишається жінкою та потребує особливо пильної уваги до свого здоров'я. Нажаль статистика говорить про зростаючі темпи росту онкологічної патології як в цілому, так і репродуктивної жіночої системи прицільно. Це породжує необхідність вдосконалювати діагностику та лікування новоутворень жіночих статевих органів.

Метою нашого дослідження був підбір комбінації лікарських засобів для забезпечення належного анестезіологічного супроводу вишкрібань порожнини матки, як одного із найефективніших шляхів діагностики онкологічної патології цього органу.

Завдання: використання з метою забезпечення додаткової знеболюючої дії препаратів групи нестероїдних протизапальних засобів на етапі премедикації перед виконанням вишкрібання порожнини матки.

Матеріали та методи: В період с 08.2016-12.2016 до ДУ «ІМР ім. С.П.Григор'єва НАМН України» в амбулаторному порядку 36 пацієнткам із підозрою на новоутворення тіла матки/ або цервікального каналу було виконано фракційне вишкрібання. Середній вік хворих склав 32 роки (від 25-57 років), середня вага – 73 кг (47-116 кг). З них 17тьом було виконано поліпектомії та 19тьом - діагностичних вишкрібань порожнини матки матки. Втручання проводились в умовах внутрішньовенної анестезії із збереженим спонтанним диханням в середньому впродовж 8,5 хвилин (від 5-13). За для цього всім жінкам катетеризували периферичну вену. Хворі були розділені на 2 групи по 13 чоловік. За 20 хвилин до прогнозованої маніпуляції пацієнткам першої з них проводили внутрішньовенну премедикацію що складалася з метоклопраміда 10 мг та атропіна сульфату із розрахунку 0,1 мг/кг; жінкам другої групи до складу премедикації було додано 50 мг декскетпрофена.

Задля забезпечення анестезії під час самого втручання в обох групах було використано комбінацію пропофола, фентаніла, та кетаміна. Дозування цих препаратів на етапі індукції складало 2 мг/кг, 0,0015 мг/кг, та 0,3 мг/кг відповідно. Для підтримки анестезії пропофол вводився зі швидкістю 2,5 мг/кг/г, фентаніл 0,002 мг/кг/г, а кетамін 1 мг/кг/г.

Результати: Ефект індукції в обох групах спостерігався без суттєвих часових відмінностей. Психомоторне збудження не спостерігалось у жодної пацієнтки. Одразу після досягнення хворими необхідної глибини наркозу розпочинали оперативне втручання. Підтримці анестезії потребували 10 пацієток з першої групи, та 4 з другої, що складало 77 та 31% відповідно. Загальна доза пропофолу в другій груп складала 150 мг, фентанілу – 0,1 мг, кетаміну – 22,5 мг, у першій – 180мг, 0,103мг та 23,4 мг відповідно. Пробудження пацієток першої групи відбувалось в середньому на 4 (3-6,5 хв) хвилині після завершення маніпуляції, у другій групі 36% жінок за окликом одразу ж відкривили очі та могли чітко орієнтуватися в просторі та часі, інші прокидались в середньому на 2,5 хвилині (30 сек – 2,5 хв). Після 4 хвилин спостереження за хворими від моменту пробудження та впевненості у ясності свідомості та повній компенсації вітальних функцій вони були переведені до загальної палати.

Висновки: Отже спираючись на отримані данні, можна стверджувати, що застосування на етапі премедикації нестероїдного протизапального засобу з метою превентивного анальгетичного впливу здатне на 46% зменшити необхідність введення підтримуючої інфузії седатиків та наркотичних анальгетиків та на 38% час відновлення свідомості. Досягненні результати з часом можуть збільшити комплаєнс жінок до більш пильного ставлення до стану свого здоров'я та попередити розвиток злякисних новоутворень матки.

Геряк С.М., Гуменна І.Є.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського» МОЗ України*

ВСТУП. Виношування вагітності та пологи при артеріальній гіпертензії значно погіршують стан здоров'я жінки, провокують прогресування захворювання, виникнення судинних ускладнень і можуть навіть бути причиною смерті жінки та дитини. Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) є незалежним чинником ризику розвитку порушень мозкового і ниркового кровообігу, спричиняє системні гемодинамічні розлади, підвищення загального периферичного опору судин, а також значно збільшує ймовірність розвитку хронічної хвороби нирок. Артеріальна гіпертензія (АГ), виявлена під час вагітності трансформується в преєклампсію в 50% випадків, а переєклампсія на тлі гіпертонічної хвороби при неадекватному лікуванні може прогресувати в еклампсію в 17-35% випадків.

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ було виявити фактори, які впливають на розвиток преєклампсії у вагітних з різними формами гіпертензивних порушень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проведено ретроспективний аналіз медичної документації вагітних жінок з артеріальною гіпертензією, а також преєклампсією, яка розвинулась на фоні ХАГ, які перебували на лікуванні у відділенні патології вагітних та відділенні екстрагенітальної патології Тернопільського обласного перинатального центру «Мати і дитина». Нами виконана багатопланова розробка 562 комплектів історій пологів з обмінними картами вагітних жінок з гіпертензивними розладами, котрі відповідали критеріям включення в дослідження. Критеріями включення документації у дослідження були: 1) наявність одного із варіантів АГ (гіпертонічної хвороби I–II стадії, АГ на тлі патологічних станів, що супроводжуються вегето-судинною дисфункцією, та/або епізодів АГ в анамнезі); 2) відсутність гіпертонічної хвороби III стадії та симптоматичних АГ; 3); відсутність клінічних проявів преєклампсії на початку спостереження; 4) можливість спостереження за усіма пацієнтками з 12-го тижня до

завершення вагітності. Для статистичної обробки вказані історії пологів було розділено на 4 блоки: перший блок – 138 історій, де жінки нехтували лікуванням ХАГ до вагітності; другий блок - 142 історій пологів де основними терапевтичними підходами до лікування ХАГ до вагітності було застосування іАПФ; третій блок – 144 жінки, які отримували бета блокатори; четвертий блок – 140 жінок без АГ та/чи іншої соматичної патології на початку спостереження, у яких АГ в т.ч. як і прееклампсія розвинулась під час вагітності.

ВИСНОВКИ: З анамнезу з'ясовано, що медіана віку жінок з ХАГ становить 28-32 роки, в тому числі для першовагітних, що перевищує середній вік для популяції. Також було зроблено висновок, що ХАГ формується в молодому віці, а вагітність, як додатковий фактор навантаження, сприяє ранній маніфестації симптомів АГ. Одним з найважливіших факторів ризику розвитку АГ та розвитку на її фоні поєднаної прееклампсії є спадковий: наявність артеріальної гіпертензії у матері і батька вагітної. Суттєвий вплив спричиняють соціальні фактори (тютюнопаління, вживання алкоголю, стресовий та малорухливи спосіб життя, зловживання гострою та солодкою їжею).

В результаті проведеного аналізу також встановлено, що найчастіше прееклампсія розвивалась у жінок з ХАГ, які нехтували терапевтичним лікуванням до вагітності, найнижчий показник був у жінок, в схему лікування яких було включено препарати з вазодилатуючим ефектом.

Показова була різниця в термінах гестації початку розвитку прееклампсії у жінок з ХАГ. Так у вагітних з ХАГ прееклампсія розвивається на 2-3 тижні раніше, ніж у жінок без наявної ХАГ.

УДК: 618.39-02:616.9-002.2-08

*Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Базян І.Г.,
Петренко Н.В., Збіглей О.С.*

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ВОГНИЩА ІНФЕКЦІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Формування здорової нації можливо лише за умови профілактики захворюваності з моменту планування та виношування вагітності.

Негативна демографічна ситуація в Україні протягом останніх років виникла в першу чергу внаслідок низької народжуваності та низьких темпів приросту населення. Передчасне переривання вагітності в II триместрі є одним із найважливіших аспектів цієї проблеми, оскільки завершення вагітності в цьому періоді спричиняє високий рівень перинатальної захворюваності та смертності.

Сучасні клінічні підходи щодо розв'язання проблеми ПП полягають у ідентифікації факторів їх ризику, механізмів ініціації загрози ПП, їх профілактики, прогнозування, особливостей проведення токолізу та застосування відповідної тактики. Попри значні успіхи медичної науки в сфері виходжування недоношених новонароджених та проведення профілактичного лікування пневмопатії плода, актуальною залишається проблема прогнозування ризику виникнення ПП, застосування ефективних та дієвих методів їх попередження саме у вагітних групи ризику, що має особливе значення в сучасному акушерстві.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону для лікування та профілактики передчасних пологів у жінок із супутніми факторами ризику на фоні інфекційно-запального компонента в анамнезі.

Дослідження проводили в два етапи. На першому етапі дослідження проведено аналіз 100 історій пологів вагітних із ПП в терміні 22-36 тижні, які перебували на стаціонарному лікуванні в Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина». Проведена комплексна оцінка факторів ризику розвитку ПП та ефективності їх менеджменту. На другому етапі дослідження у 27 вагітних (1 група), які поступили в стаціонар із загрозою передчасних пологів та перенесеною інфекційною патологією в анамнезі, для лікування застосовували натуральний мікронізований прогестерон «Лютеїна» в дозі 100 мг сублінгвально двічі на добу.

Ретельний аналіз гінекологічного, акушерського і соматичного анамнезу виявив, що усі вагітні мали фактори підвищеного ризику виникнення ПП. Підсумовуючи результати дослідження можна стверджувати, що фоном для початку ПП є широкий спектр негативних соціально-медичних факторів, і важлива роль в цьому контексті надається перенесеному запальному захворюванню під час вагітності. Значного занепокоєння викликав аналіз екстрагенітальної патології. Так, безсимптомну бактеріурію в I триместрі вагітності виявили 16 (16%) вагітних, загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності – у 12 (12%), гестаційний пієлонефрит – у 6 (6%), гострий цистит – у 4 (4%). При цьому антибактеріальну терапію з приводу запального захворювання сечовидільної системи отримали лише 22 (22%) вагітних. Гострі інфекційні захворювання дихальних шляхів мали місце у 32 (32%)

вагітних. Серед них ГРВІ перенесли 18 (18%) пацієнток, бронхіт – 8 (8%), пневмонію – 4 (4%), хронічний гайморит – у 2 (2%). З них у 6 (6%) жінок ГРВІ ускладнилося гострим бронхітом, а у 2 (2%) – пневмонією. Загострення хронічного тонзило-фарингіту діагностовано у 7 (7%) вагітних. Антибактеріальну терапію з приводу захворювань верхніх дихальних шляхів отримали лише 20 (20%) жінок.

Запальні захворювання піхви мали місце у 20 (20%) вагітних, етіологічний чинник був ідентифікований як *Tr. vaginalis* у 6 (6%), *S. Albicans* – у 8 (8%), в решті випадків – змішану бактеріально-грибкову флору.

Поєднання кількох інфекційних захворювань під час даної вагітності відмічено у 10 (10%) вагітних. При цьому, в комплексі лікування антибактеріальну терапію отримали лише 57 (57%) вагітних.

Враховуючи поєднання різних факторів та передумов (соціальних, гормональних, інфекційних), які зумовлюють та запускають початок передчасних пологів, актуальним залишається проблема вибору ефективного та дієвого методу лікування з широким спектром впливу на основні патогенетичні ланки розвитку даного патологічного процесу. Наявність достатньої концентрації прогестерону та його рецепторів забезпечує зниження тонуусу матки і її скоротливої активності. Прогестерон знижує синтез простагландинів в матці та блокує окситоцинові рецептори таким чином знижуючи чутливість міометрію до окситоцину та простагландину F2 α . Таким чином, застосування натурального мікронізованого прогестерону з одного боку є доцільним та патогенетично обґрунтованим, а з іншого має бути достатньо ефективним щодо лікування загрози ПП на фоні запального фактора. Ефективність проведеної терапії співставляли з аналогічними даними отриманими при застосуванні традиційної терапії.

Після застосування запропонованої терапії зменшення інтенсивності больового синдрому у пацієнток, які приймали мікронізований прогестерон, спостерігали швидше ($p < 0,05$), ніж після традиційної терапії. Одночасно у пацієнток I групи рівень тривожності склав $16,1 \pm 1,8$ бала, що відповідало відсутності тривоги, тоді як пацієнтки II групи продовжували перебувати в стані середньої тривожності ($19,3 \pm 1,4$ бала), що, на нашу думку, відбулося за рахунок більш швидшого купування больового синдрому.

Висновки:

1. У вагітних групи високого ризику як правило наявний широкий спектр негативних соціально-медичних факторів, які є фоном для ініціації передчасних пологів.

2. Поєднання різних факторів ризику запускають початкову імунологічну запальну реакцію, що сприяє пригніченню секретії

ендогенного прогестерону та супроводжується розвитком передчасних пологів.

3. Застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону у препараті «Лютеїна» в дозі не менше 200 мг на добу є патогенетично обґрунтованим та забезпечує швидке купування проявів передчасних пологів у жінок із невиношуванням на фоні хронічного вогнища інфекції.

УДК 618.14-006.36-053.84

Голяновський О.В., Будченко М.А.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

У структурі гінекологічної захворюваності лейоміома матки посідає друге місце після запальних процесів і її частота становить від 20 до 50%, серед жінок репродуктивного віку – 13-27%. Частота первинного безпліддя у хворих на лейоміому матки становить 18–24%, вторинного – 25-56%, 15-22% жінок на тлі лейоміоми страждають від звичного невиношування, тобто в 2–3 рази частіше ніж у жінок без лейоміоми [Bendifallah S., Brun J.L., Fernandez H.J., 2011].

У даний час встановлено, що радикальне лікування лейоміоми матки (екстирпація матки) у кожної третьої жінки може супроводжуватися виникненням постгістеректомічного синдрому, в основі якого лежить значне зниження яєчникового кровотоку. При цьому виникає різноманітний спектр патологічних змін психоемоційного, вегето-судинного та метаболічного характеру, найбільш серйозними проявами яких є зростання серцево-судинних захворювань та остеопороз. Це все призводить до значного зниження якості життя та здоров'я пацієнток [Стрижаків А.Н. Давидов А.І., Пашков В.М., Лебедев В.А., 2007, 2011].

У виборі методу лікування хворих із лейоміомою матки потрібен диференційований підхід залежно від багатьох факторів (розміри й локалізація лейоматозних вузлів, інтенсивність зростання пухлини, вплив лейоміоми на генеративну функцію та інші причини), у тому числі й від кінцевої мети: досягнення лікувального ефекту в передгравідарному

періоді або збереження органу в жінок репродуктивного віку [Favilli A., 2012].

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з використанням сучасних медикаментозних та інструментальних засобів з пріоритетом виконання органозберігаючих методів хірургічного лікування.

Методика дослідження: виконання консервативної міомектомії з технічним супроводом (арноплазмова коагуляція та радіохвильовий скальпель) та медикаментозною підтримкою (синтетичний аналог вазопресину – Терліприсин, антиспайковий бар'єр – Дефенсаль).

Результати та їх обговорення: у ході дослідження було проліковано 47 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки. З них 21 жінці (контрольна група) виконували консервативну міомектомію за традиційною методикою та 26 жінкам (основна група) проводили консервативну міомектомію за нашою методикою. Середня інтраопераційна крововтрата у дослідній групі склала $125,0 \pm 10,0$ мл, а в контрольній – $197,0 \pm 12,0$ мл ($p < 0,05$). Медикаментозне знеболювання в післяопераційному періоді пацієнтки основної групи потребували лише в першу добу післяопераційного періоду, а у контрольній – 2-3 доби (результати оцінки больових відчуттів за аналоговою шкалою болю).

Термін перебування пацієнток у стаціонарі після хірургічного лікування лейоміоми в основній групі склав – 3 доби, в контрольній – 4-5 діб. Подальше виконання репродуктивної функції: у дослідній групі через 6 місяців після операції самостійно завагітніло 7 жінок, з яких у 4 пацієнток пологи були завершені через природні пологові шляхи, та у 3 пацієнток – шляхом кесарева розтину. Ще 8 пацієнток дослідної групи завагітніли через рік та більше після лікування. У пацієнток контрольної групи протягом першого року після хірургічного лікування лейоміоми вагітностей не було, протягом другого завагітніло 8 пацієнток, з яких 3 жінки народили через природні пологові шляхи, а іншим було виконано кесарів розтин.

Висновки: продовження досліджень, запропонованої нами методики, дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. Впровадження в практичну діяльність комплексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики та органозберігаючих методів хірургічного лікування дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення якості життя жіночого населення.

Голяновський О.В., Стецюк К.В.

ПРОФІЛАКТИКА І ТЕРАПІЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

Вступ. Передчасними вважають пологи (ПП) зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більше 500г у термінах вагітності від 21 тижня + 6 діб до 36 тижнів + 6 діб. Передлежання плаценти – це ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки.

Метою нашого дослідження було порівняння ефективності лікування і профілактики передчасних пологів (ПП) у вагітних з факторами ризику ПП та передлежанням плаценти за стандартною методикою і методикою запропонованою нами.

Методом дослідження було обрано методику випадок-контроль. У дослідженні приймали участь вагітні з факторами ризику ПП та передлежанням плаценти у терміні вагітності 22-30 тиж. До факторів ризику відносились: довжина шийки матки визначена за допомогою трансвагінального УЗД менше 2,5 см; підвищений рівень плодового фібронектину та/або ІЛ-6, наявність інфекції в піхві та шийці матки, відхилення у гемостазіограмі. І група (основна) – 30 вагітних, які отримували лікування за нашою методикою. ІІ група (контрольна) – ретроспективний аналіз 30 історій пологів вагітних, які отримували лікування за стандартною схемою. Критерії відбору: вагітні з факторами ризику передчасних пологів на тлі повного передлежання плаценти. Критерії виключення: супутні акушерсько-гінекологічні (рубець на матці, вада розвитку матки, попередньо діагностована ІЦН) та екстрагенітальні патології. Схема профілактики ПП на тлі патології плацентациї – НПЗП: ректальні свічки з диклофенаком 100 мг на ніч. Магnezіальна профілактика: комбінований препарат магнеію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5мг) по 2 таблетки 3 рази (Магне В6). Гестагенна підтримка: мікронізований прогестерон (Лютеїна) сублінгвальна форма 50 мг двічі на добу до 34 тиж. вагітності. Всім

вагітним обох груп проводили профілактику РДС плода бетаметазоном (12мг/доба –двічі внутрішньом’язево) в терміні вагітності 25-26 тиж.

Результати дослідження. Дослідна група – I (n1=30), контрольна група – II (n2=30). Групи були репрезентативні за віком, паритетом, гінекологічною та соматичною патологією. Загроза ПП в I групі становила – 26,7% в II – 56,7%; рецидивуючі кровотечі в I групі – 43,3%, в II – 73,3%; дострокове розродження в I групі – 30,0%, в II – 60,0%; новонароджені з оцінкою по шкалі Апгар <5 балів в I групі – 20,0%, в II - 50,0%; частота МАК в I групі – 10,0%, в II – 23,3%; гістеректомія в I групі – 3,3%, в II – 16,7%.

Висновки. Отримані в ході дослідження результати вказують на більшу ефективність запропонованої нами методики в порівнянні зі стандартним методом ведення вагітних із передлежанням плаценти. Використання даної методики дозволяє пролонгувати вагітність на тлі передлежання плаценти до терміну 36-37 тижнів, знизити показник дострокового розродження, тим самим покращуючи перинатальні показники та зменшуючи материнську захворюваність (МАК і гістеректомії) на тлі цієї тяжкої патології.

УДК: 616.314.17:616.71-007.234-036.1:618.11-089.87

Горб-Гаврильченко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОВАРІОЕКТОМІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Системні порушення метаболізму кісткової тканини, викликаного гіпоестрогенемією, сприяють прогресуванню процесів резорбції альвеолярної кістки і розвитку атрофічних процесів в яснах. Однак, не до кінця вивченими залишаються питання взаємозв’язку розвитку остеопорозного процесу в альвеолярній кістці і термінів після оваріоектомії у жінок, які не приймали замісну гормональну терапію.

Мета - проспективне клінічне обстеження стану тканин пародонта у жінок після оваріоектомії, хворих на генералізований пародонтит.

Об’єкти і методи дослідження. Було обстежено 108 жінок після тотальної оваріоектомії у віці від 30 до 50 років. Тривалість хірургічної менопаузи більше 1 року. У групи досліджуваних включали тільки жінок,

які не отримували замісну гормональну терапію. Групу зіставлення склали 25 жінок зі збереженою оваріальною функцією, аналогічного віку, які страждають на генералізований пародонтит. Стан тканин пародонта оцінювали за допомогою загальноприйнятих в стоматології клінічних та параклінічних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що прогресування запально-деструктивного процесу в пародонті неухильно збільшується в залежності від тривалості менопаузи і віку пацієнток. Генералізований пародонтит виявлений у всіх жінок, які зазнали тотальної оваріоектомії: I ступінь - у 35; II ступінь - у 41; III ступінь - у 32 досліджуваних. Пацієнтки основної групи були розділені на 3 підгрупи, з урахуванням тривалості штучної менопаузи. В першу підгрупу увійшло 40 жінок в терміні до 3-х років після тотальної оваріоектомії; підгрупу 2 склали 32 жінки в терміні 3-5 років; 3 підгрупу 36 жінок в терміні більше 5 років. Встановлено, що у жінок після тотальної оваріоектомії до 3-х років переважно діагностували I ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту, вкрай рідко III ступінь тяжкості (5% випадків). Навпаки, у жінок з тривалою штучною менопаузою більше 5 років III ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту реєструвалася у 50% обстежуваних; II ступінь - у 38,9% осіб; I ступінь - лише у 11,1% спостережуваних. У жінок з тривалістю менопаузи від 3 до 5 років частіше діагностували генералізований пародонтит II ступеня тяжкості - у 53,85%; рідше III - (26,92%) і I (19,23%) ступеня тяжкості. У всіх жінок прояв клінічного симптомокомплексу генералізованого пародонтиту прогресує паралельно з тривалістю періоду після тотальної оваріоектомії.

У пацієнток I групи значення пародонтального індексу по A.L.Russel (1956) склали $1,04 \pm 0,2$ бали, в II групі - $4,22 \pm 0,3$ бали і в III групі $6,55 \pm 0,6$ бали. Характерною особливістю у аналізованих хворих була наявність глибоких пародонтальних кишень і значна рухливість зубів. Зіставлення тяжкості запального процесу у жінок основної групи з аналогічними даними у жінок групи порівняння показало, що у перших переважно діагностувалися II і III ступені тяжкості генералізованого пародонтиту, в той час як у осіб з нормальною оваріальною функцією початковий і I ступінь ураження (III по Russel $2,85 \pm 0,3$ бали).

Висновок. З тривалістю штучної менопаузи не тільки збільшується ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту, а й зростають значення пародонтального індексу. Достовірне збільшення пародонтального індексу свідчить про наявність більш виражених деструктивних процесів в тканинах пародонта у жінок після оваріоектомії в порівнянні з жінками зі збереженою оваріальною функцією. Тяжкість захворювання, прогресування запально-деструктивного процесу в пародонті зростає в

терміни від 3-х і, особливо, 5 і більше років, після тотальної оваріоектомії, так як остеопороз є віддаленим метаболічним синдромом менопаузи.

УДК: 618.3-06-085.356

*Добрянська В.Ю., Геряк С.М., Куценко І.В.,
Корда І.В., Петренко Н.В., Хіночик В.М.*

ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ГРУП ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Зниження перинатальної захворюваності є особливо важливими в аспекті покращення демографічних показників в Україні. Ретельне динамічне спостереження за перебігом вагітності дає можливість частково усунути негативні впливи окремих соціальних факторів на організм вагітної жінки (виробничі шкідливості, психологічний стрес, прекоцепційна підготовка), а ряд інших (нераціональне харчування, несприятливі екологічні умови) можна успішно корегувати чи компенсувати.

Результати популяційних досліджень населення України свідчать, що у більшості жінок репродуктивного віку має місце виражений дефіцит білків та жирів тваринного походження, морепродуктів, риби на фоні надмірного вживання рафінованих вуглеводів. Вказаний дефіцит найчастіше носить характер поєднаної вітамінно-мінеральної недостатності. За цих умов під час вагітності та лактації виникає підвищена потреба у білках, вітамінах та мікроелементах, що потребує додаткової компенсації їх дефіциту [2]. Важливо відмітити, що дефіцит мікро- та макроелементів негативно впливає на перебіг вагітності, ріст та розвиток плода.

Тому, зміна якісного складу харчового раціону, хронічний дефіцит вітамінів та мікро- і макроелементів в поєднанні з напруженням метаболічних процесів і підвищеною потребою у їх споживанні під час вагітності обґрунтовує доцільність та необхідність оптимізації тактики ведення вагітних групи високого ризику перинатальних захворювань шляхом включення в комплекс лікування вітамінно-мінеральних

комплексів для попередження виникнення акушерських ускладнень та зниження перинатальних захворювань.

Метою дослідження було зниження акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних групи високого ризику перинатальних захворювань шляхом включення в комплекс лікування вітамінно-мінерального комплексу Емфетал.

В дослідження включено 47 вагітних з групи ризику. У вагітних (з соціально-медичними факторами ризику розвитку акушерської патології) в процесі проведених лабораторних біохімічних досліджень встановлено зниження рівня в плазмі крові вітаміну С, важливих іонізованих макро-мікроелементів магнію, йоду, селену, заліза.

При цьому проведений аналіз показав, що у жінок, які мають соціальні і/або медичні фактори ризику гестаційний процес найчастіше ускладнювався розвитком дисфункції плаценти, невиношування, анемії, синдрому затримки росту плода, передчасних пологів. Низький рівень в плазмі крові цих вагітних концентрації іонізованих мікроелементів та окремих вітамінів, необхідних для нормального розвитку плода і фізіологічного перебігу вагітності, може сприяти розвитку вищевказаних ускладнень вагітності. Патологічний перебіг вагітності потребував проведення відповідного стаціонарного лікування та профілактичних заходів.

Враховуючи отримані результати дослідження у вагітних групи ризику, нами розроблено таким жінкам рекомендації з раціонального харчування, фізичної активності та додатково вживання двох курсів вітамінно-мінерального комплексу «Емфетал» для попередження розвитку акушерських ускладнень. Застосування розробленої лікувальної програми показало кращу ефективність щодо попередження акушерських та перинатальних ускладнень у порівнянні з групою жінок, які її не отримували.

Регулярний прийом емфеталу сприяв зниженню частоти розвитку анемії, яку діагностували в 9 разів рідше, ніж у жінок групи порівняння, що не отримували профілактичного вітамінного мінерального комплексу ($p < 0,001$).

На підставі клінічних спостережень можна припустити, що завдяки достатньому поступленню мікроелементів магнію, селену, цинку та вітамінів групи В і Е настає покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, що відтерміновує початок розвитку прееклампсії та сприяє її перебігу в легшій формі.

Таким чином, полівітамінний комплекс сприяв нормалізації мікроциркуляції в плаценті, покращенню окисно-відновних процесів, активації ендогенних антиоксидантних ферментних систем, що забезпечило розвиток компенсаторних механізмів для функціонування

системи мати-плацента-плід та сприяло нормальному перебігу вагітності та розвитку плода.

УДК: 618.2-082+618.53+616.151.5

Дола Л.Л., Генік Н.І., Кінаш Н.М.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА НА ФОНІ ТРОМБОФІЛІЇ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У сучасному акушерстві особлива увага приділяється питанням планування та підготовки до вагітності у жінок із синдромом втрати плода, частота якого є досить високою і коливається від 10% до 25%.

Синдром втрати плода на фоні тромбофілії розвивається внаслідок порушення імунологічної толерантності, активації системи комплемента, синтезу антифосфоліпідних і антифосфоліпідно-кофакторних антитіл з розвитком генералізованої ендотеліопатії із захопленням мікроциркуляторного русла хоріона/плаценти з ранніх термінів вагітності.

Метою роботи є розробка алгоритму лікувально-профілактичних заходів для жінок із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії.

Під спостереженням знаходилося 82 пацієнтки із синдромом втрати плода та тромбофіліями. Групу порівняння склали 30 вагітних із фізіологічним перебігом вагітності, які не мали обтяженого акушерського анамнезу.

Вагітних обстежували загальноклінічними і лабораторними методами. Жінки з тромбофіліями були розподілені на групи: I група – 42 жінки, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи (спазмолітики, препарати магнію, низькомолекулярні гепарини, седативні препарати); II група – 40 жінок, які отримували препарати згідно запропонованого нами алгоритму (тувортину аспартат, солудексид).

Результати проведених досліджень свідчать, що перебіг I половини вагітності у I та II групі характеризувались рядом ускладнень.

Ускладненнями вагітності у жінок I групи були загроза переривання вагітності (53,3%), плацентарна дисфункція (38,09%), прееклампсія (19,04%) та анемії вагітних (30,0%). Отримані результати свідчать про недостатню корекцію порушень фетоплацентарного комплексу та

обмінних процесів при застосуванні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів.

Застосування розробленого нами алгоритму ведення жінок з тромбофіліями дозволило зменшити частоту гестаційних ускладнень. Загроза переривання вагітності спостерігалася у 27,5% (11) жінок, плацентарна дисфункція – 12,5% (5), прееклампсія – у 2,5% (1), анемія вагітних – у 15,0% (6).

Отже, як показали результати дослідження жінки із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії складають групу високого ризику щодо розвитку порушень в системі мати-плацента-плід. Використання запропонованого нами алгоритму дозволило суттєво знизити частоту гестаційної та перинатальної патології у вагітних з тромбофіліями.

Зарічанська Х.В., Багній Л.В.

ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний інверситет
ім. І.Я. Горбачевського» МОЗ України*

Було обстежено 900 вагітних, роділь та породіль із доброякісною патологією шийки матки (основна група) та 1000 жінок (контрольна група) репродуктивного віку (19-46 років).

Частота доброякісних захворювань шийки матки у вагітних і невагітних жінок репродуктивного віку майже не відрізняється.

Захворювання шийки матки в період гестації негативно впливають на перебіг вагітності, пологів, післяпологовий період.

У вагітних жінок, переважали запальні захворювання шийки матки.

В спектрі мікроорганізмів, ідентифікованих із шийки матки, переважали неспецифічні збудники (епідермальний та золотистий стафілокок, кишкова паличка, стрептокок) та специфічного запалення (гриби групи кандіда, урео/мікоплазми, ВПЛ, ВПГ, хламідії).

Захворювання шийки матки ускладнюють перебіг гестаційного періоду : вдвічі – частіше загроза переривання вагітності, в 4 рази-передлежання плаценти, в тричі – ПРПО, вдвічі – хоріоамніоніт, в тричі- акушерська травма, вдвічі – субінволюція матки, вдвічі – передчасні пологи; у порівнянні із контрольною групою.

Мертвонародження (9 випадків), рання неонатальна (3), перинатальна смертність (12), вроджені інфекційні захворювання новонароджених (кон'юнктивіт, омфаліт) становило 3.2% і виявлено лише у групі жінок із патологією шийки матки. Крім цього в даній групі ЗРП у 3,2 рази вища чим в контрольній групі.

Вагітність та захворювання шийки матки мають негативний вплив, оскільки: гестація викликає посилення гіперпластичних процесів шийки матки. Персистенції умовно-патогенної та патогенної мікрофлори, ВПЛ, ВПГ, сприяє збільшенню вірусного навантаження ВПЛ, пришвидшує розвиток цервікального раку.

УДК: 618.173-06:616.1/.

Козак Х.В.

МЕНЕДЖМЕНТ ЖІНОК З ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
Науково-медичний центр «Святої Параскеви»²*

Сучасна демографічна ситуація в світі та Україні, а саме збільшення частки жінок перименопаузального періоду, спонукає до поглибленого вивчення можливих ризиків виникнення патологічних станів у цей час, в тому числі гінекологічних захворювань; їх діагностики, лікування та профілактики. У формуванні проблем із здоров'ям жінок у період перименопаузи важливу роль відіграє дефіцит вітаміну D, що погіршує якість життя значної частки населення.

Метою нашої роботи було розробити рекомендації щодо вдосконалення менеджменту жінок з перименопаузальними розладами на тлі соматичної патології, враховуючи високий ризик формування дефіциту вітаміну D у цей період.

У проспективне дослідження впродовж 2 років та 4 місяців залучено 239 осіб, які звернулись по медичну допомогу з приводу серцево-судинної, ендокринної, неврологічної, ревматологічної та гінекологічної патології, у формуванні якої не виключали впливу дефіциту вітаміну D. Використано клінічний, біохімічний, статистичний та аналітичний методи.

У групі досліджуваних частка жінок була достовірно більшою та становила $(82,0 \pm 2,5)\%$, а частка жінок перименопаузального періоду – $(40,2 \pm 3,2)\%$. Для з'ясування ролі дефіциту вітаміну D у розвитку захворювань пацієнтам визначали його рівень у венозній крові.

Встановлено наявність дефіциту вітаміну D в переважній кількості хворих у всіх групах хворих. Лише 4 жінки $(4,2 \pm 2,0)\%$, які обстежені в період перименопаузи, не мали нестачі вітаміну D, 25 жінок $(25 \pm 4,4)\%$ – перебували в зоні ризику розвитку дефіциту та 68 $(70,8 \pm 4,6)\%$ – мали дефіцит вітаміну D.

Таким чином, в період перименопаузи необхідно з'ясовувати наявність дефіциту вітаміну D у жінок для подальшої його корекції та усунення впливу на патогенетичні механізми розвитку екстрагенітальної патології. Для цього обстеження жінок з метою визначення рівня вітаміну D у венозній крові має мати характер рутинного та закріпленого у відповідних клінічних протоколах. Лікарські засоби, принципи їх застосування для корекції нестачі та дефіциту вітаміну D також мають бути зазначені в алгоритмі ведення жінок перименопаузального періоду.

*Корда І.В., Ніжніченко О.С., Геряк С.М.,
Стельмах О.Є., Багній Л.В.*

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИЯВЛЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ З ПРОВЕДЕННЯМ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ОГЛЯДІВ

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Полтавський обласний онкологічний диспансер*

Вступ. Проблема гінекологічної онкології залишається актуальною в цілому світі із-за постійного збільшення частоти захворюваності та смертності. Особлива роль відводиться раку шийки матки (РШМ), оскільки у структурі загальної онкологічної захворюваності жінок в Україні, РШМ складає 6%, а серед злоякісних пухлин органів репродуктивної системи РШМ займає третє місце після раку молочної залози та раку ендометрію.

Останніми роками спостерігається тенденція до підвищення захворюваності та смертності від РШМ, оскільки 25% хворих з РШМ діагностуються в задованих стадіях. Тому своєчасна рання діагностика

передпухлинних процесів шийки матки та РШМ на етапі первинного звернення пацієнта до медичного працівника є дуже важливою.

Мета дослідження. Виявити можливу кореляцію вираженості патологічних станів шийки матки з часом та частотою проведення профілактичних онкологічних оглядів.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 35 хворих на патологію шийки матки у Полтавському обласному онкологічному диспансері (2016р.) Вік пацієнток коливався від 25 до 63 років (середній вік $44,7 \pm 1,2$ роки). Більшість жінок (57%) були сільськими жительками і відповідно (43%) – міськими. 42% жінок склали домогосподарки, 51% - сільські робітниці, 8% - офісні працівниці.

Обстеження жінок включало в себе загально-клінічне, гінекологічне, цитологічне дослідження мазків з шийки матки та цервікального каналу, гістологічне дослідження біоптатів із шийки матки та профільні інструментальні та лабораторні дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення.

За нозологічними формами хворі склали 3 групи.

I групу склали хворі з фоновими захворюваннями. У 17,2% (6 хворих) виявлений екзо- ендocerвіцит, у 14,3% (5 хворих) - псевдоерозія, у 2,9% (1 хворої) – поліп цервікального каналу.

II група – хворі з передраковими захворюваннями: дисплазії різного ступеня: легка – 5,7% (2 хворі), помірна – 28,5% (10 хворих), тяжка – 14,5% (5 хворих).

III групу хворих склали пацієнтки з підтвердженим діагнозом рак шийки матки. З них: 5,7% (2 хворі) - Cancer in situ, у 2 хворих (5,7%) – стадія T1a, у 1 хворої (2,9%) – T1b та 1 хворої (2,9%) – T2 стадії.

Анамнестично виявлено, що 21 хвора, що склало 60% від загальної кількості жінок, не проходили гінекологічний онкопрофогляд від 7 до 15 років. Цю групу склали всі жінки III групи за нозологічними формами, 5 хворих з тяжкою дисплазією, 9 – з помірною, та 1 з легкою. 90% даної групи склали жительки сіл.

Жінки I групи регулярно проходили профілактичні онкологічні огляди з частотою раз на рік чи на 2 роки. Жінка, якій було діагностовано поліп шийки матки зверталась на консультацію до лікаря 7 місяців тому.

Можливо, високий відсоток жінок з раком шийки матки та різного ступеня дисплазіями склали жінки сільської місцевості із-за низького рівня проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення.

Висновки.

Вдосконалення організації в проведенні профілактичних заходів щодо забезпечення своєчасної ранньої діагностики передпухлинних процесів шийки матки та злоякісних новоутворів; реалізація заходів з підвищення онкологічних знань у медичних працівників всіх ланок; проведення

санітарно-просвітницької роботи серед населення з роз'ясненням переваг лікування раку на ранніх стадіях його розвитку, зможуть суттєво зменшити частоту розвитку раку шийки.

УДК: 618.3-07:616.12-008.3-07-037

Корнієнко В.Г., Гроховська М.В.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК ПОКАЗНИК СТРЕСОРНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вагітність є фізіологічним станом, який зумовлює низку перетворень, спрямованих на адаптацію до змін гемодинамічних характеристик. Параметри, що характеризують реакції системи кровообігу, належать до інформативних критеріїв функціонального стану організму та є індикатором адаптивних його відповідей. В процесах адаптивного регулювання кардіоваскулярної системи важливу роль відіграє вегетативна нервова система. Тому з метою комплексної оцінки стану симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, застосовується аналіз варіабельності серцевого ритму, який дозволяє визначати зміни вегетативного балансу та міру переважання одного з відділів вегетативної нервової системи, а також визначити рівень стресу та прояви функціонального напруження регуляторних систем, що передують розвитку захворювання.

Обстежено 30 жінок з неускладненим перебігом гестаційного процесу у терміні вагітності 22–36 тижнів; 30 жінок у 22–36 тижнів вагітності з невиношуванням в анамнезі. Вік вагітних коливався від 21 до 30 років (в середньому $24,57 \pm 3,32$ роки). Контролем слугувала група з 20 практично здорових невагітних жінок відповідного віку. Метод визначення варіабельності серцевого ритму (ВСР) базується на вимірюванні тривалості R-R інтервалів, побудові динамічних рядів кардіоінтервалів і наступному аналізі отриманих числових рядів різними математичними методами з використанням програмного забезпечення «Pulse Monitor & Watcher 4.5». Запис пульсограми судин вказівного пальця здійснювали на спеціалізованому комп'ютерному комплексі «Micros-2000» впродовж 300 секунд у положенні лежачи на боці, а також при проведенні ортостатичної проби. У всіх вагітних відмічено збільшення частоти серцевих скорочень

(ЧСС) у положенні лежачи на боці порівняно з невагітними жінками та більш виражене зростання ЧСС при проведенні ортостатичної проби. Зокрема, у жінок з неускладненим гестаційним процесом зростання ЧСС при ортостатичній пробі становило 35,6%, тоді як у невагітних – 16,5%. У той же час ЧСС у вагітних з невиношуванням в анамнезі перевищувала ЧСС на 16% у вагітних з нормальним перебігом вагітності, а у невагітних жінок на 62%. У вагітних спостерігалось зниження сумарної спектральної потужності (TP), яка у вагітних з нормальним перебігом вагітності становила 38,8% від показників контролю, у вагітних з невиношуванням в анамнезі – 30,8%. При проведенні ортостатичної проби у невагітних жінок TP зростала у 2 рази, тоді як у вагітних відмічено менше зростання загальної потужності спектру (на 11% у вагітних з нормальним перебігом вагітності, на 25,5% - у вагітних з невиношуванням в анамнезі). У структурі спектральної потужності ритмограм вагітних відмічено збільшення частки хвиль дуже низької частотності (VLF), яке було найбільш виражене у вагітних з нормальним перебігом вагітності (на 43,5% відносно контролю). При цьому спостерігалось зниження частки низькочастотних хвиль (LF) і більш істотне зниження частки високочастотних хвиль (HF), що свідчить про зниження тону симпатичного і парасимпатичного відділу нервової системи, а, отже, зниження впливу рефлексорного вегетативного рівня регуляції.

Висновки. Для вагітних жінок з невиношуванням в анамнезі притаманне зниження тону симпатичного і парасимпатичного відділу нервової системи, а, отже, зниження впливу рефлексорного вегетативного рівня регуляції функцій. Вивчення і аналіз особливостей вегетативної регуляції кардіоваскулярної системи вагітних жінок дає можливість оцінити ранні патогенетичні зміни, які є індикатором стресорного стану організму, і забезпечити ранню корекцію виявлених порушень.

Корчинська О.А., Корчинський Б.М

РОЛЬ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Генітальний ендометріоз – найскладніше захворювання жіночої статеві сфери. Зрозумілим є той факт, що в розвитку ендометріозу важливе місце займають гормональний дисбаланс та імунні порушення в організмі жінки, які сприяють поширенню патологічних вогнищ. А причиною саме цих порушень можуть бути захворювання внутрішніх органів.

Метою нашого дослідження було виявлення захворювань внутрішніх органів у жінок, які можуть бути сприятливим чинником для розвитку генітального ендометріозу.

Для досягнення мети були проведені дослідження у 108 хворих з генітальним ендометріозом. Оцінювались дані анамнезу та об'єктивні дані, результати лабораторних (гормональних, імунологічних, біохімічних, патоморфологічних та інших) і допоміжних (ультразвукових, ендоскопічних, радіологічних) методів дослідження. В результаті проведеної роботи нам вдалося виділити серед захворювань внутрішніх органів ті хвороби, які ймовірно мають відношення до розвитку у пацієток генітального ендометріозу. Це, насамперед, захворювання печінки (гепатит, гепатоз, доброякісні пухлини печінки), які призводять до гормонального дисбалансу, що є особливо сприятливим фоном для виникнення гормонозалежного захворювання – ендометріозу. На другому місці є запальні захворювання органів сечовидільної системи (нирок, сечового міхура). В цій ситуації в запальний процес часто втягуються статеві органи, що призводить до порушення імунного гомеостазу і на цьому фоні появи вогнищ ендометріозу.

Таким чином, захворювання внутрішніх органів через порушення гормонально-імунного гомеостазу можуть бути етіологічним чинником розвитку генітального ендометріозу. Розробка алгоритмів дослідження і лікування захворювань внутрішніх органів при ендометріозі є наступним завданням даного дослідження.

ВОЗМОЖНОСТИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С РАСШИРЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ В ОНКОЛОГИИ.

*Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины*

Цель: Изучить влияние метода спинальной анестезии с расширением эпидурального пространства (EVE) на гемодинамику у онкологических больных с опухолями больших размеров матки и придатков и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: Плановые операции в объёме экстирпации матки с придатками с техникой (EVE) выполнено 30 больным с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией в возрасте старше 50 лет. В зависимости от величины внутрибрюшного давления (ВБД) больные были разделены на 3 группы. 1 группа – 8 женщин с нормальным ВБД, 2 группа – 12 пациенток с I степенью ВБГ, 3 группа – 10 женщин со II степенью ВБГ.

Результаты: Средний верхний уровень (Th) сенсорного блока через 15 минут после СА составил $5,5 \pm 2,5$, 95% ДИ 4,6–7,0 ($P = 0.010$) и достоверно не отличался в группах. К окончанию операции, через 60 ± 90 минут, высота сенсорного блока (Th) составила $9,6 \pm 0,3$; 95% ДИ 6,0–7,2 ($P < 0.001$). Качество анестезии было высоким во всех случаях. Средняя интенсивность боли за время операции составила $0,2 \pm 0,3$ по ВАШ. Гипотония была зафиксирована только у 10 больных (АД 85 и 60 мм рт. ст.) в 3 группе, что составило 30% от всех пациенток. На протяжении всей операции гемодинамика у остальных женщин была стабильной. Адреномиметики не использовались. Несмотря на высокий сенсорный блок, не зарегистрировано ни одного случая брадикардии (ЧСС < 60 в мин.). Средний объем инфузионной терапии за время операции в группах достоверно не отличался и составил 900 ± 1400 мл. Уровень моторной блокады через 15 минут после анестезии в группах был одинаковым и составил $1,5 \pm 0,2$, 95% ДИ 1,0–2,0 ($P < 0.001$). Средняя продолжительность моторной блокады не превышала 100 ± 80 мин.

Выводы: Новая техника спинальной анестезии с расширением эпидурального пространства позволяет обеспечить качественную анальгезию, стабильную гемодинамику и может эффективно использоваться у онкологических больных с опухолями больших размеров матки и придатков с сопутствующей сердечно-сосудистой

патологией. Объем вводимого в эпидуральное пространство физиологического раствора, необходимый для обеспечения краниального распространения местного анестетика, зависит от ВБД больной.

УДК: 616-089.5+618.1-089

Крутько Е.Н., Середенко В.Г.

ВЛИЯНИЕ ПРЕИНФУЗИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины*

Введение: Согласно последним статистическим данным, с каждым годом увеличивается частота встречаемости онкологической патологии женских половых органов. Все большее количество пациенток нуждается в радикальных оперативных вмешательствах, таких как экстирпация матки и придатков. Наиболее частое осложнение периоперационного периода при использовании нейроаксиальной анестезии (НАА) - артериальная гипотензия. Для ее предупреждения чаще всего используют превентивную инфузионную терапию или вазопрессоры. Преинфузия различными растворами и объемами по данным многих авторов, не является надежным способом профилактики артериальной гипотензии (АГ), а применение вазопрессоров может привести к неконтролируемой артериальной гипертензии. В связи с чем, методика инфузии малых объемов гиперосмолярных растворов на основе многоатомных спиртов, на наш взгляд, является перспективным направлением в снижение периоперационных осложнений.

Цель: определить влияние преинфузии на показатели гемодинамики в условиях спинальной анестезии у больных онкологического профиля.

Задачи: сравнить влияние преинфузии растворов «Стерофундин» и «Реосорбилакт» на гемодинамические показатели в условиях спинальной анестезии.

Материалы и методы исследования: Исследования проведены на базе онкогинекологического отделения у женщин, оперированных по поводу опухолей матки различного генеза, объем операции – экстирпация

матки, екстирпація матки з придатками. Операції виконані в умовах спинальної анестезії 0,5% гіпербарическим розчином бупивакаїна. Нами з метою преінфузії застосовувався інфузійний розчин Реосорбілакта фірми «Юрія-Фарм». Його унікальність визначається вмістом як колоїдного, так і кристаллоїдного компонентів в його складі. Колоїдною складовою є розчин сорбітола, а кристаллоїдна частина представлена набором аніонів, катіонів і розчином лактату натрію. Всі пацієнти були розділені на II групи. В I – гр., преінфузію здійснювали розчином Серофундин (15 – 20 мл/кг), во II –й Реосорбілактом 6- 8 мл/кг. Гемодинаміку оцінювали методом ехокардіографічного дослідження.

Результати: Після преінфузії у пацієнтів I групи, перед кожним розрізом відзначали значне збільшення КДО і зниження СИ і СДД відповідно на 43,5; 27,8 і 21,6%. Во II – й гр. після преінфузії, спостерігали достовірне збільшення СИ, ОПСС, і МЛЖ відносно виходу на 28,7; 19,6 і 32,5%. При цьому КДО і СДД мали тенденцію до збільшення.

Висновки: Таким чином, преінфузія р-ром «Реосорбілакт» сприяє більш швидкій і безпечній корекції фізіологічної гіповолемії в відповідь на симпатический сегментарний блок, при введенні малих об'ємів за рахунок своєї гіперосмолярної форми (900 мосмоль/л), вона може успішно застосовуватися, при проведенні преінфузії у пацієнтів оперованих в умовах НАН. В той же час, розчин «Стерофундин», викликає перевантаження великими об'ємами, сприяючи розвитку систоліческо-діастоліческої дисфункції. А у пацієнтів з вихідним скомпрометованим кровообігом, дихальною недостатністю і розвитком набряку легень.

Лабівка О., Добрянська В., Геряк С., Сітовська О.

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗУ ПІХВИ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Біоценоз піхви являє собою сукупність мікроорганізмів і грибків, що її населяють. У нормі вони знаходяться в пропорціях, які забезпечують дітородну функцію і захист від інфекцій. Дисбактеріоз-

патологічний процес заміни нормальної мікрофлори на умовно-патогенні мікроорганізми (грибки, бактерії, палички). Склад мікрофлори піхви визначається віком, фізіологічним станом і гормональним фоном організму жінки. В нормі тут у великій кількості присутні лактобактерії, що забезпечують підтримання кислої реакції середовища і перешкоджають заселенню піхви патогенними мікроорганізмами за рахунок вироблення молочної кислоти і перекису водню. Під час вагітності слизова оболонка піхви потовщується, чисельність лактобацил зростає. Однак одночасно може збільшуватися кількість мікроорганізмів, стійких в кислих середовищах – генітальних мікоплазм і дріжджоподібних грибів. Це змінює середовище в піхві і призводить до місцевого порушення імунітету слизової і розвитку дисбактеріозу, званого також дисбіозом, кандидозом, молочницею. При цукровому діабеті спостерігається підвищений вміст глюкози в крові, що сприяє зростанню і розвитку стафілококів в піхві.

Метою нашого дослідження було оцінити клінічну ефективність та переваги препарату Гінодек у вигляді вагінального гелю для лікування дисбіозу піхви у вагітних із цукровим діабетом.

Матеріали і методи. В дослідженні прийняло участь 35 вагітних жінок від 20 до 42 років, у яких був цукровий діабет. Контрольну групу склали 20 вагітних без ознак дисбіозу. Всі ці пацієнтки приймали протягом 10 днів препарат Гінодек, який використовується у вигляді вагінального гелю, до складу якого входить декаметоксин та гіалуронова кислота. Гель підтримує рН та вологість слизової піхви, завдяки чому допомагає формувати нормальну мікрофлору, захищає від різних інфекцій, усуває дискомфорт та сухість в статевих органах. Декаметоксин чинить антимікробну, протигрибкову дію та концентрується на цитоплазматичній мембрані (ЦПМ) мікробної клітини і з'єднується з фосфатидними групами ліпідів мембран, порушуючи проникність ЦПМ мікроорганізмів. Декаметоксин високоактивний відносно мікроорганізмів стійких до антибіотиків. Декаметоксин не всмоктується слизовими оболонками, неушкодженою шкірою та рановою поверхнею. Гіалуронова кислота має властивість зв'язувати воду, чим забезпечує підтримку вологості в слизовій оболонці піхви, проявляє регенеруючі та ранозагоювальні властивості, а також покращує відновлюючі процеси в слизовій оболонці піхви. Рекомендована доза при станах, що супроводжуються сухістю слизової оболонки піхви та інфекційно-запальних захворюваннях статевих органів становить 5 мл 1-2 рази на добу, курс лікування – 7-10 днів. Усім пацієнткам проводили мікроскопічне визначення мікробіоти піхви до та після курсу лікування.

Висновки. Отримані результати вказують на високу ефективність застосування запропонованого препарату Гінодек і дають можливість

обґрунтовано призначати його при дисбіозі піхви у вагітних із цукровим діабетом. Крім того лікування цим препаратом не супроводжується побічними ефектами, такими як подразнення піхви та добре переносить пацієнтками.

УДК: 618.146-02:616-006.52-022.7

Лимар Н.А., Лимар Л.Є.

РОЛЬ ПАПЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЛЮДИНИ (ПВЛ) У РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», ТОКПЦ «Мати і дитина»*

Незважаючи на вагомі досягнення медичної та фармацевтичної науки, на сьогоднішній день ми маємо значне зростання захворювань жіночих статевих органів. Особливо хвилює ріст захворювань шийки матки, причинених папіломавірусною інфекцією (ПВЛ), які можуть спричинити розвиток онкопатології. Зниження рівня імунного захисту, супутні дисгормональні захворювання, часто неадекватне самолікування призводять до несвоєчасної діагностики та підвищення ризику виникнення патології шийки матки. Велику роль в розвитку захворювань шийки матки відіграє ранній початок статевого життя та кількість статевих партнерів, що спричиняє запальні захворювання піхви та шийки матки. Можливість вірусного ураження шийки матки потребує відповідного вибору методів діагностики та своєчасної адекватної терапії. Метою нашого дослідження була оцінка біоценозу піхви та визначення ролі ПВЛ в розвитку захворювань шийки матки.

Нами обстежено 60 жінок дітородного віку від 18 до 48 років, які впродовж 2 -15 років страждають хронічними запальними захворюваннями піхви та шийки матки та від 3 до 8 років мають ерозії шийки матки, причому, у 27 (45,0%) рецидивуючі, а також папіломи шийки матки та зовнішніх статевих органів у 18 (30,0%). Контролем служили 20 жінок з вказаною патологією, які отримували лише місцеву терапію. Всім пацієнткам проводились загальні клінічні дослідження крові, сечі, Ig A, M, G, дослідження клітинного імунітету, мікроскопічне дослідження ступеню чистоти вагінального вмісту, бактеріологічне

дослідження вмісту цервікального каналу, а також рідинне цитологічне дослідження, ПЛР до ПВЛ, вірусу простого герпесу (ВПГ) I-II типу, кольпоскопічне дослідження. Розроблена комплексна терапія із застосуванням підшкірного введення алокіну-альфа курсом 6 ін'єкцій через кожні 2 дні та протейфлазиду перорально за схемою: по 7 крапель на добу двічі на добу 1 тиждень, по 15 крапель двічі на добу 2 тижні, 12 крапель двічі на добу 1 тиждень (курс 4 тижні); та інтравагінально на ніч впродовж 10 днів. Контрольні дослідження ПЛР вмісту проводилось через 2 та 6 місяців після чергової менструації. Виявлено стійку нормалізацію показників імунної системи, нормалізацію біоценозу піхви та відсутність онкогенно небезпечних штамів ПВЛ у 43 (71,7%) жінок піддослідної групи. У жінок з ХЗЗПШМ у 57 (95,0%) спостерігається мікст-інфекція. У 27 (45,0%) на тлі ХЗЗШМ виникають рецидивуючі ерозії шийки матки, причому, у 23 (38,3%) випадків виявляються онкогенно небезпечні штами ПВЛ, а саме: 16, 18, 31, 56, 59 штами. Рецидиви папілом зовнішніх геніталій спостерігались у 3 (0,5%) жінок У групі контролю нормальний стан екосистеми піхви спостерігався у 12 (40,0%) жінок. Після припинення терапії прояви захворювань відновлювались в 2 рази частіше у пацієток, які не застосовували вказане лікування. Нами планується продовжувати дослідження патології шийки матки на тлі ПВЛ при зниженій функції яєчників та розробити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням супутньої патології.

Таким чином, у жінок з ХЗЗПШМ у 95,0% спостерігається мікст-інфекція. У 45,0% на тлі ХЗЗШМ виникають рецидивуючі ерозії шийки матки, причому, у 28,3% випадків виявляються онкогенно небезпечні штами ПВЛ, а саме: 16, 18, 31, 56, 59 штами. Застосування в комплексній терапії алокіну-альфа сприяє нормалізації екосистеми піхви та шийки матки та відновленню фізіологічного епітеліального покриву шийки матки.

*Лимар Л.Є., Маланчук Л.М., Маланчин І.М.,
Кучма З.М., Лимар Н.А.*

ОЛІГОМЕНОРЕЯ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ: ПРОБЛЕМИ СЬОГОДНІШНІ ТА ВІДДАЛЕНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», ТОКПЦ «Мати і дитина»*

Останніми роками стрімко зростає кількість захворювань жіночих статевих органів, незважаючи на значні досягнення медичної та фармацевтичної науки. Дисгормональні захворювання заслуговують особливої уваги, тому що нерідко є причиною не лише зниження якості життя, а й порушення репродуктивної функції. Оскільки печінка відповідає за метаболізм гормонів, у жінок із хронічними захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів (ХЗПЖШ) виникають порушення менструальної функції, зокрема, олігоменорея. знижується рівень загального та місцевого імунітету, що спричиняє запальні захворювання піхви та шийки матки. Після лікування кольпіту чи цервіциту нерідко спостерігаються вагінози, які потребують корекції біоценозу піхви. Метою нашого дослідження була оцінка гормонального, імунного статусу, функціонального стану печінки, екосистеми піхви у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних гепатитів, а також вплив комор бідної патології на репродуктивну функцію.

Нами обстежено 60 жінок дітородного віку від 18 до 48 років, які впродовж 4 -18 років страждають ХЗПЖШ та олігоменореєю від 4 до 15 років. У 29 (48,3%) відмічається хронічний токсичний гепатит, 14 (23,3%) жінок хронічні вірусні гепатити В і С, у 12 (20,0%) – хронічний криптогенний гепатит та холецистит, у 5 (8,3%) – хронічний аутоімунний гепатит. Цим пацієнткам проводилось загальні клінічні дослідження крові, сечі, визначення білірубіну, холестерину, загального білка, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, кальцію, магнію, Ig А, М, G, маркери вірусних гепатитів В і С, ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону, мікроскопічне дослідження ступеню чистоти вагінального вмісту, бактеріологічне дослідження вмісту цервікального каналу. У жінок, які страждають олігоменореєю на тлі ХГ спостерігається зниження загального та місцевого імунітету, значне зниження естрадіолу в I фазу та прогестерону в II фазу менструального циклу, зниження кальцію в крові. У 27 (45,5%) жінок, які страждають

олігоменореєю 5 років і більше, клінічно проявляються ознаки остеопенії. Дослідження мікроскопічного та бактеріологічного дослідження вагінального вмісту виявили кольпіти та цервіцити, викликані мікрофлорою в 56 (93, 3%) жінок. 39 (65,0%) обстежуваних жінок планують реалізувати репродуктивну функцію. У 31 (79,5%) впродовж 2-5 років діагностовано безпліддя. Нами планується продовжувати дослідження порушень в організмі жінки при коморбідних станах, а саме при зниженій функції яєчників на тлі екстрагенітальної патології та розробити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням супутньої патології.

Таким чином, у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних гепатитів виникають порушення гормонального, імунного статусу, функції печінки, зниження рівня кальцію в крові, вторинні запальні захворювання піхви та шийки матки, а саме: кольпіти, цервіцити, вагінози. У 45,5% жінок, які страждають олігоменореєю 5 років і більше, проявляються ознаки остеопенії. У 79,5% жінок, які планують вагітність, діагностовано безпліддя.

УДК: 618.39-079.6: 618.177-089.888.11

Литвин Н.В., Генік Н.І.

ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РАННІХ ВТРАТ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ВКЛЮЧЕНИХ В ПРОГРАМУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Невиношування вагітності – проблема, значення якої не тільки не применшується з плином часу, але і, без сумніву, зростає. Залишається актуальною і проблема ранніх репродуктивних втрат, як найбільш частого ускладнення гестаційного процесу без тенденції до зниження. Згідно літературних повідомлень частота мимовільного переривання вагітності складає 20-25%, при чому до 80% втрат припадає на перший триместр. Із зростаючим впровадженням допоміжних репродуктивних технологій проблема невиношування вагітності відкривається у нових аспектах, а збільшення числа невдалих спроб запліднення *in vitro* ряд авторів тісно пов'язують із імунopatологічними порушеннями. Метою роботи стала оцінка перебігу першого триместру вагітності у пацієнток із лікованим безпліддям, включених в програму допоміжних репродуктивних

технологій та визначення провідних етіологічних чинників, що обумовлюють розвиток локального не прогресуючого відшарування хоріону та ранні репродуктивні втрати.

Проведено ретроспективний аналіз 1864 карт стаціонарних хворих із загрозою переривання вагітності та діагностованим початковим мимовільним викиднем, які знаходилися на лікуванні у відділеннях невиношування, гінекологічному відділенні міського пологового будинку м. Івано-Франківськ, а також у гінекологічному відділенні Прикарпатського центру репродукції людини за період із 2011–2016 років. У контрольну групу увійшли 100 здорових вагітних. У 698 випадках пацієнтки були включені у програму допоміжних репродуктивних технологій. У 542 випадках (37,44%) було діагностовано ретрохоріальні гематоми, з них у 196 пацієнток (36,16%) (основна група) - із заплідненням *in vitro*, у 346 випадках (група порівняння) – при вагітності, яка наступила у фізіологічному циклі. Отримані нами дані щодо віку пацієнток досліджуваних груп дозволили припустити ризик виникнення ретрохоріальної гематоми частіше у юних пацієнток та жінок віком старше 30 років, вагомим чинником також був і паритет вагітностей. Для наслідків вагітності та імовірного негативного її завершення вирішальним є власне об'єм гематоми, тоді як локалізація є не настільки вагомою. Результати проведеного клініко-анамнестичного аналізу продемонстрували переважання гестаційних втрат в терміні 5-7 тижнів вагітності (63,41%). У структурі причин ранніх викиднів анатомічні фактори складали 18,08%, гормональні порушення 36,53%, вроджені та набуті тромбофілічні стани, включаючи аутоімунні і генетичні, відмічено у 27,30%, особливості каріотипу подружжя - у 10,33% спостереженнях, інфекційно-запальний фактор - у 63,83% пацієнток. Доведено значиму роль інфекційного фактору в генезі репродуктивних втрат: при гістологічному дослідженні виявлено морфологічні ознаки хронічного ендометриту (62,19%), висхідного інфекційного ураження плідного яйця (54,87%), гравідарної гіпоплазії ендометрію (20,91%). Одним із важливих факторів розвитку ретрохоріальних гематом у жінок із лікованим безпліддям може слугувати ендокринний дисбаланс, встановлений у даної категорії пацієнток, який проявляється зростанням частки оперативних втручань на органах малого тазу, високим відсотком нейроендокринних розладів у вигляді порушень менструального циклу, оваріальної дисфункції, недостатності лютеїнової фази та гіпоестрогенного гормонального фону у жінок даної категорії.

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що невиношування вагітності у першому триместрі у жінок із лікованим безпліддям є достатньо серйозною патологією, вагомість якої набуває особливого значення у випадку лікованого непліддя та використання

допоміжних репродуктивних технологій, що вимагає поглибленого обстеження пацієнок для виявлення імовірних причин ранніх репродуктивних втрат та відкриває перспективи подальших досліджень.

УДК: 618.146-007.41-039.35-084

Мазур Ю.Ю.

РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Серед фонових захворювань шийки матки (ШМ) одне із перших місць займає ектопія, яку, за даними різних авторів, діагностують у 38,5% - 80% жінок, причому 67% із них – це особи віком до 30 років. Попри те, що ектопію ШМ інтенсивно досліджують на протязі останніх років, досі не існує одностайної гіпотези етіопатогенезу, оптимального обґрунтування тактики лікування та ефективних технологій превенції, що підтверджується значимою частотою рецидивів, яка не має тенденції до зниження і сягає 40%.

Мета. Вивчити фактори ризику та запропонувати раціональні підходи до профілактики рецидиву ектопії ШМ на основі ретроспективного аналізу архівної медичної документації.

Методики дослідження. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 450 жінок з ектопією ШМ. Основну групу склали 153 жінки, у яких було діагностовано рецидив ектопії ШМ, групу порівняння - 297 жінок із вперше виявленою ектопією ШМ. Враховувались, досліджувались та порівнювались: вік, акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність/відсутність екстрагенітальної патології, клініко-лабораторні, патоморфологічні дані, тактика лікування. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% ($p \leq 0,05$).

Результати. На основі проведеного дослідження нами було виокремлено наступні фактори ризику рецидиву ектопії ШМ*:

— репродуктивні втрати в анамнезі (артифіційні аборти та самовільні викидні);

— порушення менструального циклу (зокрема, по типу альгодисменореї);

— запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) та кольпіти в анамнезі;

— тривалий дисбаланс жіночих статевих гормонів, що результується у виникненні гормон-залежних гінекологічних захворювань (міома матки, гіперпластичний процес ендометрію);

— схильність до частих респіраторних та інфекційних захворювань, наявність вогнищ хронічної інфекції (ГРВІ, ангіна, лімфаденіт);

— наявність патологічних змін ШМ, індукованих впливом вірусу папіломи людини (ВПЛ);

— порушення мікробіоти піхви;

— проведення інвазивних втручань при ектопії ШМ без урахування стану біоценозу піхви та на фоні цервіциту.

* $p < 0,05$ між основною групою і групою порівняння.

Висновки. 1. Неускладнена безсимптомна ектопія ШМ підлягає динамічному спостереженню і не потребує лікування.

2. Лікування ускладненої, симптомної ектопії ШМ вимагає комплексного підходу з поєднанням системного та місцевого впливу.

3. Серед заходів системного впливу доцільними є: корекція рівнів репродуктивних гормонів, раціональна терапія ЗЗОМТ, ліквідація вогнищ хронічного запалення та корекція імунного статусу жінки.

4. Будь-які інтервенційні втручання з приводу ектопії ШМ слід здійснювати за умов відсутності вагініту, цервіциту та порушень біоценозу піхви.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше вивчення впливу та ролі виокремлених факторів ризику та продовження розробки дієвих заходів профілактики рецидиву ектопії ШМ.

*Маланчин І.М., Маланчук Л.М.,
Лимар Л.Є., Романчук Л.І., Кучма З.М.*

ПРОФІЛАКТИКА ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

На сьогоднішній день прееклампсія є однією з найскладніших проблем у сучасному акушерстві, що пов'язано з високим рівнем цієї патології та зростанням кількості ускладнень у матері і плода. Часто єдиним методом лікування є своєчасне розродження пацієнтки, інколи передчасне. Тому важливо проводити профілактику прееклампсії у вагітних з групи високого ризику.

Метою нашої роботи було проаналізувати перебіг вагітності та пологів у жінок високого та помірною ризику розвитку прееклампсії, яким призначали профілактичне лікування.

Під нашим спостереженням було 60 вагітних, які отримували ацетилсаліцилову кислоту 100 мг на добу і препарати, що містять кальцій (1-2 г на добу) з 12-16 тижня вагітності. В ранні терміни вагітності для профілактики плацентарної недостатності жінкам з групи ризику розвитку прееклампсії та звичним невиношуванням призначали дидрогестерон по 10 мг двічі на добу. Дидрогестерон сприяє зростанню синтезу оксиду азоту ендотеліальними клітинами.

Вагітність ускладнилась прееклампсією легкого ступеня у 14 вагітних (23,3%), середнього ступеня у 5 пацієток (8,3%). Прееклампсії важкого ступеня серед обстежених жінок не було. Плацентарна недостатність була діагностована у 16 вагітних (26,7%).

Частота нормальних пологів у обстежених вагітних склала 83,3%, передчасних – 11,7%, кесарських розтинів – 5%. Запропоноване нами профілактичне лікування дозволило зменшити частоту розвитку прееклампсії та важкість її перебігу у жінок з групи високого ризику, покращити стан фетоплацентарного комплексу. В перспективі плануємо розробити лікувально-профілактичний комплекс вагітним з прееклампсією для зменшення кількості передчасних пологів.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЮ МАСТОПАТІЄЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України*

Збереження репродуктивного потенціалу нації є важливою складовою демографічної політики України, оскільки це впливає на соціально-економічний рівень країни. Згідно з даними епідеміологічних досліджень останніх років, ендометріоз зустрічається майже в 10% європеїдної раси, а в Україні його частота у жінок фертильного віку, за даними різних авторів, коливається від 7 до 50%. Розповсюдженість патології молочних залоз серед жінок, що страждають різними гінекологічними захворюваннями, досягає 76 – 97,8%, що зумовлює необхідність усвідомленої тактики гінекологів у питаннях діагностики та лікування поєднаної гінекологічної патології. Тому, **метою** нашого дослідження було підвищити ефективність консервативного лікування внутрішнього генітального ендометріозу у жінок з фіброзно-кістозною мастопатією з врахуванням поліморфізму генів системи детоксикації.

Результати дослідження. Нами обстежено 102 пацієнтки із внутрішнім генітальним ендометріозом та фіброзно-кістозною мастопатією. Групи дослідження формували з врахуванням поліморфізму генів системи детоксикації. Відповідно до наявності делецій за генами GSTT1, GSTM1 або ж GSTT1 del та GSTM1 del нами були сформовані групи дослідження. До I групи увійшли 37 пацієнток фертильного віку із наявністю делецій за геном GSTT1, GSTM1, до II групи – 38 жінок із GSTT1 del та GSTM1 del. III групу склали 27 осіб, у яких не було виявлено поліморфізму за двома генами системи детоксикації. В залежності від поліморфізму генів II системи детоксикації пацієнткам була запропонована терапія.

Пацієнткам першої групи була запропонована розроблена нами схема лікування, яка полягала у застосуванні дієногесту, в дозі 2 мг по 1 таблетці на день протягом 6 місяців, імунологічного препарату (екстракт ехінацеї сухої – 100 мг, цинку глюконат – 60 мг, аскорбінової кислоти – 70 мг, селенат натрію – 0,044 мг) - по 1 капсулі тричі на день протягом 1 місяця, в поєднанні із таргетним препаратом – індол – 3 – карбінолом по 1 капсулі 2 рази в день – 3 місяці.

II та III досліджувані групи жінок отримували традиційне лікування, шляхом застосування гормонального препарату - дієногесту в дозі 2 мг по 1 таблетці на день протягом 6 місяців безперервно.

Середній вік обстежуваних хворих становив від 22 до 45 років, а саме $35,7 \pm 1,7$ роки, що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції жінки. Характеристика професійної діяльності жінок виглядала наступним чином: службовців – 55,8%, робітниць – 23,6%, домогосподарок – 12,8%, підприємців – 7,8%. Характерними ознаками внутрішнього генітального ендометріозу у жінок з фіброзно-кістозною мастопатією були: дисменорея – 91,8% та хронічний тазовий біль – 85,7%.

Дисгормонемія у всіх досліджуваних групах жінок проявлялась у вигляді достовірного ($p \leq 0,05$) підвищення концентрації естрадіолу від $1,76 \pm 0,07$ (нмоль/л) до $2,04 \pm 0,02$ (нмоль/л) в I фазу менструального циклу та від $2,16 \pm 0,06$ (нмоль/л) до $2,36 \pm 0,05$ (нмоль/л) в II фазу МЦ. Дослідження прогестеронової насиченості показало, що у пацієнок досліджуваних груп спостерігається достовірно ($p \leq 0,05$) зниження концентрації прогестерону в сироватці крові: у фолікулінову фазу - від $0,51 \pm 0,04$ (нмоль/л) до $0,42 \pm 0,06$ (нмоль/л), у лютеїнову фазу – від $4,22 \pm 0,22$ до $3,55 \pm 0,36$ (нмоль/л).

У жінок із внутрішнім генітальним ендометріозом та фіброзно-кістозною мастопатією виявлено достовірно ($p \leq 0,05$) підвищення концентрації в сироватці крові прозапальних цитокінів: ІЛ-6 від $21,05 \pm 0,1$ до $22,52 \pm 0,14$ (пг/мл), ІЛ-8 від $168,24 \pm 1,4$ до $178,04 \pm 2,6$ (пг/мл). Концентрація ФНП- α у пацієнок досліджуваних груп була достовірно ($p \leq 0,05$) вище норми лабораторних показників і становила в межах від $7,55 \pm 0,06$ до $8,05 \pm 0,08$ (пг/мл). Після проведення лікування нормалізація цитокінових показників спостерігалась у I та III клінічних групах. У пацієнок II групи спостерігалось зниження рівня ІЛ-6 у 1,3 рази, ІЛ-8 - у 3,8 рази та ФНП- α – у 1,1 рази та були вище норми лабораторних показників.

Висновок. Алгоритм лікування внутрішнього генітального ендометріозу у жінок з фіброзно-кістозною мастопатією повинен враховувати генетичну детермінацію хворих осіб. Клінічне дослідження довело ефективність застосування гормональної терапії в поєднанні із імуномодельюючим та таргетним препаратом у жінок із делеційним поліморфізмом за генами GSTM1, GSTT1 у вигляді регресу больового синдрому (91,8%), відновлення фертильності (72,7%) та відсутності рецидивування протягом 12 міс. спостереження.

Місюра А.Г.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ СУПРОВІД ЮНИХ ПЕРВІСТОК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Акушерський супровід юних першовагітних - завдання, робота, відповідальність міждисциплінарної бригади лікарів. Високий рівень перинатальних ускладнень, низький рівень освіченості молодих пацієнтів, соціальні проблеми та сімейні негаразди передбачають індивідуальний акушерський підхід та супровід вагітності, кваліфіковану комплексну участь медичних спеціалістів різного профілю для забезпечення своєчасного цілісного сприйняття патологічних змін у юному організмі.

Мета: розробка алгоритму міждисциплінарного супроводу юних першовагітних.

Матеріали та методи дослідження: проведено анкетування 17 вагітних (термін вагітності 37-40 тижнів) та 11 породіль віком 14-17 років. Акцент зроблено на коморбідному фоні пацієнтів, наявність / присутність диспансерного спостереження спеціалістів різного профілю, сімейний анамнез.

Результати: Серед 28 анкетованих фізіологічний перебіг вагітності констатовано лише у трьох (10,7%) пацієнток, акушерські ускладнення виявлено у 22 (78,6%), соматичну патологію у 12 (42,8%), поєднання гестаційних відхилень та екстрагенітальної патології відмічено у 6 (21,4%), хірургічні втручання мале місце у 5 (17,9%) підлітків. Акушерські ускладнення зустрічалися з наступною частотою: анемія легкого ступеня - 20 (71,4%), безсимптомна бактеріурія - 8 (28,6%), прееклампсія легкого ступеня - 4 (14,3%), прееклампсія середнього ступеня - 3 (10,3%), тяжка прееклампсія - 1 (3,6%), набряки під час вагітності - 11 (39,3%), гестаційний пієлонефрит - 2 (7,1%), гестаційний діабет - 1 (3,6%), холестаза вагітних - 3 (10,3%), полігідроамніон - 4 (14,3%), олігогідроамніон - 2 (7,1%), передчасний розрив плодових оболонок при недоношеній вагітності - 3 (10,3%), затримка росту плода - 5 (17,9%), ультразвукові ознаки плацентарної дисфункції - 15(57,1%), макросомія - 2(7,1%).

Екстрагенітальна патологія виявлена в наступних нозологіях: надлишкова вага та різні ступені ожиріння - 17 (60,7%), недостатня маса тіла - 2 (7,1%), цукровий діабет I типу - 1 (3,6%), патологія шлунково-кишкового тракту - 5 (17,9%), хронічний пієлонефрит - 3 (10,3%), пролапс

мітрального клапану - 4 (14,3%), патологія щитоподібної залози - 21 (75%). Диспансерним спостереженням з дитинства було охоплено лише 6 (21,4%) вагітних, щорічно педіатра поліклініки відвідувало 5 (17,8%), не зверталися до лікаря у підлітковому віці - 12 (42,8%). На захворювання статевих органів серед анкетованих дівчат-підлітків не хворів ніхто. Від початку статевого життя протягом перших трьох місяців завагітніло 19 (67,8%). В 64,3% випадків зафіксоване пізнє звертання в жіночу консультацію з приводу вагітності. Санітарно-освітня робота серед підлітків, їх батьків не проводилася у жодному випадку.

Висновки: Алгоритм з питань підготовки до створення сім'ї і здорового дітонародження передбачає декілька етапів. 1. Міждисциплінарний супровід дівчат-підлітків розпочинати з періоду статевого дозрівання з залученням лікарів загальної практики-сімейної медицини, педіатрів, ендокринологів. 2. Навчання підлітків здоровому способу життя, усвідомлення батьками та дітьми важливості збереження репродуктивного здоров'я дівчаток та хлопчиків. Співпраця спеціалістів: педіатрів, гінекологів, психологів, сімейних лікарів. 3. Індивідуальна робота в сім'ях, навчальних закладах, освітня робота через засоби масової інформації. 4. Виділення групи ризику за результатами профілактичних оглядів, можливі профільні спеціалісти : гінекологи, генетики, невропатологи, ендокринологи. 5. Реалізація взаємозв'язку між дитячою поліклінікою і жіночою консультацією, підтримка ініціативи батьків, вчителів, психологів. 6. Забезпечення конфіденційності, юридичних прав дитини.

Репродуктивне здоров'я і соціальна адаптація юних первісток, консультативно-лікувальна робота і мультидисциплінарний підхід – напрямок подальших досліджень.

Назаренко Л.Г., Недорезова К.М.

МОЖЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПІДХОДУ В ВИБОРІ ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБУ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ В АНАМНЕЗІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Прогнозування успіху спроби вагінальних пологів після кесарева розтину (ВПКР) є актуальним питанням, оскільки число жінок з «оперованою маткою» внаслідок раніше перенесеного КР в репродуктивній когорті стрімко збільшується, але при цьому в суспільстві зростає запит на природний спосіб розродження. Існуючі підходи до відбору кандидатів на ВПКР не є достатньо коректними, адже в них не враховуються функціональні характеристики оперованої матки, її нижнього сегменту з наявністю рубця.

Мета дослідження – уточнити можливість прогнозу успіху ВПКР на основі дослідження гемодинамічних процесів в шийково-перешійковій ділянці під впливом «тестових» маткових скорочень і оцінки стану плода при доношеній вагітності.

Матеріал і методи. Проведено вибіркове проспективне обстеження двох груп жінок, підібраних за принципом «випадок-контроль», по 50 осіб в кожній: I - жінки з КР в анамнезі, II (контрольна) – повторно народжуючі жінки з попередніми пологамі через природні шляхи. Особливу увагу приділяли випадкам порушення цілісності матки, розрізняли rupture і dehiscence матки (дезінтеграція м'яза з інтактним серозним покривом), відповідно, повний і неповний розрив матки. Комплексне ультразвукове дослідження включало стандартну фетометрію, плацентографією, доплерометрією матково-плацентарного і плодового кровообігу, а також оцінку ехоструктури шийки матки, стан судин і гемодинаміку нижнього сегменту і шийки матки.

Результати дослідження. Як базовий підхід до прогнозування успіху спроби ВПКР використано функціональний тест на активність нижнього сегменту матки на фоні тестових маткових скорочень (в окситоциновому тесті) або в періоді передвісників. Характеристикою вважали поведження шийчно-перешійчної ділянки матки (за С.Л.Воскресенським), виділяючи активний, пасивний, німий типи. Незважаючи на прогностичну значимість даного тесту у жінок з КР в анамнезі, він не позбавлений суб'єктивізму.

Ознаки матково-плацентарної дисфункції встановлено в 36% I групи. Також в 8% I групи виявлено однобічні порушення геометрії судин, які стосуються лівої маткової артерії, що, ймовірно, є результатом технічних проблем попереднього КР, накладання швів по ребру, близько до підстави широкої зв'язки матки.

В контрольній групі встановлено збільшення швидкості артеріального кровообігу, зниження периферичного спротиву судинного русла матки, більш активне в низхідних гілках, тоді як в I групі судинний спротив у висхідній і низхідній гілках маткових артерій не мав відмінностей. Безуспішна спроба ВПКР мала місце на фоні зниженої васкуляризації шийки матки, відсутності змін об'єму венозного русла як під впливом маткових скорочень, так і в умовах проби з затримкою дихання. Вважаємо, що така картина є своєрідним варіантом матково-плацентарної недостатності, який формується за наявності рубця внаслідок КР в попередніх пологах, що є передумовою для розвитку порушень фето-плацентарного комплексу, інтранатального дистресу.

Висновки. Коректному відбору пацієнтів ВПКР сприяє дослідження гемодинаміки шийчно-перешійчної ділянки в контрактильному тесті, як патогенетично обґрунтований підхід до прогнозу спроби вагінальних пологів для матері й дитини. Відсутність змін гемодинаміки у відповідь на схватку має розглядатися як аргумент відмови від спроби ВПКР на користь обрання елективного повторного КР.

Перспективу подальших досліджень в цьому напрямку мають клініко-ехографічні і морфо-функціональні паралелі стану матки, плаценти, дитини.

УДК 618

Ошуркевич О.Є.

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕОРІЇ МШЕЛЯ ОДЕНА У ВІТЧИЗНЯНІЙ АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Львівський національний медичний університет імені Д.Галицького

Клінічний протокол є уніфікованим документом, що визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність. Цей документ покликаний допомогти лікарю прийняти правильне рішення щодо

раціональної медичної допомоги в найрізноманітніших клінічних ситуаціях. Застосовуючи клінічні керівництва, лікар отримує інформацію, що дозволяє обирати оптимальну лікувальну стратегію для пацієнта з урахуванням її впливу як на завершення захворювання, так і на можливий ризик медичних процедур і проведеної терапії.

У відповідності до Клінічного протоколу з акушерської допомоги, затвердженого Наказом МОЗУ № 624 від 03.11.2008 «Нормальні пологи», принципами ведення нормальних пологів є такі: визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю; заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів; моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів; використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань; широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів; заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини; оцінка стану дитини при народженні, забезпечення контакту «шкіра-до-шкіри» між матір'ю та новонародженим, прикладання до грудей матері за появи пошукового та смоктального рефлексу; профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

Для цього необхідним є створення належних умов для забезпечення нормальних пологів: індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов; персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком, чи обраним нею партнером; досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом; пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання дозволу жінки на їх проведення; підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні, поважне ставлення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності; підтримання чистоти роділлі та її оточення, прийому жінкою їжі і рідини за її бажанням тощо.

З метою підвищення ефективності акушерської практики у процесі реалізації клінічних акушерських протоколів доцільно рекомендувати застосовувати основні положення теорії Мішеля Одена, французького акушера, який отримав світову популярність після того, як у 1970-х роках увів в акушерську практику басейни і кімнати з домашньою атмосферою для пологів. Свій досвід та дослідження лікар виклав у низці книг про те, як зробити пологи жінок легшими та приємнішими.

За теорією Мішеля Одена, в процесі пологів організм роділлі самостійно виробляє гормон окситоцин. Для його продукції потрібне відчуття спокою і задоволення. Антагоністом окситоцину є адреналін (часто підвищений у людей, які зголодніли). Щоб окситоцин подіяв,

необхідно відключити думаючий мозок (так званий неокортекс), не розмовляючи з роділлею, зменшуючи яскравість освітлення, слідкуючи за тим, щоб жінка не була голодною, щоб вона перебувала в безпеці. Ще однією ідеєю практикуючого науковця є демедикалізація нормальних пологів, оскільки виділення всіх необхідних для народження дитини гормонів відбувається в організмі матері природно без жодних втручань ззовні.

На думку М. Одена, при веденні нормальних пологів слід враховувати основні потреби роділлі: відчуття безпеки; відключення активності мозку; необхідність тиші; темнота або приглушене світло; тепло; позбавлення відчуття, що за нею спостерігають; відсутність адреналіну. Це сприятиме успішному перебігу пологів і не суперечить чинним акушерським протоколам.

Петренко Н.В., Геряк С.М., Кривенко В.В., Стельмах О.Є.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНОСТІ ПРИ НОРМАЛЬНОМУ ЇЇ ПЕРЕБІГУ ТА СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

Проблема збереження здоров'я матері та дитини є однією з фундаментальних проблем сучасного суспільства. Період вагітності це унікальний, специфічний, абсолютно несхожий на інші, але дуже сильний період по рівню психологічних переживань. До останнього часу вивчалася в основному біологічна сторона вагітності. Лише в останні роки посилилася зацікавленість до психологічних проблем, які мають місце власне в період вагітності. Вагітність пов'язана з величезною кількістю стресових факторів психологічного, соціального, фізіологічного характеру, що порушують формування гестаційної домінанти і процесу адаптації, що веде до ескалації емоційного напруження і в кінцевому результаті до розвитку нервово-психічних розладів у вагітної. Багатьма вченими підкреслюється несприятливий вплив емоційного стресу матері на кінцевий результат вагітності та перебіг пологів, є причиною не виношування вагітності, порушенням плацентарного кровообігу, аномалії родових сил і ін..

Необхідність психопрофілактичної роботи з вагітними була доведена в медичній літературі досить давно, проте в останній час зріс практичний попит серед вагітних до такого роду допомоги. У той же час, ранне

виявлення нервово-психічних розладів у вагітних і застосування адекватної психокорекції та психотерапії дозволяють попередити розвиток ряду ускладнень та значно знизити кількість призначених препаратів або взагалі обійтися без них. Особливості перебігу вагітності залежать від індивідуальних особливостей, а також характеру особистісного реагування на важкі ситуації, здатності до самоорганізації.

Метою роботи було виявлення психологічних змін у вагітних при нормальному перебігу вагітності та супутній соматичній патології.

Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 28 вагітних, серед яких 17 мали фізіологічний перебіг вагітності, а 11 – соматичну патологію (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, репродуктивні втрати в попередній вагітностях). Для визначення психологічного стану нами обрано наступні методики: «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» (Ч.Д.Спілбергер, Ю.Л.Ханін), «Тест відношення вагітних» (І.В. Добрякова), «Самооцінка психічних станів» (Г.Айзенка).

Як показали наші дослідження рівень реактивної та особистісної тривожності у більшості вагітних (17 (61%)) був низьким, у третина вагітних (8 (29%)) – середнім, і лише у десятої частини (3 (10%)) – високого рівня. Всі вагітні з нормальним перебігом вагітності мали низький рівень тривожності. Тоді як тільки у 3 (27%) вагітних з супутньою соматичною патологією мав місце низький рівень тривожності, у решти 8 (73%) – середній та високий рівень тривожності.

Оцінка психологічного стану показала, що половині (14 (50%)) вагітних притаманний оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), 11 (39%) – ейфоричний тип, а 3 (11%) – змішаний тип. Тривожного та гіпогестогнозичного або депресивного типу переживання вагітності серед обстежуваних не виявлено. Слід відмітити, що дві третини вагітних (10 (59%)) з фізіологічним перебігом вагітності мали оптимальний тип ПКГД і тільки 7 (41%) – ейфоричний тип, тоді як при наявності супутньої патології ейфоричний та оптимальний тип 4 (36%) вагітних, а ще 3 (28%) – змішаний.

Оцінка рівня прояву психічних станів показала, що у вагітних жінок переважав середній рівень тривожності 14 (50%), низький та високий рівень тривожності мали четвертина (7 (25%)) вагітних. Аналізуючи рівень тривожності в залежності від наявності супутньої патології встановлено, що при нормальному перебігу вагітності переважали розлади низького (6 (35%)) та середнього (10 (59%)) рівня, тоді як при наявності супутньої патології середнього (4 (36%)) та високого (6 (55%)).

Половина вагітних 14 (50%) мала низький рівень фрустрації, що свідчить про високу самооцінку, стійкість до невдач та труднощів, інша половина (14 (50%)) – середній рівень, а це значить, що вони більш

схильні до роздратування, гніву, відчуття провини, які є реакцією на труднощі, пов'язані з реалізацією власних мотивів.

Слід відмітити, що всі вагітні мали агресивні розлади. У третини вагітних (10 (36%)) було виявлено легкі агресивні розлади, у двох третин (16 (57%)) – середні, у решти – (2 (7%)) важкі. Як показали наші дослідження серед вагітних з нормальним перебігом вагітності агресивні розлади, що мали місце, були легкого (7 (41%)) та середнього (10(59%)) ступеня, тоді як серед вагітних з супутньою патологією легкі розлади були в 2 рази рідше (3 (27%)), а важкі – у 2 (18%).

Проведене нами дослідження показало, що всі вагітні мали підвищений рівень реактивної та особистісної тривожності, половині вагітних притаманний оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти, третині – ейфоричний, решті – змішаний тип. Вагітні в однаковій мірі мають високу самооцінку, стійкість до невдач та труднощів та схильність до роздратування, гніву, відчуття провини, які є реакцією на труднощі, пов'язані з реалізацією власних мотивів. Жінки під час вагітності мають агресивні розлади, які виражені в легкій та середній ступені.

Таким чином незважаючи на те, що вагітність є нормальною, природною функцією організму жінки, вона дає колосальне навантаження на тіло і психіку. Більшість вагітних мають певні психологічні порушення пов'язані з вагітністю, що негативно впливає на її перебіг. Слід відмітити, що психологічні порушення більше виражені у жінок, які мають супутню патологію. Виявлені нами зміни обумовлюють необхідність володіння медичним персоналом, що працює з вагітними жінками, елементарними психокоригуючими методиками.

Продан А.М., Дживак В.Г.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Комплексне дослідження стану сполучнотканинної дисфункції у вагітних на варикозну хворобу нижніх кінцівок (ВХНК) включає фенотипічне, біохімічне та морфологічне обстеження. В цих пацієнтів з

дисплазією сполучної тканини діагностують порушення імунної системи. Особливості імунітету проявляються у зниженні фагоцитарного числа та індексу, що призводить до зменшення фагоцитарної активності нейтрофільних гранулоцитів, які забезпечують виведення з організму циркулюючих імунних комплексів. Недостатня їх активність може спричиняти розвиток імунокомплексних зрушень.

При вирішенні цього завдання було взято до уваги те, що при дослідженні сироватки вагітних жінок на ВХНК з метою визначення рівня метаболізму оксипроліну нами у більшості пацієнтів з фенотипічними та клінічними ознаками дисплазії сполучної тканини було відмічене виражене її згущення, що спонукало нас до додаткового визначення прицепітуючих кріоглобулінів та циркулюючих імунних комплексів.

Так, в ході обстеження 47 жінок на ВХНК було досліджено рівень кріоглобулінів у сироватці крові віком від 22 до 39 років. Згідно наших досліджень, у більшості обстежених (n-34) спостерігалось підвищення вмісту кріоглобулінів до рівня $260,65 \pm 17,01$ опт.од., що суттєво перевищує показники контрольних величин (<50 опт.од.). Лише у 13 пацієнтів рівень кріоглобулінів був незначно збільшений та визначався в межах $81,62 \pm 5,45$ опт.од.. У однієї пацієнтки було неможливим визначення цього показника через формування кріопреципиту.

В 15 (31,92%) вагітних було виявлено підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів $294,73 \pm 32,5$ умов.од. (норма 60-70 умов.од.).

Виявлені зміни свідчать про можливу дисфункцію імунної системи у вагітних жінок на варикозну хворобу нижніх кінцівок асоційовану з недиференційованою дисплазією сполучної тканини, що може розкривати певні патогенетичні аспекти розвитку хвороби та її рецидивів.

Романенко Т.Г., Чайка О.І.

ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика МОЗ України*

Мета дослідження: покращити перинатальні наслідки у жінок з безпліддям в анамнезі та патологією щитоподібної залози при індукованій

вагітності на основі розробленого диференційного алгоритму прегравідарної підготовки та ведення вагітності.

Дизайн дослідження: проведена порівняльна оцінка двох груп жінок при індукованій вагітності на тлі патології щитоподібної залози: I група (62 жінки) на етапі прегравідарної підготовки отримувала: калію йодид в добовій дозі 200 мкг перорально, фолієву кислоту 400 мг перорально, мікронізований прогестерон 200 мг в II фазі менструального циклу інтравагінально та омега-3 1000 мг (концентрат жиру лососевих риб 1000мг, ейкозапентаєнова кислота 180 мг, докозагексаєнова кислота 120 мг, вітамін E 1 МО) перорально; II група (58 жінки) при індукованій вагітності на тлі патології щитоподібної залози не отримувала прегравідану підготовку. Дослідження проводилось протягом всієї вагітності, в післяпологовому періоді з оцінкою психоемоційного стану та проведення загально клінічного моніторингу. Слід зазначити, що частота дисфункцій щитоподібної залози до вагітності була на одному рівні у обох групах і склала 30,6% та 34,5% відповідно.

Результати: аналіз перебігу вагітності показав, що частота ускладнень перебігу гестації у вагітних I групи значно нижче, на відміну від вагітних II групи.

Ранній гестоз в 1,7 разів частіше зустрічався у вагітних II групи. При оцінці структури пізніх гестозів відмічено переважання преєклампсії середнього ступеня (53,4%) та тяжкої преєклампсії (25,9%) в II групі в порівнянні з наявністю преєклампсії легкого ступеня (64,5%) та середнього ступеня (20,9%) в I групі ($p < 0,05$). Частота преєклампсії середнього ступеня в I групі зустрічалася рідше в 2,5 рази, ніж в II групі.

Спостерігалися відмінності в структурі такого ускладнення як анемія: у II групі переважала середня та тяжка ступінь анемії (53,4% та 20,7%) в порівнянні з I групою – легка та середня ступінь (61,3% та 29%) відповідно. Тяжка форма анемії в 2,1 рази зустрічалась рідше в I групі.

Загроза переривання вагітності майже в 2,5 рази спостерігалась рідше в I групі в порівнянні з II групою. Крім того, у вагітних, які приймали з ранніх строків вагітності калію йодид в 2,3 рази рідше діагностовано порушення в фетоплацентарному комплексі.

В оцінці функціонального стану серцево-судинної системи плода: адаптаційних резервів та реактивності, підраховувався показний страждання плода, який виявив, що в 37-38 тижнів гестації показник страждання плода в II групі був в три рази вищий ніж в I групі.

Аналіз перебігу пологів вказує, що у жінок, які отримували калію йодид рідше спостерігались: передчасні пологи (1,8 разів), аномалії пологової діяльності (в 2,6 разів), передчасний розрив плодових оболонок (в 2,1 рази), дистрес плода (в 2,6 разів) та відповідно, оперативне розродження (в 2,6 разів).

В післяпологовому періоді звернуло на себе увагу значне підвищення випадків гіпогалактій (до 34%) у жінок, які не отримували прегравідарну підготовку.

Запропонована прегравідарна тактика ведення жінок з патологією щитоподібної залози при індукованій вагітності та розроблений науково обґрунтований комплекс лікувально-профілактичних заходів дозволить знизити показники перинатальних втрат, зберегти вагітність і завершити її народженням життєздатних дітей.

Висновок: отже, наше дослідження показало достовірне зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з безпліддям в анамнезі та патологією щитоподібної залози при підготовці до проведення протоколів допоміжних репродуктивних технологій.

УДК: 618.5-089.888.61-06-084

Слободян Ю.В., Голяновський В.О.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика,*

Вступ. Останні наукові дані свідчать, що майже кожна п'ята жінка в світі народжує шляхом операції кесарева розтину. Рубець на матці знаходиться на першому місці серед показань до операції. Зростання кількості повторних кесаревих розтинів достовірно збільшує ризик серйозних ускладнень - гістектомія, повторні хірургічні втручання, підвищена крововтрата, пошкодження суміжних органів, материнська смертність. Спайковий процес ускладнює перебіг наступних оперативних розроджень та збільшує тривалість операції. Забезпечення ефективного гемостазу та скорочення матки є необхідним заходом у профілактиці ускладнень.

Мета. Оцінка ефективності застосування комплексу сучасних технічних та медикаментозних засобів з метою профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень при проведенні повторного кесарева розтину.

Матеріали і методи. Проведено дослідження на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л. Шупика. Групу

дослідження склали 27 жінок з рубцем на матці у віці 22-36 років, які були планово розроджені шляхом операції кесарів розтин з лапаротомією за Joel-Cohen та методикою проведення за M. Stark. За проведення операції застосовували аргоно-плазмову коагуляцію тканин, в кути розрізу на матці перед ушиванням вводили 0,4 мг терліпресину в 20,0 мл 0,9% розчину NaCl, одноразово внутрішньовенно вводили 100 мкг карбетоцину. Для запобігання спайкоутворення інтраопераційно вводили 50 мл поліфункціонального протиспайкового засобу (50 мл розчину містить гіалуронову кислоту 250 мг, декаметоксин 10 мг, сукцинатний буфер рН 7,3 до 50 мл). Антибіотикопрфілактику проводили всім пацієнткам одноразово, інтраопераційно. Ефективність прфілактичних заходів оцінювали в ранній післяопераційний період та через 1 місяць шляхом виявлення непрямих ознак спайкового процесу органів малого таза. Контрольну групу склали 25 жінок, яким кесарів розтин виконували за стандартною методикою M. Stark'a без медикаментозної підтримки та технічного супроводу.

Результати дослідження. Тривалість операції в групі дослідження становила $35,0 \pm 3,0$ хв, в контрольній групі – $48,0 \pm 5,0$ хв. ($p < 0,05$). Об'єм інтраопераційної крововтрати в I групі склав $420,0 \pm 40,0$ мл, а у II – $570,0 \pm 30,0$ мл ($p < 0,05$). Тривалість перебування в стаціонарі після операції в I групі становила $3 \pm 1,0$ дні, у II – $5 \pm 1,6$ днів. У групі дослідження через місяць після операції клінічних таультразвукових ознак спайкового процесу виявлено не було.

Висновки. Запропонована методика проведення повторного кесарева розтину з використанням радіохвильового скальпеля та аргоноплазмової коагуляції тканин у поєднанні з сучасними утеротонічними, гемостатичними та протиспайковими препаратами дозволяє зменшити інтраопераційну крововтрату, скорочує потребу в додаткових утеротонічних засобах, зменшує вірогідність утворення злук малого таза в післяопераційному періоді, зменшує тривалість перебування пацієнток в стаціонарі після оперативного втручання.

Сопель В.В., Сопель О.В., Скальська О.Л., Юхим І.Б.

ВПЛИВ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНОК

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Частота виникнення гіпотиреозу серед дорослих і дітей в Україні за останні 10 років зросла відповідно на 7,5% та 4,3% проти 0,5% і 0,12%, а розповсюдженість субклінічного гіпотиреозу серед жінок репродуктивного віку досягає 13,6%. Гіпотиреоз є найчастішим варіантом серед порушень функції щитоподібної залози, в тому числі серед жінок з неплідністю.

Мета. Метою нашої роботи було вивчити вплив субклінічного гіпотиреозу на репродуктивну функцію жінки та ефективність корекції цього стану в умовах йододефіцитного регіону.

Матеріали і методи. В результаті дослідження було обстежено 20 жінок з субклінічним гіпотиреозом та безплідям. Пацієнткам проводили анкетування, загальноклінічне обстеження, імунологічне (рівні ТТГ, вільного тироксину, АТ-ТПО) та УЗД ЩЗ, визначали рівень йодурії. Жінки отримували замісну гормонотерапію L-тироксином у рекомендованих European Thyroid Association дозах. Контроль гормонів проводили через кожні 4–6 тижнів. Отримані результати статистично оброблені за допомогою програми Statistica.

Результати дослідження. В результаті дослідження встановлено, що у 95% пацієнок з субклінічним гіпотиреозом спостерігався виражений передменструальний синдром та порушення менструального циклу. Після призначення замісної терапії L-тироксином 68, 8% відмітили нормалізацію менструального циклу та усунення симптомів ПМС. Під час дослідження завагітніли 11 жінок (55,0%). У 4 з них вихідний рівень ТТГ=2,5-42 мОд/л. а у 7-и - ТТГ>42 мОд/л.

Висновки. Визначення функціонального стану ЩЗ у жінок, що проживають у йододефіцитних регіонах, є обов'язковим при плануванні вагітності, безплідності. Максимальний рівень ТТГ для жінок, які планують вагітність, не повинен перевищувати 2,5 мОд/л. Замісна терапія L-тироксином є необхідною для жінок із безплідністю та рівнем ТТГ понад 2,5 мОд/л.

Срібна В.О.

ПЕРЕДЧАСНА НЕДОСТАТНІСТЬ ЯЄЧНИКІВ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ І НОВІ ПІДХОДИ ЩОДО КОРЕКЦІЇ

Інститут фізіології ім.О.О.Богомольця НАН України, Київ

Передчасну недостатність яєчників (ПНЯ) - розлад оваріальної функції, яке настає у жінок у віці до 40 років - активно досліджують. Дане захворювання є досить поширеним особливо в розвинених країнах через відстрочку там материнського віку і становить сьогодні медико-соціальну проблему.

Відомо, що провідну роль у розвитку ПНЯ відводять автоімунній патології, проте залишається неясним чи формування автоімунітету є первинною причиною виникнення даного захворювання, чи є наслідком впливу тривалої хронічної патології, як би замикаючи «порочне» коло патогенезу. Крім того наявність протипоказань для замісної гормональної терапії визначає пошук альтернативних методів лікування і подальших досліджень, які наблизять лікарів до розв'язання численних загадок, які приховує в собі така мультифакторна патології, як ПНЯ.

Метою роботи було дослідження особливостей оваріальної дисфункції, а також функціонального стану органів імунної системи в умовах моделювання імунокомплексної патології і випробування нових підходів корекції.

З використанням моделі експериментального імунокомплексного ушкодження встановлені особливості оваріальної дисфункції, а саме - пригнічення мейотичного дозрівання ооцитів *in vitro* і посилення загибелі клітин їх фолікулярного оточення, а також пошкодження ДНК імунокомпетентних клітин тимуса і лімфовузлів. В умовах застосування антиоксиданту («Мексидол») в дозі 100 мг/кг спостерігається поліпшення всіх параметрів, що свідчить про залучення в даний патологічний процес активних форм кисню.

За літературними даними системні запальні процеси супроводжуються залізодефіцитними станами, а також порушенням метало-лігандного гомеостазу редокс-активних металів, в тому числі і заліза, тому наступним нашим кроком стало використання новітньої експериментальної субстанції наночастинок нуль-валентного заліза (НЧНЗ) в якості препарату можливої корекції даного розладу. Так, встановлено, що в

умовах внутрішньовенного введення НЧНЗ в дозі 1,68мг/кг спостерігається покращення мейотичного дозрівання ооцитів *in vitro* на стадії Метафаза I і зменшення загибелі клітин фолікулярного оточення ооцитів, а також підвищення параметрів життєздатності клітин тимуса, лімфовузлів та зменшення пошкодження їх ДНК.

Висновок. Отримані результати дають підстави стверджувати, що в умовах імунокомплексного ушкодження в механізмі розладу оваріальної функції задіяний оксидативний стрес, а також, ймовірно, зсув метало-лігандного гомеостазу по залізу. Застосування антиоксиданта «Мексидол» розширює відомості щодо його ефектів і сфери використання та може бути рекомендований для корекції розладу оваріальної функції при патології імунної системи. Субстанція НЧНЗ проявила позитивний вплив і на розлад оваріальної функції та на пошкодження імунокомпетентних клітин тимуса і лімфовузлів, що ставить завдання подальшого вивчення механізми взаємодії НЧНЗ з соматичними та герменативними клітинами організму.

*Стельмах О.Є., Багній Н.І., Корда І.В.,
Петренко Н.В., Багній Л.В.*

ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ КЛІМАКТЕРІЮ НЕГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»*

Вступ. Клімактеричні розлади у вигляді нерегулярних менструацій, вазомоторних реакцій, приливи, тривожність, пітливість, аномальні маткова кровотечі, безсоння, біль в суглобах, диспареунія, абдомінальне ожиріння можуть виникати ще задовго як настає фізіологічна менопауза. Це пов'язано із системними ускладненнями внаслідок дефіциту естрогенів, як результат поступового згасання гормональної функції яєчників. Виражений характер даних проявів, дозволяє виділити їх в окрему нозологічну форму – клімактеричний синдром (КС).

Метою нашого дослідження було оцінити клінічну ефективність негормонального препарату Променсил у жінок з фізіологічною менопаузою.

Матеріали і методи дослідження. З метою визначення клінічної симптоматики та оцінки ефективності призначеного лікування нами було

проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнок із фізіологічною менопаузою. Обстежено 2 групи жінок: I група - 40 жінок з фізіологічною менопаузою: I - основна, з лікувальною метою отримували негормональний препарат Променсил (по 80 мг ізофлавонів конюшини червоної) протягом трьох місяців, II – група порівняння - симптоматичне лікування.

Жінкам проводили: опитування, (збір сімейного, гінекологічного, соматичного анамнезу); бімануальне гінекологічне обстеження; визначення антропометричних характеристик (ріст, вага, індекс маси тіла (ІМТ)). Динаміка симптомів клімаксу при фізіологічній менопаузі впродовж трьох місяців, була вивчена за допомогою модифікованого менопаузального індексу.

Отримані **результати**, показують, що у жінок основної групи з фізіологічною менопаузою на фоні застосування променсилу спостерігається зменшення нейровегетативних розладів. Впродовж трьох місяців лікування з'являються пацієнтки із відсутністю клінічних проявів (50,0%) та зменшення кількості жінок з середнім (з 80,0% до 10,0%) і відсутність високого ступеня тяжкості перебігу синдрому за рахунок збільшення пацієнок із слабким ступенем (з 20,0% до 80,0%). Таким чином, відсоток середнього і високого ступеня тяжкості зменшився на 70,0% і 60,0% відповідно. В той час як у жінок порівняльної групи бачимо зменшення пацієнок без клінічних проявів на 20%, за рахунок збільшення кількості жінок із слабким (з 40,0% до 50,0%) та середнім (з 30,0% до 40,0%) ступенем тяжкості перебігу синдрому. У жінок з фізіологічною менопаузою після запропонованого лікування зменшується важкість перебігу даного синдрому. Так, в I групі в 20,0% випадків спостерігався тяжкий клінічним перебіг фізіологічної менопаузи, а через три місяці застосування негормонального препарату зменшився до 0%, що співставляється із застосуванням ГЗТ лікування II групи (з 20,0% до 0%). На 70,0% у I групі та на 40,0% у II групі збільшилася кількість жінок із легким ступенем менопаузального синдрому.

Висновки. Таким чином, отримані результати вказують на високу ефективність застосування запропонованого фітопрепарату, як методу терапії проявів менопаузи у жінок з протипоказами до гормонозамісної терапії.

Ткаченко р.О., Петриченко В.В.

ВПЛИВ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ НА РОДІЛЛЮ ТА ПЛІД ПІД ЧАС КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

На сьогоднішній день широко розповсюджені регіонарні методи анестезіологічного забезпечення в акушерстві, такі як, спінальна анестезія (СА), епідуральна анестезія (ЕДА), та комбінована спінально-епідуральна анестезія (СА+ЕДА). Так, за даними р.О. Ткаченко у пологодопоміжних закладах м. Києва за 2014 рік проведено 10035 регіонарних анестезій в акушерській та гінекологічній практиці, що складає 35,03% від загальної кількості анестезій, що проводяться у цих стаціонарах. Методом вибору анестезіологічного забезпечення кесарського розтину є СА, частота якої в різних клініках коливається в межах 75 – 95%. Регіонарні методи знеболення, а саме, СА в акушерстві мають ряд певних ускладнень, які можуть виникати в процесі їх виконання та проведення. Так, одним з найпоширених ускладнень є виникнення артеріальної гіпотензії, завдяки розвитку розповсюдженого симпатичного блоку, яка досягає до 80% випадків без проведення профілактичних заходів спрямованих на усунення даного ускладнення. Та незважаючи на застосування різноманітних методів профілактики АГ частота розвитку цього ускладнення, за нашими даними, досягає 19,2%.

Метою дослідження була оцінка впливу різних варіантів преінфузії на вагітну та новонародженого, що використовувалися з метою профілактики та лікування артеріальної гіпотензії під час операцій кесарева розтину в умовах проведення спінальної анестезії.

Матеріали та методи.

Всі пацієнтки були розподілені на дві групи в залежності від обраного інфузійного розчину, який вводився вагітній, у якості преінфузії до початку виконання СА. **До першої групи** було віднесено 20 вагітних, яким внутрішньовенно вводився розчин 4% модифікованого рідкого желатину у збалансованому розчині (Геласпан®) в обсязі 7 – 8 мл/кг за 30 хв. до початку СА. **До другої групи** входили вагітні (n = 20), котрим в якості засобу для преінфузії внутрішньовенно вводився 0,9% розчин NaCl 15 мл/кг за 30 хв до СА.

До операції та під час оперативного втручання проводився стандартний моніторинг вітальних функцій, а також показників центральної гемодинаміки (серцевий викид (СВ), серцевий індекс (СІ), загальний периферичний опір судин (ЗПОС)) в on-line режимі апаратом «ДІАМАНТ» (Російська Федерація). Окрім того, визначалися показники гідратації тканин.

Реєстрація показників проводилась на 5-ти етапах:

1 етап – до початку операції та спінальної анестезії в стані спокою.

2 етап – після розвитку спінального блоку до вилучення плоду.

3 етап – після народження дитини та виділення посліду.

4 етап – по закінченні операції.

5 етап – через 2 години після операції (регрес спінального блоку).

За шкалою Апгар оцінювався стан новонародженого на 1 та 5 хв, а також рівень лактату пуповинної крові.

Результати та їх обговорення.

При вивченні змін показників центральної гемодинаміки було виявлено, що на першому етапі дослідження достовірної різниці між групами порівняння не було. На другому етапі дослідження у першій групі відмічалось зниження серцевого індексу (інтегративного) (СІ) на 3% та зниження загального периферичного опору судин (ЗПОС) на 8% відносно початкового рівня даної групи, а у другій групі відмічалось значне підвищення СІ на 103% та паралельне зниження ЗПОС на 23% ($p < 0,05$) відносно початкового рівня даної групи, що було обумовлено компенсаторними реакціями організму у відповідь на розвиток спінального блоку та недостатньою компенсацією порушень гемодинаміки методом преінфузії кристалоїдами.

На третьому етапі дослідження СІ в 1 групі зростав на 20% а у другій групі – на 41%, у порівнянні з 2-м етапом. Підвищення СІ в 1-й групі на цьому етапі на наш погляд було обумовлено усуненням аорто-кавальної компресії і розвитком феномену аутотрасфузії, в той час як різке зниження цього показника у другій групі свідчило про короткочасність дії 0,9% хлориду натрію і початком його переміщення із судинного русла в інтерстиціальне русло, і не компенсувалося аутотрансфузією. ЗПОС на цьому етапі дослідження у 1 групі знижувалося на 20% у порівнянні з 2-м етапом дослідження, але достовірної різниці цього показника між групами не було.

На 4-ому етапі дослідження СІ у 1-й групі нормалізувався до доопераційного рівня ($2,8 \pm 0,44$ л/м²), за рахунок зниження на 15% у порівнянні з попереднім етапом, що достовірно мало різницю з 2-гою групою, де СІ збільшувався на 20%, а ЗПОС знижувався на 2% у порівнянні з вихідними показниками.

На 5-ому етапі дослідження СІ достовірно відрізнявся у дослідних групах. ЗПОС на данному етапі значно підвищувався у 1 групі в порівнянні з 2-гою, що може бути зв'язано з стійким волемічним ефектом 4% рідкого желатину (Геласпану®).

Під час дослідження до початку СА та по завершенню оперативного втручання вивчалися показники гідратації тканин. Так при використанні у якості преінфузії рідкого 4% желатину (Геласпан®) ми не відмічали достовірних змін у розподілі рідини по водним секторам у даній групі, що свідчить про відсутність переміщення рідини у позасудинний сектор і достатній волемічний ефект. На відміну від цього у другій групі отримані результати гідратації тканин вказують на достовірне збільшення кількості позаклітинної рідини в кінці операції, що може бути наслідком міграції рідини із судинного русла в інтерстицій.

Рівень крововтрати під час операції в 1-й і 2-й групах був майже однаковим 509 ± 55 мл і $510 \pm 33,3$ мл відповідно ($P > 0,05$)

Також ми оцінювали стан новонародженого за шкалою Апгар і рівень ацидозу спираючись на показники лактатметрії пуповинної крові. У другій дослідній групі оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 1 хв життя складала $7,1 \pm 0,4$ бали, тоді як у 1-й групі показники були достовірно вищі і складала $7,7 \pm 0,4$ бали ($P = 0,0003$), достовірної різниці у оцінці стану новонародженого на 5 – ій хв. між обома групами не було, та мали такі показники: $8,1 \pm 0,4$ бали у першій групі і $7,7 \pm 0,5$ бали у 2-ій ($P = 0,06$).

При оцінці рівня лактату пуповинної крові ми отримали наступні результати: у першій групі середні показники були в межах $3,1 \pm 1,07$ ммоль/л, що було достовірно нижче у порівнянні з 2-гою групою, де показники лактату досягали $3,9 \pm 1,2$ ммоль/л ($P = 0,032$).

Враховуючи все вищевикладене можна зробити наступні **висновки**:

1. Застосування 4% рідкого желатину у збалансованому розчині (Геласпан®) 7 – 8 мл/кг у якості препарату для преінфузії, має більш позитивний ефект у профілактиці розвитку та корекції гемодинамічних порушень при кесаревому розтині під СА ніж застосування 0,9% NaCl у обсязі 15 мл/кг.

2. Використання 4% рідкого желатину у збалансованому розчині (Геласпан®) не викликає перерозподілу секторальної рідини та не спричиняє збільшення позаклітинної рідини на відміну від 0,9% NaCl і не провокує утворення інтерстиційного набряку під час операції та у ранньому післяопераційному періоді.

3. Преінфузія 4% рідкого желатину у збалансованому розчині втричі рідше викликає розвиток випадків ацидозу плода, що підтверджується достовірно нижчими показниками рівня лактату ($3,1 \pm 1,07$ ммоль/л) у новонароджених цієї групи.

4. 4% рідкий желатин у збалансованому розчині (Геласпан®) може використовуватися у якості препарату для преінфузії, а також в комплексній терапії гемодинамічних порушень при операції кесарева розтину в умовах СА.

УДК 618.3-06:[618.16-002-02:616.523-036.87]:57.083.3

Тучкіна І.О., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В.

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ВАГІТНИХ ПРИ АКТИВАЦІЇ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології*

Актуальність. Широке поширення вірусів сімейства герпес серед жінок дітородного віку становить на сьогодні одну з актуальних проблем сучасного акушерства та гінекології. У вагітних вірус простого герпесу (Herpes simplex 1, 2) виявляється в 17 – 50% випадків, реєструється вдвічі частіше, ніж у невагітних жінок репродуктивного віку, що пов'язано з його активацією під час вагітності при зниженні ефективності імунного захисту на тлі гестаційної транзиторної імуносупресії. Це може спричинити внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) плода та його реалізацію. Незважаючи на певний прогрес у науковому та клінічному розумінні ролі герпетичної інфекції у розвитку ускладнень вагітності в різні терміни гестаційного процесу, дослідження, що стосуються змін, які відбуваються в імунній системі на рівні цитокінової регуляції імунної відповіді при реактивації генітального герпесу, нечисленні.

Мета роботи – вивчення характеру змін цитокінового профілю у вагітних для оцінювання ризику розвитку перинатальних ускладнень при активації герпетичної інфекції.

Матеріали і методи дослідження. Проведено проспективне обстеження 50 серопозитивних жінок з рецидивуючою інфекцією, викликаною Herpes simplex 1, 2 з наявністю антитіл класу G з індексом авідності, вищим за 60%. У вагітних були виявлені ультразвукові ознаки внутрішньоутробного інфікування плода. Термін гестації становив 28-41 тиждень. Вміст IL-1 β , IL-6, IL-10 і TNF α визначали в сироватці крові методом ІФА з використанням наборів реагентів виробництва ЗАТ «Вектор-Бест» (Новосибірськ, Росія) за доданими інструкціями.

Відповідно до результатів дообстеження новонароджених в ранньому неонатальному періоді, вагітні були ретроспективно розбиті на основну групу: 1- група (n = 30) – зі сприятливим перинатальним результатом пологів і народженням здорових дітей, 2- група (n = 20) – з реалізацією внутрішньоутробної інфекції. Контрольну групу становили 50 практично здорових вагітних жінок відповідного терміну гестації.

Результати досліджень. Згідно з отриманими даними, у сироватці крові вагітних з IgG антитілами до Herpes simplex 1, 2 інфекцією в період загострення встановлено підвищення рівня прозапальних цитокінів IL-1 β , IL-6 і TNF- α , однак уміст їх відрізнявся значною індивідуальною варіабельністю, що не дозволило в деяких випадках виявити достовірні відмінності від контролю й відмінності між 1-ю та 2-ю групами. Винятком став лише IL-6, рівень якого був достовірно вищим при реалізації ВУІ порівняно з контролем й основною групою, що складалася з породіль з носійством IgG антитіл до Herpes simplex 1, 2, які народили здорових дітей. Найбільш чутливий маркер запалення TNF- α був вищим у породіль з реалізацією ВУІ. Рівень прозапальних IL-10 в жінок, носіїв антитіл був нижчим за контрольні показники, але не залежав від наявності або відсутності внутрішньоутробної інфекції в новонародженого.

Висновки. При активації генітальної герпесвірусної інфекції на пізніх термінах гестації за наявності в крові вагітних IgG антитіл до Herpes simplex 1, 2 з індексом авідності >60%, народження дітей з ВУІ і ускладненим перебігом раннього неонатального періоду супроводжується дисбалансом рівня про- та протизапальних цитокінів в циркуляції крові вагітної.

Перспективи досліджень. Вивчення імунологічних особливостей активації хронічної генітальної герпетичної інфекції у вагітних становить науковий інтерес, оскільки сприяє поглибленню уявлень про імунологічні особливості захворювання на тлі гестації, що дозволяє оптимізувати програми імуноорієнтованої протівірусної терапії й профілактику внутрішньоутробних інфекцій.

Фейта Ю.Р.

ІННОВАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Вступ. Інфекційні ускладнення пуерперію займають одне із провідних місць в структурі материнської захворюваності і смертності. В Україні відсоток післяпологових запальних ускладнень не має тенденції до зниження, і за даними різних авторів, складає від 11% до 29%. Проблема діагностики та лікування післяпологових гнійно-септичних ускладнень полягає у їх мікробній поліетиологічності, що дозволяє їм обмінюватись чинниками резистентності до антибактеріальних препаратів, особливо в умовах імуносупресії макроорганізму. Окрім того необгрунтоване призначення антибіотиків призвело до формування антибіотикорезистентних «супербактерій», що є актуальною проблемою сучасної медицини, оскільки за останні 30 років не відкрито жодного нового класу антибіотиків.

Мета. Знизити частоту післяпологових гнійно-септичних захворювань у жінок із високим ступенем ризику виникнення інфекційних ускладнень шляхом удосконалення методів профілактики.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 40 вагітних із ускладненим перебігом вагітності, супутньою екстрагенітальною патологією, у яких було діагностовано порушення мікробіоценозу піхви. І групу склали 20 жінок, яким корекція мікробіоценозу не проводилась, II групу – 20 жінок, яким було проведено корекцію мікробіоти локальним антисептиком Gynodek. Контрольну групу становили 20 здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності, без порушень мікробіоценозу піхви. Різниця за віком, соціально-економічним статусом у жінок усіх груп не було. Вивчення стану мікробіоценозу піхви вагітним проводили двічі – на момент поступлення у стаціонар та після проведення відповідної терапії.

Результати. При бактеріологічному дослідженні у жінок із I та II груп було виділено асоціації збудників у різних комбінаціях: *Pseudomonas* spp., *Staphylococcus aureus*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma*, *Candida* spp, *Enterococcus faecalis*, *E.coli*, *Proteus* spp., *Streptococcus agalactiae*, *Trichomonas vaginalis*. Отримані результати

свідчать про полімікробність біоценозу піхви (2-7 збудників) в основних групах. При проведенні контрольного бактеріологічного посіву відсутність росту патогенної флори відмічалось у 17 із 20 жінок з II групи. Перебіг пуерперію був більш сприятливим у породіль з групи, яким було проведено корекцію мікробіоценозу піхви: відмічалась більш виражена позитивна динаміка гематологічних показників, інволюційно-регенеративних процесів матки, нормалізація загального стану. Середня тривалість перебування у стаціонарі після пологів скоротилась на 11%, у порівнянні із I групою. Корекція мікробіоценозу піхви у жінок із II групи, яким проводили перінео/епізіотомію в пологах, сприяла загоєнню ран промежини первинним натягом, без набряку, гіперемії та суб'єктивних скарг, у порівнянні з групою I. Результати дослідження свідчили, що протимікробний та антисептичний засіб Gynodek продемонстрував виражені бактерицидні, фунгіцидні, протозидні, протизапальні та регенераційні властивості.

Висновки. Враховуючи те, що однією із головних причин затяжного та важкого перебігу гнійно-септичних ускладнень, що свідчить про неефективність антибіотикотерапії, є висока резистентність збудників до більшості антибіотиків, що застосовуються в акушерсько-гінекологічній практиці, існує необхідність пошуку нових ефективних препаратів. Резервом для зниження ризиків розвитку післяпологових гнійно-запальних захворювань у жінок із ускладненим перебігом вагітності, пологів та наявністю супутньої екстрагенітальної патології є застосування сучасних дезінфектантів в комплексі профілактичних та лікувальних заходів.

Хіночик В.М., Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Багній Н.І.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Архіважливим у процесі реформування функціонуючої медичної галузі є зміцнення та збереження здоров'я осіб працездатного віку. Особливо властивим це є для осіб жіночої статі, оскільки саме на жінку працездатного віку, покладається ще тягар берегині сім'ї–жінки–матері,

жінки–дружини, жінки–домогосподині, жінки–менеджера, жінки–політика тощо. Турботу серед осіб жіночої статі викликає рак молочної залози, що є найпоширенішим онкологічним захворюванням.

Згідно зі статистичними даними ВООЗ, щорічно у всьому світі діагностується понад мільйон нових випадків розвитку злоякісних пухлин молочних залоз. Смертність від цієї патології перевищує 50% всіх хворих. Зниженню цього показника перешкоджає відсутність у багатьох країнах організованого якісного профілактичного скринінгу населення для раннього виявлення злоякісних новоутворень молочних залоз. Аналіз методик скринінгу раку молочної залози показує, що смертність серед жінок груп ризику, які взяли участь у профілактичній програмі лікування дифузних захворювань молочної залози, на 30-50% нижче, ніж у групах, де профілактика раку молочної залози не проводилась.

Отже, немає сумнівів, що своєчасна рання діагностика адекватне лікування і профілактика дисгормональної патології молочної залози сприяє зниженню захворюваності. Здійснення на практиці заходів, спрямованих на більш раннє виявлення передпухлинних захворювань і раку молочної залози, є пріоритетними ще й тому, що лікування «локалізованих» форм раку (без метастазів у лімфатичні вузли) сприяє стійкому багаторічному виліковуванню.

Нами встановлено, що важливими факторами ризику розвитку раку молочної залози є антропогенні – забруднення навколишнього середовища в результаті діяльності людини: забруднення повітря промисловими підприємствами: заводами, фабриками, тепловими електростанціями, транспортом, які викидають у повітря пил, сажу, різні хімічні сполуки; забруднення радіоактивними речовинами; забруднення води, основними джерелами якої є промислові підприємства, які скидають у річки і водойми неочищені стоки, а також змитими з полів мінеральними добривами та отрутохімікатами; забруднення ґрунту шляхом нагромадження іонів важких металів. Надмірне внесення отрутохімікатів та мінеральних добрив. Забруднення радіоактивними речовинами.

Значна роль належить і чинникам соціального середовища: зниження народжуваності та зростання смертності внаслідок економічних, соціальних і психологічних чинників, міграція населення за кордон, підвищення захворюваності та поширення хвороб серед різних вікових груп населення.

Зниження функціональної активності репродуктивної системи також може зумовлювати виникнення захворювань молочної залози.

Захворюваність на рак молочної залози є проблемою майже у всіх країнах світу. Особливістю, притаманній Україні, є те, що значна частина населення продовжує проживати на радіаційно забруднених теренах внаслідок аварії на ЧАЕС. Серед різновидів соматичної патології

внаслідок цієї аварії привертає увагу захворюваність на злоякісні новоутворення. Разом з тим, можна констатувати, що за даними статистики, рівненщина займає одне з останніх місць в Україні за кількістю хворих на рак молочної залози.

Жіноче населення всього по області 609700 чол.

Таблиця 1

Порівняльні дані виявлення раку молочної залози серед жіночого населення у Рівненській області за останні 5 років

Показники	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
Виявлено хворих (абсол.)	291	287	303	297	276
З них при профоглядах (%)	58,4	57,5	53,5	61,9	55,1
З них у початкових (I-II) стадіях (%)	75,6	78,4	66,3	73,0	68,8
З них у пізніх (III-IV) стадіях (%)	21,9	16,7	29,0	24,9	28,6
Захворюваність (на 100 тис. жін. нас.)	48,7	49,2	51,5	51,7	47,4
Морфoвертифікація діагнозу (%)	89,8	91,0	88,9	93,0	95,1
Охоплення спецлікуванням (%)	81,8	76,7	75,2	81,4	79,3
В т.ч. методами: хірургічним (%)	20,2	28,6	22,4	32,6	21,9
променевим (%)	8,4	9,5	7,5	5,4	4,1
хіміотерапевтичним (%)	9,7	9,5	20,6	17,3	25,6
комбінованим і комплексним (%)	57,1	47,7	47,8	43,0	45,7
хіміопрoменевим (%)	4,6	4,5	1,8	1,7	2,8
Перебувало на обліку хворих (абс.)	2584	2414	2832	2933	3050
З них більше 5 років (%)	59,4	60,6	60,9	61,5	62,9
Дорічна летальність (%)	11,3	7,6	10,8	10,2	9,1
Смертність (на 100 тис. жін. нас.)	24,6	24,7	25,8	24,9	25,2

Кількість випадків захворювань на рак молочної залози у північних районах Рівненської області:

2011 рік – 63 випадки; 2012 рік – 67 випадків; 2013 рік – 70 випадків; 2014 рік – 65 випадків; 2015 рік – 64 випадки [16,17].

Важливу роль у діагностиці відіграють медичні огляди (профілактичні, попередні, періодичні та цільові) як профілактичні технології, що дає змогу своєчасно виявити чи запідозрити ту чи іншу патологію. У контексті сказаного визначальну роль при підозрі/виявленні злоякісних захворювань молочної залози серед жінок слід відвести регулярним медичним оглядам, зокрема цільовому та профілактичному. Таким чином можна виявити невеличкі ущільнення у молочній залозі. Тому важливо, щоб кожна жінка оволоділа технікою самообстеження молочних залоз.

Висновки:

1. Самим надійним заходом профілактики раку молочної залози є регулярне обстеження жінок мамологом, контроль за станом статевої

системи, щомісячне самообстеження. Всім жінкам старше 35 років необхідно робити мамографію. Частота захворювань на рак молочної залози залежить від особливостей способу життя, взаємодії з канцерогенними чинниками зовнішнього середовища, специфічними моментами побуту та внутрішнього світу людини.

2. Своєчасне виявлення патологій статевих органів, порушень гормонального балансу, обмінних захворювань, уникнення дії канцерогенних чинників сприяють зниженню ризику виникнення раку молочних залоз.

УДК:612.444-06:618.664-053.86

Чорненко Г.М., Корда І.В., Багній Н.І.

ОЦІНКА РЕПРОДУКТИВНОСТІ ЖІНОК ІЗ ВТОРИННОЮ ФОРМОЮ НЕПЛІДДА У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний інверситет
ім. І.Я. Горбачевського» МОЗ України*

Вступ. Жіноче безпліддя є актуальною і складною медико-соціальною проблемою. Це зумовлено як багатогранністю морфофункціональної організації репродуктивної системи, так і з'ясуванням нових всебічних взаємозв'язків із функціональним станом органів і систем жіночого організму.

Мета дослідження. На основі ретроспективного дослідження дати оцінку репродуктивності пацієток із вторинним непліддям та супутніми соматичними розладами, встановити можливу залежність фертильних порушень від виду екстрагенітальної патології.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано 24 медичних карти жінок репродуктивного віку із діагностованим вторинним непліддям, середній вік яких становив 33 + 10 років. Програма обстеження включала в себе дані гінекологічного огляду, загально-клінічних та інструментальних і лабораторних досліджень. Вивчалися дані анамнезу, репродуктивної функції, гінекологічних захворювань, соматичного статусу, умов побуту та праці. Усі пацієнтки обстежені в умовах стаціонару.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх обстежуваних діагностовано вторинне непліддя, тривалістю від одного до дев'яти років. Частота екстрагенітальних розладів становила 66,65%(I група) від загального числа обстежуваних, тоді як у 33,35%(II група) - соматичних порушень не зареєстровано.

Складові екстрагенітальної соматичної патології були наступними: тиреопатії - 30,1%, хронічні захворювання органів травлення -14,65%, вегето-судинні розлади за гіпертонічним типом - 15,7% та 3,2% - за гіпотонічним типом, у 3,2% випадків - хронічні хвороби нирок. Окрім зазначеного, у 26,9% пацієток непліддя супроводжувалось поєднанням гінекологічної патології (у двох жінок зустрічався склерополікістоз яєчників, у двох випадках - ендометріюїдні кісти яєчників, в одному - субмукозна фіброміома та у одному випадку - дисплазія шийки матки. Три пацієнтки раніше лікувалися з приводу запальних захворювань органів малого тазу.

Аналіз гінекологічного та акушерського анамнезів показав нам, що у жінок із вторинним непліддям мали місце наступні ускладнення попередніх вагітностей: позаматкова вагітність (три клінічних випадки, з них одна - за умов гіпотиреозу та по одній при вегето-судинній дистонії по гіпотонічному типу та при хронічних захворювання органів травлення відповідно) та викидні на ранніх термінах вагітності - 10, з них 8- за умов супутньої тиреопатії, 1-при хронічній хворобі нирок та 1- у практично здорових жінок; пізні викидні - 2, з них - 1-за умов хронічної хвороби нирок, 1- при вегетосудинних порушеннях по гіпертонічному типу; та 4 завмерлих вагітності у терміні 10-12 тижнів на фоні дисфункції щитоподібної залози. Вдалося встановити також, що вагітності у жінок із тиреопатіями протікали на фоні загрози переривання вагітності та ранніх гестозів. Усі жінки із дисфункцією щитоподібної залози мали в анамнезі від двох до трьох викиднів на ранніх термінах вагітностей.

Висновки. За наявності супутньої соматичної патології у жінок I групи, репродуктивні втрати зустрічалися значно частіше в порівнянні з практично соматично здоровими жінками (III група). Отже, підтверджується той факт, що у розвитку вторинного непліддя певну роль відіграють екстрагенітальні фактори. Із даного статистичного аналізу випливає, що у жінок із вторинною формою непліддя найбільш частою екстрагенітальною соматичною патологією являються тиреопатії, яким належить важлива роль у порушенні гестації. Ймовірно, це пояснюється характером вибірки обстежених жінок, що проживають на йододефіцитній території до якої належить Тернопілля.

Шурняк С.О.

КОМОРБІДНІСТЬ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Вступ. Стійка тенденція зростання онкологічної захворюваності у всьому світі обумовлює підвищену увагу до цієї проблеми і в першу чергу до підвищення ефективності існуючих і впровадження нових програм профілактики і своєчасної діагностики фонових, доброякісних і злоякісних новоутворень. У той же час

у сьогоденній медичній практиці стає все більше хворих з поєднанням декількох захворювань і синдромів, що обумовлене високою поширеністю хвороб і часто їх тісними патогенетичними взаємозв'язками. Вплив коморбідної патології на клінічні прояви, діагностику, прогноз і лікування багатьох захворювань багатогранно і індивідуально. У гінекологічній практиці найбільший інтерес представляє «неуточнена» коморбідність, коли передбачається або наявні єдині механізми розвитку хвороб або загальні патогенетичні ланки, що визначають загальну клінічну картину порушень репродуктивного здоров'я.

Мета - оцінити поширеність коморбідних станів у пацієток з поєднаними доброякісними проліферативними захворюваннями репродуктивних органів за системою CIRS.

Методики дослідження. За системою CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), яка передбачає суму окремих бальних оцінок стану кожної з систем органів: 0 відповідає відсутності захворювань обраної системи, 1 - легким відхиленням від норми або перенесеним в минулому захворювань, 2 - захворювання, яке потребує призначення медикаментозної терапії, 3 - захворювання, яке стало причиною госпіталізації, 4 – важкий стан, що вимагає інтенсивної терапії, проведено оцінку поширеності коморбідних станів у віковому аспекті (16-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-40, 41-49 років) у 300 пацієток з гінекологічною патологією (основна група) та 50 – без такої (контроль). Система CIRS оцінює коморбідність за сумою балів, яка може варіювати від 0 до 56.

Результати. Аналіз за системою CIRS засвідчив, що у віці 16 - 20 років коморбідність мала місце у 4% пацієток контролю з сумою балів в середньому $1,3 \pm 0,1$, а у пацієток основної групи у тому ж віці – у 11% з сумою балів в середньому $2,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Коморбідність за

поширеністю і оцінкою за сумою балів у основній групі вірогідно зростала, починаючи з вікової групи 26-30 років і найбільше була поширена у віковій категорії 41-49 років (34% з сумою балів). Серед пацієнок з доброякісною гінекологічною патологією переважали патології щитоподібної залози, метаболічні порушення (ожиріння), захворювання печінки і шлунково-кишкового тракту.

Висновки. З точки зору профілактики і своєчасної діагностики фонових, доброякісних і злоякісних новоутворень на основі аналізу коморбідності за системою CIRS можна виділяти преморбідний період (період наявності факторів ризику, їх виявлення і корекції), період формування поліморбідності та період клінічної прогресії, що дає основу для розробки диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів.

Перспективи подальших досліджень. Коморбідність впливає на прогноз ефективності лікування і якості життя. Наявність коморбідних захворювань збільшує вартість діагностичних і лікувальних заходів, ймовірність ускладнень, утруднює проведення реабілітації репродуктивного здоров'я, що зумовлює актуальність і необхідність вивчення взаємозв'язку соматичної патології та захворювань репродуктивних органів.

**ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ
НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ**

*Андрейчин С.М., Бількевич Н.А., Чернець Т.Ю., Бугай Б.Г.,
Верещагіна Н.Я., Руда М.М., Кавецька Н.А., Ярема Н.З.,
Ганьбергер І.І., Кучер С.В., Лихацька В.О., Кузів П.П.*

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В ОЦІНЦІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Сукупність ознак, що характеризують синдром ендогенної інтоксикації (ЕІ), є одним з основних критеріїв тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії (НП). Проте, оскільки на практиці в основному враховують загальноклінічні її параметри, метою нашого дослідження став пошук чітких лабораторних маркерів ендогенної інтоксикації у хворих з даною недугою.

Обстежено 175 хворих на НП віком від 16 до 78 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в загальноотерапевтичному відділенні лікарні з приводу негоспітальної пневмонії. Оцінювали рівень молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові [Н.Н. Габріелян, В.І. Ліпатова, 1985], лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) [М.А. Андрейчин і співавт., 1998], токсичність сироватки крові (ТК) за парамеційним тестом (СТ) [В.В. Бігуняк і співавт., 1993], антитоксичну резистентність клітин периферичної крові (еритроцитів та лейкоцитів) (відповідно АРЕ та АРЛ) [М.Д. Бех і співавт., 1993]. Обстежених розподілили на групи: 30 хворих (17,1%) належали до II клінічної категрії НП (I група), 84 особи (48,0%) – відповідно до III категрії (II група), 61 пацієнт (34,9%) – до IV клінічної категрії (III група обстежених).

З наростанням тяжкості НП спостерігали паралельне збільшення рівня як токсемії, так і ендотоксикозу. Так, у пацієнтів I та II груп токсичність крові та концентрація в ній МСМ₂₅₄ збільшувались ($P < 0,001$) відповідно до тяжкості захворювання. Розвиток токсемії супроводжувався достовірним зниженням АРЕ та АРЛ ($P < 0,05-0,001$), що певною мірою свідчить про зниження антитоксичної резистентності клітин організму в цілому. При цьому вміст в сироватці крові хворих обох груп МСМ₂₈₀ залишався в межах норми ($P > 0,05$). У III групі обстежених різко зростала ТК ($P < 0,001$ від всіх попередніх груп), в основному за рахунок МСМ₂₈₀,

($P < 0,02$). Це супроводжувалось зниженням АРЕ й АРЛ майже вдвічі ($P < 0,001$).

Висновок. Ступінь ЕІ, співвідношення токсемії й ендотоксикозу залежить від тяжкості НП, тому такі показники ендогенної інтоксикації як рівень молекул середньої маси, антитоксична резистентність еритроцитів і лейкоцитів та токсичність сироватки крові можуть бути використані для об'єктивної оцінки важкості захворювання.

УДК: 616.71/72-018.3-007.248-092-06

Бабінець Л.С., Маєвська Т.Г.

ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ТА ЕНДОТОКСИКОЗ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Велика частота коморбідності остеоартрозу (ОА) і хронічного панкреатиту (ХП), а також складність лікування і прогнозу якості життя таких хворих, велика доля виходу на інвалідність зробила актуальним дослідження такої когорти хворих. Однією з спільних ланок патогенезу ОА і ХП є порушення балансу контролю рівня оксидативного стресу адекватним станом антиоксидантної системи захисту (АОЗ).

Мета: дослідити вплив супутнього ХП на стан показників антиоксидантної системи захисту і перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) у хворих з поєднаним перебігом ОА і ХП.

Матеріали та методи. Вивчено медичні карти 52 хворих на ОА у поєднанні з ХП. Пацієнтів поділено на дві групи: 20 хворих на ОА та 32 - на ОА у поєднанні з ХП у фазі ремісії без цукрового діабету. Діагноз ОА встановлювали на основі уніфікованих діагностичних критеріїв, рентгенологічну стадію ОА – за J.H. Kellgren і J.S. Lawrence. У дослідження включали пацієнтів з ураженням кульшового і колінного суглобів без синовііту, з рентгенологічною стадією I-III, і ПФС – I-II. Оцінку ПОЛ проводили за рівнем малонового альдегіду (МА); для оцінки АОЗ визначали СОД, церулоплазмін (ЦП), SH-групи, каталазу; ендогенну

інтоксикацію і рівень деградації сполучної тканини в організмі оцінювали за рівнем вільного оксипроліну.

Результати дослідження. Встановили наявність у хворих на ОА у поєднанні з ХП достовірно вищого рівня посилення ПОЛ за показником МА, ослаблення АОЗ за показниками СОД, SH-груп, активації каталази та церулоплазміну, а також накопичення оксипроліну як параметра ендотоксикозу і деструкції сполучної тканини у порівнянні з аналогічними показниками групи пацієнтів з ОА без ХП. Так, було встановлено посилення оксидативного стресу за рівнем МА в обох групах, однак у групі хворих із супутнім ХП відмічалось достовірне зростання його на 7,6%, що довело ускладнюючу роль супутнього ХП на стан досліджуваних пацієнтів. Виявили також, що у групі хворих на ОА з ХП середнє значення СОД було на 8,7% нижчим такого у групі ОА, що констатує більш значне виснаження АОЗ за рівнем СОД при коморбідності ОА і ХП. Встановили, що рівень ЦП був практично однаковим у пацієнтів з ОА і ОА+ХП, але достовірно вищим стосовно групи контролю, що довело наявність вираженого запального компоненту у перебігу ОА і ХП, а також збереження потенційної спроможності АОЗ за рівнем ЦП. Показник каталази був на 9,2% вищим у хворих на ОА+ХП стосовно пацієнтів з ОА, що дозволяє припустити посилення АОЗ за цим параметром. Аналіз рівня оксипроліну у дослідних групах показав, що при ОА+ХП він був на 16,8% вищим від такого у групі на ОА, що свідчить, на нашу думку, про більш значне при коморбідному стані накопичення ендотоксинів за рахунок деградації сполучної тканини у суглобових і кісткових структурах при ОА і посилення фіброзу у ПЗ при супутньому ХП.

Висновок: Проведене дослідження довело наявність у хворих на поєднаний перебіг ОА і ХП достовірно вищого рівня активації перекисного окиснення ліпідів за показником малонового альдегіду і деструкції тканин за рівнем оксипроліну, ослаблення антиоксидантного захисту (за рівнями супероксиддисмутази та SH-груп) і активації показників каталази і церулоплазміну ($p < 0,05$). У цілому встановили статистично достовірний значимий предикторний вплив досліджуваних характеристик ХП на прогресування явищ оксидативного стресу і ослаблення АОЗ при ОА у поєднанні ХП.

Бабінець Л.С., Мельник Н.А., Бондар С.Я.

СТАН ПОКАЗНИКІВ КАЛІКРЕЇН-КІНІНОВІ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Значна роль у виникненні та прогресуванні коморбідного перебігу хронічного панкреатиту (ХП) та стабільної ішемічної хвороби серця (СІХС) належить калікреїн-кініновій системі (ККС), яка бере участь у процесах згортання крові й фібринолізу, імунних реакціях, розвитку запалення та формуванні больового синдрому.

Мета: оцінити стан показників ККС у пацієнтів на ХП в поєднанні СІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 52 пацієнтів: 1 група контролю (20 практично здорових людей) та 2 група (32 чоловік) – хворі на ХП в поєднанні з СІХС (стенокардія напруги I-II функціональних класів (СН I-II ФК)). Протеолітичну активність (ПРА) визначали за гідролізом протамінсульфату, рівень калікреїну (КК) – за допомогою хромозиму РК, α 1-інгібітора протеїназ (α 1-ІП), α 2-макроглобуліну (α 2-МГ) – за методом К.М. Веремеєнко, кінінази-II – методом Folk et al.

Результати та їх обговорення. У 2 групі хворих показник ПРА становив – $(44,54 \pm 1,13)$ ммоль аргініну (год \times л), рівень КК – $(167,44 \pm 1,85)$ ммоль/(хв \times л), α 1-ІП – $(1,79 \pm 0,02)$ г/л, α 2-МГ – $(0,84 \pm 0,01)$ г/л, кінінази-II – $(171,2 \pm 2,7)$ мкмоль ГК/(хв \times л). У 1 групі рівні відповідних показників були наступними: $(31,82 \pm 0,71)$ ммоль аргініну (год \times л); $(52,02 \pm 0,94)$ ммоль/(хв \times л); $(1,41 \pm 0,02)$ г/л; $(1,51 \pm 0,04)$ г/л; $(269,7 \pm 1,9)$ мкмоль ГК/(хв \times л).

Висновок. Встановлено зростання процесів протеолізу у хворих на ХП в поєднанні з СІХС (за рівнями ПРА – у 1,4 раза, КК – у 3,2 раза) та зниження рівня ферментів – інгібіторів кінінів (α 2-МГ – у 1,8 раза, кінінази-II – у 1,6 раза) в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$).

Перспективи подальших досліджень: дослідити стан ККС у хворих на ХП+СІХС відносно хворих на ХП.

Бойко Т.В.

ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

У хворих на патологію органів травлення часто розвивається остеоденситопенія (ОД). Однак, повністю не з'ясовані механізми його формування.

Мета роботи – вивчити тривалість захворювання, як предиктор розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини (КТ) у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД).

Обстежено 24 хворих на ХГД. Серед обстежених було 14 чоловіків (58,3%) та 10 жінок (41,7 %). Середній вік хворих становив $(37,13 \pm 2,16)$ років. Для характеристики гетерогенності змін мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) хворі були поділені на 2 групи: I групу становили 10 (41,7 %) пацієнтів з нормальною МЩКТ, II – 14 (58,3 %) обстежених з остеопенією. У кожній групі проводили оцінку основних денситометричних показників і вплив на них тривалості захворювання. Поміж хворих на ХГД було 11 обстежених з тривалістю захворювання до 5 років та 13 осіб з тривалістю від 6 до 10 років. Для верифікації діагнозу використовували широкий спектр клінічних і лабораторно-інструментальних обстежень. Денситометричне обстеження поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки проводили на апараті Lunar (США). Аналіз змін КТ залежно від тривалості захворювання виявив, що зі збільшенням давності хвороби поглиблюється ОД. Так, у пацієнтів із тривалістю захворювання від 6 до 10 років показники МЩКТ зменшились на 12,5 та 5,8 % у поперековому відділі хребта та правій стегновій кістці відповідно.

ВИСНОВОК: Глибина змін мінеральної щільності кісткової тканини за умов хронічного гастродуоденіту залежить від тривалості захворювання.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні інших предикторів розвитку змін кісткової тканини

Даньків Л.В., Білозецький І.І.

ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА ЗМІН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України».
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

Вступ. За даними результатів наукових досліджень при клініко-інструментальному обстеженні хворих на ревматоїдний артрит (РА), ознаки ураження паренхіми печінки спостерігаються у 15% випадків, причому у формуванні хронічної патології гепатобіліарної системи домінуюча роль належить саме метаболічним порушенням. Існує чимало публікацій щодо поширеності генералізованого пародонтиту (ГП) у пацієнтів як з РА так й з НАСГ, хоча за умов їх поєднання стан пародонта практично не вивчався. Патогенетично всі ці зміни можуть бути пов'язані із наявністю хронічного системного запалення з одного боку та тривалим використанням хворобомодифікуючих препаратів та глюкокортикостероїдів (ГКС) – з іншого.

Мета дослідження. На підставі вивчення морфофункціонального стану печінки, встановити частоту виявлення НАСГ та оцінка клініко-лабораторних характеристик перебігу і програм лікування РА та генералізованого пародонтиту (ГП) залежно від факту наявності патології печінки.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих на ревматоїдний артрит (РА), в яких визначали морфофункціональний стан печінки, ступінь ГП залежно від ступеня активності, тривалості захворювання, наявності титру антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (АТ ЦПП), ревматоїдний фактор (РФ) ВАШ, супутніх станів, дози та тривалості використання метотрексату і ГКС.

Результати. Встановлено, що наявність неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) асоціювалась із збільшенням тривалості захворювання та високим ступенем активності запального процесу за умов РА, а також з тяжким перебігом ГП. Серед пацієнтів даної групи переважали хворі з наявністю позитивних АТ ЦПП. Структура супутніх станів продемонструвала високий процент хворих з метаболічним

синдром, в поєднанні з АГ та ЦД серед когорти за умов поєднання РА, НАСГ і ГП. Також встановлено, що серед обстежених з НАСГ і ГП III ступеня була достовірна більшість пацієнтів, які постійно отримували ГКС. Використання метотрексату в дозі більше 15 мг на тиждень прямо асоціювалося із порушення ЖПП і зворотно зі станом пародонту.

Висновки. У пацієнтів за умов поєднання РА і НАСГ спостерігається зростання частоти ГП II і III ступенів, а також супутньої патології (АГ, ЦД II типу, ожиріння) та тяжкості і вираженості клінічних симптомів РА (інтенсивність больового синдрому, наявність АТ ЦЦП, зростання ступеня активності). Одночасно відзначено, що переважна більшість пацієнтів даної групи постійно використовували ГК і дози метотрексату більше 15 мг на тиждень. Встановлено, що у хворих на РА в поєднанні з НАСГ морфофункціональні порушення печінки поглиблюються за умов тривалого перебігу РА, наявності АТ ЦЦП, інтенсивного артралгічного статусу, високого ступеня запального синдрому та важкого ГП. Постійне застосування ГКС призводять до достовірного погіршення перебігу НАСГ і ГП на тлі РА. З іншого боку, високі дози хворобомодифікуючого лікування негативно впливають на стан печінкової паренхіми та функцію печінки, тоді як за умов ГП в даній когорти пацієнтів спостерігається зменшення частоти реєстрації ГП III ступеня.

УДК: 616.37-002.2-092-06:616.379-008.64

Захарчук У.М., Бабінець Л.С.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. У даний час відмічається зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) в загальній структурі захворювань органів травлення. При ХП частою коморбідною патологією є цукровий діабет (ЦД), для якого характерним є порушення ліпідного обміну, хоча дані про зміни ліпідограми у хворих при поєднанні цих патологій є суперечливими.

Метою нашого дослідження було оцінити зміни показників ліпідного обміну у хворих на ХП із ЦД.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 112 хворих з діагнозом ХП, з них – 35 з ХП (І група) і 77 – з ХП і ЦД (ІІ група). Загальноприйняті показники ліпідного обміну (загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди низької (ЛПНЩ) та дуже низької щільності (ЛПДНЩ), коефіцієнт атерогенності (КА)) в сироватці крові обстежених хворих визначали за допомогою наборів Lachema на біохімічному аналізаторі. Достовірність відмінностей середніх та відносних величин здійснювали за U-критерієм Манна-Уїтні ($p < 0,05$).

Результати. Було встановлено достовірне підвищення рівня всіх атерогенних показників ліпидограми у ІІ групі хворих у порівнянні з І-ою. У хворих ІІ групи виявлено підвищення рівня ЗХ ($5,7 \pm 0,6$) проти ($5,3 \pm 0,8$) І-ої, ТГ ($2,6 \pm 0,5$) ІІ групи проти ($2,3 \pm 0,6$) І-ої, ЛПНЩ ($3,6 \pm 0,5$) ІІ проти ($3,3 \pm 0,8$) І-ої, ЛПДНЩ ($1,2 \pm 0,2$) ІІ проти ($0,9 \pm 0,2$) І-ої, КА ($4,6 \pm 0,9$) ІІ проти ($4,2 \pm 0,9$) І-ої. ($p < 0,05$).

Висновки. Було відмічено, що наявність супутнього ЦД достовірно погіршує показники ліпідного обміну у хворих із ХП у порівнянні із пацієнтами з ізольованим ХП.

УДК 615.244.036:615.357:616.379-008.64

Іванків Я.І., Олещук О.М., Голик І.В., Сов'як І.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕЛАТОНІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) є актуальною проблемою сучасної ендокринології тому що, компенсація досягається лише у половини хворих. Призводить до розвитку складних супутніх захворювань, спричиняє ранню інвалідизацію та смерть. Мелатонін (МТ) – гормон шишкоподібної залози, володіє високою антиоксидантною активністю, впливає на регуляцію вуглеводного та ліпідного обмінів. Завдяки своїй багатофункціональності МТ має важливу і неоднозначну роль в патогенезі цілого ряду захворювань.

Мета: З'ясувати ефективність застосування мелатоніну у комплексній терапії ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Було обстежено 15 хворих, з цукровим діабетом 2 типу, у віці понад 35 років (середній вік становив $52,9 \pm 1,78$ роки), що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні КЗ ТОР «ГУЛ». Пацієнти отримували стандартну терапію згідно протоколу, додатково до лікування включали препарат «Віта-мелатонін» (фірма «Київський вітамінний завод») 1 таблетка (3 мг) ввечері перед сном. Результати порівнювали до та через 10 днів після лікування.

Результати дослідження. За результатами нашого дослідження, середній рівень глюкози натще у хворих становив $11,4 \pm 0,72$ ммоль/л та гліколізованого гемоглобіну (HbA1C) $8,9 \pm 0,31\%$. Введення МТ протягом десяти діб зумовило зниження глікемії натще у 0,7 разів. Застосування мелатоніну сприяло тенденції до зниження активності маркерних ферментів цитолізу гепатоцитів АлАТ та АсАТ у 0,8 разів, концентрації загального білірубіну на 17,8%, а також активності ГГТП на 21,7% та ЛФ у 0,8 разів, порівняно із вихідними показниками.

Висновок. Таким чином, згідно нашого дослідження, призначення мелатоніну у комплексній терапії ЦД 2 типу є ефективним, покращує показники обміну вуглеводів, проявляє гепатопротекторні властивості знижуючи прояви цитолізу та холестазу.

УДК 615.244.036:615.357:616.379-008.64

Іванків Я.І., Олешук О.М., Гулько Н.Я., Ремезюк О.М.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА MTNR1B У ФАРМАКОЛОГІЧНІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) – захворювання, що швидко прогресує, призводить до виникнення важких супутніх ускладнень та посідає третє місце серед причин смертності у світі. Поширеність ЦД в Україні становить 8% і має тенденцію до неупинного зростання. Мелатонін (МТ) – епіфізарний гормон, має особливе значення в патогенезі ЦД, через його вплив на β -клітини, секрецію інсуліну та метаболізм глюкози. Молекулярно-генетичні дослідження показали взаємозв'язок

поліморфізму гена мелатонінових рецепторів 2 типу (MT2), а саме його варіантів: rs1387153 та rs10830963 із розвитком діабету, однак не до кінця з'ясовано, залежність ефектів MT і рівнем глікемії натще.

Мета: Встановити роль поліморфізму гену MT2 у фармакологічній дії мелатоніну при його застосуванні у пацієнтів із ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Обстежено 15 хворих, чоловіків, у віці понад 35 років (середній вік становив $52,9 \pm 1,78$ роки), із цукровим діабетом 2 типу (середня тривалість захворювання $11,6 \pm 0,94$ роки). Пацієнти отримували стандартну терапію згідно протоколу, додатково до лікування включали препарат «Віта-мелатонін» (фірма «Київський вітамінний завод») 1 таблетка (3 мг) ввечері перед сном. Порівнювали результати до лікування та через 10 днів.

Результати дослідження. Згідно отриманих результатів середній рівень глікемії натще у пацієнтів із ЦД 2 типу становив $11,4 \pm 0,72$ ммоль/л та гліколізованого гемоглобіну (HbA1C) $8,9 \pm 0,31\%$. Десятиденне введення MT сприяло зниженню глюкози натще у 0,7 разів, що свідчить про його здатність контролювати обмін вуглеводів.

Проведене молекулярно-генетичне обстеження показує зв'язок між рецептором мелатоніну MT2 (rs10830963 і rs1387153) і розвитком діабету. Алель G локуса rs1387153 виявлено у 2 пацієнтів, алель T локуса rs1387153 не прослідковується у даній групі, алель C локуса rs10830963 у 1 хворого і алель G локуса rs10830963 у 4. Крім того наявність алелі G локуса rs10830963 гена MT2 асоціюється з підвищенням рівня глюкози в крові натще у 1,3 разів ($p > 0,05$) порівняно із показниками хворих, що не є носіями даного алеля ризику. Тобто, активація MT2 осіб з G алеллю rs10830963, збільшує ризик розвитку діабету.

Висновок. Застосування мелатоніну додатково до базової терапії у хворих із ЦД 2 типу сприяє нормалізації вуглеводного спектру крові. Незважаючи на те, що алель G варіанта rs10830963 гена MT2 характеризується вищим рівнем глюкози натще, це не впливає на доцільність його призначення як з профілактичною метою, так і з метою лікування пацієнтів із ЦД 2 типу.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РІЗНІЙ ТРИВАЛОСТІ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Механічна жовтяниця, наслідком якої є припинення поступлення жовчі у кишку, посідає значне місце серед захворювань травної системи, супроводжується порушенням процесів травлення. На сьогодні залишаються недостатньо вивченими морфологічні зміни, які виникають в оболонках кишки при механічній жовтяниці різної тривалості, а також після проведення корекції.

Метою даного дослідження було встановити закономірності морфофункціональних змін оболонок тонкої і товстої кишки при механічній жовтяниці різної тривалості.

Матеріали і методи. Дослідження виконали на 52 статевозрілих лабораторних морських свинках. Під кетаміновим знечуленням лабораторним тваринам виконували верхню серединну лапаротомію. Моделювання обтураційного холестазу здійснювали шляхом перев'язування спільної жовчної протоки двома шовковими лігатурами. Всмоктувальну здатність у тонкій кишці визначали за концентрацією Д-ксилози в крові через 90 хвилин після внутрішлункового введення із розрахунку 0,5г/кг маси тіла. Тварин виводили з експерименту на 14 та 28 добу після виконання обтураційного холестазу і проводили гістологічне дослідження клубово-сліпокишкового сегмента.

Результати. У результаті проведених досліджень встановлено, що двотижнева тривалість експериментальної механічної жовтяниці призводила до патологічних змін у стінці кишки. При дослідженні гістологічних препаратів виявлено атрофічні зміни слизової оболонки термінального відділу клубової кишки. Зменшення висоти ворсинок на 24,2% у порівнянні з контрольними величинами. Зниження висоти ворсинок супроводжувалося їх розширенням і одночасно збільшувалася глибини крипт. Товщина слизової оболонки зменшувалася на 5,6% у порівнянні з інтактними тваринами. Спостерігалось виразне потовщення підслизового прошарку та м'язової оболонки. Виразні морфологічні зміни тонкокишкового відділу при двотижневій обтураційній жовтяниці супроводжувалися порушенням його функціональної діяльності.

Всмоктувальна здатність за результатами Д-ксилозного тесту знизилася в 2,72 раза порівняно з показниками у контрольній групі тварин.

При морфометричному дослідженні стінки термінального відділу клубової кишки на 30 добу обтураційного холестазу виявляли значні атрофічні зміни. Висота кишкових ворсинок зменшувалась на 30,34% у порівнянні з контрольною групою тварин. Відбуваються мукоїдні зміни кишкових залоз, що є вираженням глибокої дистрофії їх клітин і свідчить про порушення диференціації. Глибина кишкових крипт зросла на 24,4% у порівнянні з інтактними тваринами. Відзначався процес розростання сполучної тканини та розвиток склеротичних проявів у підслизовому прошарку та м'язовій оболонці, що впливало зменшення товщини оболонок. Проведення тесту з Д-ксилозою встановлено, що концентрація її в крові через 90 хвилин після внутрішньокишкового введення зменшилась у 3,4 раза, у порівнянні з контрольною групою тварин і свідчить про глибокі порушення всмоктувальної здатності у тонкій кишці.

Висновки.

За результатами експериментального дослідження встановлено, що механічна жовтяниця призводить до структурних та морфологічних змін стінки кишки, які залежать від тривалості обтураційного холестазу. Двотижнева механічна жовтяниця призводить до розвитку синдрому мальабсорбцій, який виникає внаслідок атрофічних змін слизової оболонки клубової кишки, дистрофічних та деструктивних змін клітин одношарового стовпчастого епітелію, порушення кровопостачання та зниження всмоктувальної здатності кишки.

Обтураційний холестаз тривалістю 30 діб призводить до виразного зниження всмоктувальної здатності кишки і свідчить про глибокі морфологічні порушення стінки кишки.

ЧАСТКА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ХІРУРГІЇ ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЕКСТРЕННОЇ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги»

Актуальність. Запальні захворювання (зокрема, абсцеси і флегмони) щелепно-лицевої ділянки та ротової порожнини (ЩЛД) займають одне із провідних місць у рейтингу захворюваності серед пацієнтів відділень щелепно-лицевої хірургії (ЩЛХ). Проте, актуальність вивчення даних захворювань зумовлена не лише їх частотою, але й можливістю розвитку при них таких загрозливих ускладнень як тромбоз вен обличчя, пазух головного мозку, медіастиніту та сепсису. Особливо тяжким є перебіг останніх на фоні зниженої імунної реактивності організму у хворих на цукровий діабет.

Мета: визначити частку хворих з одонтогенними запальними захворюваннями ЩЛД у відділенні хірургічної стоматології та ЩЛХ Запорізької міської клінічної лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги («МКЛЕ та ШМД»).

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні у відділенні хірургічної стоматології КУ «МКЛЕ та ШМД» із запальними захворюваннями ЩЛД у 2016 році.

Результати та обговорення. Встановлено, що у відділенні ЩЛХ у 2016 році знаходилося на стаціонарному лікуванні 3148 хворих. 1517 госпіталізованих пацієнтів (48,1%) мали запальні захворювання ЩЛД. Серед них було 33 особи (2,2%) із цукровим діабетом. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі: без діабету склала $7,7 \pm 1,2$ доби; з цукровим діабетом – $11,2 \pm 1,8$ доби. Частота післяопераційних ускладнень у хворих на цукровий діабет склала 0,33%, у хворих без цукрового діабету – 0,51%. Отримані результати дещо суперечать даним літератури і потребують подальшого вивчення.

Корильчук Н.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ХРОМУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ У ЖІНОК

*ДВНЗ «Тернопільський медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Метаболічний синдром (МС) – це мультифакторний стан, обумовлений комплексом генетичних, нейрогуморальних особливостей та способом життя людини. Лікування хворих з МС повинно бути комплексним, направленим на усунення не тільки гемодинамічних порушень, а й метаболічних, і обов'язково включати немедикаментозні заходи.

Метою даного дослідження було вивчити особливості метаболічного синдрому (МС) у жінок працездатного віку і провести лікувальні заходи з включенням препарату хрому.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 54 пацієнтки з МС. Середній вік жінок склав $(45,4 \pm 4,6)$ року. МС діагностували за критеріями (IDF, 2005) адаптованих з АТР-III (2001р.). Проводили добове моніторування (ДМАТ), ультразвукове дослідження серця і судин, визначали рівень інсуліну, лептину, глюкози, ліпідогамми імуноферментними і біохімічними способами реактивами DRG ELISA KIT. Інсулінорезистентність розраховували за формулою HOMA.

Пацієнток розділили на II групи. I група поряд з антигіпертензивною терапією застосовували немедикаментозні заходи (корекція стереотипів харчування, збільшення фізичної активності). II група - вищенаведена терапія доповнювалася піколінатом хрому (100 мкг) 2 раз на добу під час їжі (1 місяць). Обидві групи були співставимі за віком, статтю та антигіпертензивною терапією.

Результати. У пацієнток виявлена висока частота порушень циркадного ритму АТ (80,8%). Основна частина обстежених була з недостатнім зниженням АТ в нічні години і з нічною АГ. 23,1% пацієнток мали порушення добового профілю АТ - надмірне зниження під час сну $АТ > 20\%$. Ці пацієнти мають великий ризик розвитку, як симптомних так і «німих» ушкоджень головного мозку. Відзначено виражений стрибок у 14,8% пацієнтів АТ в ранкові години (2-3 години до пробудження і 2-3 години після пробудження). Гіпертрофія лівого шлуночка виявлена в

66,6%, діастолічна дисфункція ЛШ - в 27,7% хворих. У 83,3% пацієнток спостерігалася дисліпідемія. На тлі проведеної терапії у пацієнтів I і II груп відзначалася позитивна динаміка. Однак, у пацієнтів I групи вона була менш вираженою. У жінок, які отримували хром результати терапії були значно кращими. Спостерігалися достовірні ($p < 0,05$) поліпшення ліпідограми, глікемічних параметрів крові, зниження рівня інсуліну. Відмічали позитивний вплив піколінату хрому на інсулінорезистентності у жінок II групи, застосування цього препарату дозволило усунути інсулінорезистентність у 8 пацієнток. Інсулінорезистентність I групи усунена була в 1 пацієнтки. На тлі проведеної терапії відзначалося зниження ІМТ у пацієнтів II групи. У 44,4% II групи нормалізувалися показники зниження артеріального тиску в нічні години. У 5,5% пацієнтів покращилися показники добового профілю АТ.

Висновок. Введення в лікування піколінату хрому (200мкг/добу) покращує показники антропометричних параметрів, ліпідограмми, рівня інсуліну і показників артеріального тиску.

УДК 616.233-002-092-085.246.2]-053

Кучер С.В., Андрейчин С.М., Мудра У.О

ЗМІНИ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ЕНТЕРОСОРБЕНТОМ ЕНТЕРОСГЕЛЬ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Синдром ендогенної інтоксикації, при якому в організмі людини накопичуються ендотоксини різного походження та складу, супроводжує кожне хронічне захворювання, обтяжуючи клінічну картину хвороби та погіршуючи прогноз. При цьому сучасні методи лікування, спрямовані на нейтралізацію ефектів ендотоксину, не зовсім ефективні. У цих умовах важливу роль в комплексному лікуванні хворих набувають сорбційні методи, кінцевою метою яких є припинення дії токсинів різного походження та їх елімінація з організму. Значного поширення серед ентеросорбентів отримав кремнійорганічний ентеросорбент ентеросгель (виробництва ЗАТ «ЕОФ «КРЕОМА-ФАРМ», м. Київ), який в порівнянні з іншими сорбентами має високу ефективність, вибірковість адсорбції

(зв'язує і виводить лише токсичні метаболіти та патогенну мікрофлору) і безпеку.

Метою нашого дослідження було з'ясувати вплив ентеросгелю на клінічну картину у хворих на ХОЗЛ при включенні його в комплексну терапію захворювання.

Під спостереженням було 103 хворих. 51 хворий на ХОЗЛ одержував базисну терапію (БТ). Серед них було 11 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (І група), 19 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (ІІ група) і 21 – з тяжкою бронхообструкцією (ІІІ група). Ще 52 особи, окрім БТ, додатково отримували кремнійорганічний ентеросорбент ентеросгель у вигляді гелю перорально по 1 столовій ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після прийому їжі та медикаментозних засобів. Серед них було 11 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (І група), 23 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (ІІ група) і 18 – з тяжкою бронхообструкцією (ІІІ група).

Провідною до лікування у 100% хворих була скарга на кашель, яку після лікування БТ відмічали пацієнти І групи у 63% випадків, ІІ групи – у 74% і ІІІ – у 86%. Разом з тим, у більшості з цих хворих частота і сила кашлю зменшилася. При використанні ентеросгелю цей симптом був у 46% пацієнтів І групи, 57% – ІІ і 72% – ІІІ.

БТ призвела до зменшення частоти задишки. Так, до лікування вона турбувала 32% хворих І групи та була наявною у всіх пацієнтів ІІ і ІІІ груп. Після застосування БТ їх частка склала лише 27% в І групі, 68% – в ІІ та 81% – в ІІІ. Одночасно відзначено зменшення виразності задишки у всіх пролікованих пацієнтів. Також зменшилася задишка після застосування ентеросгелю. На неї скаржилися 18% пацієнтів І групи, 52% – ІІ і 72% – ІІІ.

Спостерігалася тенденція до зменшення числа хворих зі скаргою на відходження харкотиння. До лікування таку скаргу мали 60% пацієнтів І групи, 80% – ІІ та 86% – ІІІ. Після лікування БТ їх кількість зменшилася до 46, 63 та 67% відповідно. Після застосування БТ з ентеросгелем лише 36% пацієнтів І групи, 57% – в ІІ і 61% – в ІІІ групах мали таку скаргу.

Під впливом лікування спостерігалось значне зменшення скарг на загальну слабкість, яку до лікування мали 100% хворих. Застосування БТ зменшило відповідну скаргу в 73% пацієнтів І групи і в 40% – ІІ і ІІІ груп. Після приєднання до лікування ентеросгелю загальну слабкість мали 25% хворих з легкою бронхообструкцією, 52% пацієнтів з бронхообструкцією середнього ступеня та 56% з тяжкою бронхообструкцією.

При аускультатії до лікування у всіх пацієнтів (100%) вислуховувалися жорстке дихання та розсіяні сухі хрипи, які після

БТ зменшилися у незначній кількості хворих (у 37% пацієнтів I групи, 21% – II групи і 14% – III групи).

Приєднання до БТ ентеросгелю призвело до зменшення цих симптомів у 45% пацієнтів з легкою бронхообструкцією, у 35% з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості і 17% обстежуваних з тяжкою бронхообструкцією.

Тахіпное і тахікардія не спостерігалися у пацієнтів I групи ні до, ні після лікування. В II групі у пацієнтів до лікування тахіпное відмічалось у 80% випадків, а тахікардія – у 60%. В III групі 100% хворих з тяжкою бронхообструкцією мали тахіпное і 85% – тахікардію. Після лікування лише БТ дані симптоми збереглися у пацієнтів II і III груп наступним чином: тахіпное мали 68 і 81% відповідно, а тахікардію – по 52% хворих в обох групах. Вживання ентеросгелю з БТ призвело до зменшення цих симптомів у обстежених. Тахіпное мали 57% хворих II групи і 61% – III. Кількість пацієнтів з тахікардією зменшилася в 2 рази.

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного дослідження, можемо зазначити, що застосування ентеросгелю разом з БТ при ХОЗЛ сприяло зменшенню клінічних проявів ендотоксикозу, що проявлялося покращенням стану хворих і зменшенням кількості скарг.

УДК 612.015.3-397:616.127-005.8:613.25

Левицька Л.В., Бенів М.Я., Ковбаса Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Проблема ішемічної хвороби серця (ІХС) є однією з найбільш актуальних у сучасній медицині у зв'язку із значною поширеністю, інвалідизацією та смертністю. Одними із основних факторів ризику ІХС, а також її гострої форми – інфаркту міокарда (ІМ), є порушення ліпідного обміну, які сприяють не лише виникненню захворювання, а й погіршують його перебіг розвитком «інвалідизуючих» або фатальних ускладнень.

Дані численних досліджень довели підвищений вміст атерогенного спектру ліпідів у здорових осіб з ожирінням (ОЖ) порівняно з обстеженими нормальної ваги. Проте досліджень, котрі б вивчали зміни показників ліпідного обміну у хворих на ІМ в поєднанні з надмірною масою тіла (НМТ) та ОЖ на сьогодні є недостатньо, що й зумовлює актуальність обраної теми.

Мета. Дослідити особливості змін ліпідного спектру крові у хворих на ІМ залежно від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи. Обстежено 76 хворих на ІМ віком від 39 до 85 років, які перебували на стаціонарному етапі лікування та реабілітації в кардіологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Серед досліджуваних хворих на ІМ переважали чоловіки – 60,5%, жінки відповідно – 39,5%. Середній вік пацієнтів становив $63,9 \pm 10,9$ років. Хворих на ІМ було розділено на 3 дослідних групи: 1-шу групу становили 33 хворих на ІМ з НМТ (ІМТ – 25,0-29,9 кг/м²), 2-гу групу – 13 пацієнтів з ІМ з ОЖ I ст. (ІМТ – 30,0-34,9 кг/м²), 3-тю групу – 10 хворих на ІМ з ОЖ II-III ст. (ІМТ $\geq 35,0$ кг/м²). Контрольну групу склали 20 пацієнтів з нормальною масою тіла (ІМТ – 18,5-24,9 кг/м²).

Всім пацієнтам було проведено клініко-анамнестичне обстеження, антропометрію (вага, зріст, окружність талії, окружність стегон, індекс окружність талії/окружність стегон), розрахунок ІМТ, лабораторні дослідження (біохімічний аналіз крові з визначенням рівня загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), креатинфосфокінази-МВ, тропонінового тесту), інструментальні методи (електрокардіографію, трансторакальну ехокардіографію). Отримані результати статистично оброблені за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0. Для оцінки даних використовували непараметричні методи статистики: Манна-Уїтні U-тест. Різницю порівнюваних величин визнавали статистично достовірною при коефіцієнті вірогідності $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Аналізуючи показники ліпідограми хворих на ІМ було виявлено, що перевищення цільових рівнів ЗХС найбільш часто зустрічається у пацієнтів з НМТ – 72,7%, тоді як у хворих з нормальною масою частота підвищення не перевищувала 65%, а у обстежених з ОЖ II-III ст. – 50%. Перевищення цільових рівнів найбільш атерогенного класу – ХС ЛПНЩ виявлено у більшості хворих досліджуваних груп (у 85% пацієнтів без надлишкової маси тіла, у 97% хворих з НМТ, у 100% обстежених з ОЖ I-III ст.). Слід відмітити, що поширеність підвищення ХС ЛПНЩ зростала прямопропорційно з показниками ІМТ.

За результатами нашого дослідження у вихідному стані частка пацієнтів зі значеннями ХС ЛПВЩ, що не досягають цільових рівнів зменшувалась від 70% у хворих з ОЖ II-III ст. до 20% у обстежених з нормальною масою.

Середній рівень ТГ у обстежених пацієнтів контрольної групи склав $1,3 \pm 0,8$ ммоль/л. Достовірну різницю щодо частоти підвищення рівня ТГ між обстеженими групами пацієнтів було встановлено лише при порівнянні групи контролю з дослідною групою 3. При цьому виявлено, що у хворих на ІМ з ОЖ II-III ст. в порівнянні з хворими без надлишкової маси втричі частіше зустрічається гіпертригліцеридемія (відповідно 60% та 20% у пацієнтів контрольної групи, $p=0,03$), а середнє значення рівня ТГ у даної групи хворих є вірогідно вищим на 61,9% ($p=0,003$).

Висновки. У хворих на інфаркт міокарда з надмірною масою тіла та ожирінням на 12 і 15% частіше ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла зустрічались підвищення найбільш атерогенного класу – холестерину ліпопротеїдів низької щільності та на 20 і 50% зниження антиатерогенного класу холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Одночасно у цих пацієнтів достовірно частіше спостерігалась гіпертригліцеридемія ($p=0,003$), що розцінюється як маркеру підвищеного серцево-судинного ризику.

Перспективи подальших досліджень. Виявлені суттєві зміни ліпідограми у хворих на інфаркт міокарда з надлишковою масою тіла є додатковим фактором ризику розвитку несприятливих наслідків хвороби, тому доцільно дослідити ефективність різних типів ліпідознижуючої терапії.

*Левицька Л.В., Муц О.С., Качанюк І.А.,
Головач Н.А., Федоренко Г.А.*

ЧИННИКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДРУГОГО ТИПУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського»*

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним чинником ризику підвищеної захворюваності та смертності від таких причин, як інсульт, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність та хронічна ниркова недостатність, що призводить до значних медико-соціальних проблем та економічних витрат. АГ часто супроводжується іншими чинниками серцево-судинних подій, такими як цукровий діабет (ЦД), підвищений рівень холестерину сироватки крові та паління. Сукупна дія цих чинників ризику значно впливає на серцево-судинну смертність, а можливість раннього виявлення, – відповідно сприяє можливості їх модифікації.

Мета. Вивчити вклад окремих чинників ризику серцево-судинних подій за Heartscore та показники функціонального стану нирок у хворих на АГ і ЦД 2 типу.

Матеріали та методи обстеження. Обстежено 26 хворих на АГ II стадії (I група), середній вік яких склав ($49,3 \pm 2,8$) роки та 24 хворих на АГ II стадії (середній вік ($55,8 \pm 4,0$) р.) у поєднанні з ЦД 2 типу – II група спостереження. Проводили щоденне моніторування артеріального тиску (АТ), вимірювання рівня глікемії натще, ліпідограми, показники функціонального стану нирок (рівень креатиніну, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулами MDRD та Cockcroft-Gault). В усіх хворих визначали рівень передбачуваного десятирічного ризику серцево-судинних подій за шкалою Heartscore.

Результати. При аналізі даних вимірювання АТ виявлено, що на початку обстеження у I групі хворих середній рівень САТ становив ($165,8 \pm 9,1$) мм рт. ст., ДАТ – ($101,7 \pm 3,7$) мм рт. ст.. Відповідно у 2 групі обстежуваних – ($170,1 \pm 6,2$) мм рт. ст. і ($105,8 \pm 4,5$) мм рт. ст.. Середній рівень глюкози в крові натще у хворих на ЦД 2 типу становив ($10,6 \pm 1,2$) ммоль/л. За даними ліпідограми не було виявлено достовірної різниці, однак у хворих на АГ із супутнім ЦД 2 типу виявлялася тенденція до

вищих показників ліпопротеїдів низької густини та тригліцеридів, в порівнянні із хворими на АГ без ЦД. Рівень креатиніну сироватки крові у пацієнтів I групи становив $72,9 \pm 6,3$ мкмоль/л, а у хворих II групи – $93,5 \pm 9,6$ мкмоль/л. Показник ШКФ за формулою Кокрофта-Голта склав $133,4 \pm 12,5$ мл/хв у хворих I групи і $99,1 \pm 6,8$ мл/хв у пацієнтів II групи ($p < 0,05$), показник ШКФ за формулою MDRD становив $(129,7 \pm 13,1)$ мл/хв/1,73м² і $(96,1 \pm 7,6)$ мл/хв/1,73м² відповідно ($p < 0,05$). Рівень передбачуваного десятирічного ризику серцево-судинних подій за шкалою HeartScore у пацієнтів I групи був $20,7 \pm 6,3\%$, II групи, – $39,3 \pm 11,0\%$ ($P < 0,05$).

Висновки. У хворих на АГ та ЦД 2 типу у порівнянні з хворими на АГ без діабету спостерігався значно вищий рівень передбачуваного десятирічного ризику серцево-судинних подій за шкалою HeartScore та суттєво вираженіше порушення функціонального стану нирок.

Перспектива подальших досліджень: доцільним є подальше вивчення модифікованих чинників ризику серцево-судинних подій у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу та розробка програм їх корекції.

Липовецька С.Й., Гриценко І.Й.

МАРКЕРИ АРИТМОГЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачовського
Кафедра невідкладної і екстреної медичної допомоги*

У багатьох дослідження підтверджено зв'язок між синдромом обструктивного апное сну (СОАС) і серцево-судинною захворюваністю і смертністю. Однак механізми до кінця не розкрито.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 58 пацієнтів віком від 45 до 65 років, 29 чоловіків і 15 жінок із артеріальною гіпертензією, яким здійснено холтеровське моніторування ЕКГ із реопневмограмою. Оцінювались серцево-судинні фактори ризику, варіабельність серцевого ритму, тривалість QT інтервалу, мікрвольтна альтернація зубця Т. Пацієнтів розподілено на 3 групи відповідно до індексу апное-гіпноє сну (АГІ): група I (АГІ < 5, n=15), група 2 (АГІ =5-29, n=12), група 3 (АГІ > 30, n=11). Контрольна група – 20 пацієнтів без розладів дихання.

Результати. Позитивний тест альтернації зубця Т зареєстровано у 36.3% хворих із важким СОАС, у 41,6% - середньої важкості і лише в одного хворого контрольної групи. Результати варіабельності серцевого ритму і тривалості QT інтервалу представлено у таблиці 1. Зниження варіабельності серцевого ритму, переважання симпатичного тону нервової системи, ригідний ритм, транзиторне подовження QT інтервалу особливо вночі було виявлено у пацієнтів із важким і середньої важкості СОАС. Встановлено достовірну позитивну кореляцію між АГІ і QT інтервалом ($p=0.03$, $r=0.3$), коригованим інтервалом (QTc) ($p=0.04$, $r=0.5$), негативну кореляцію між АГІ та SDNN ($p=0.04$, $r=-0.3$)

Висновок. Зниження варіабельності серцевого ритму, переважання симпатичної активності вегетативної нервової системи, подовження QT інтервалу і альтернація зубця Т – це важливі фактори ризику для виникнення фатальних аритмій і предиктори раптової серцевої смерті у пацієнтів із СОАС.

Таблиця 1.

Оцінка показників варіабельності серцевого ритму і QT інтервалу у пацієнтів із СОАС.

Показники	Контрольна група	I група	II група	III група
QT	394.7 ± 10.1	405.8 ± 6.0	442.7 ± 9.2*	435.3 ± 2.8*
QTc	411.6 ± 3.4	414.3 ± 6.1	451.7 ± 5.9*	453.6 ± 3.5*
D (QT)	8.4 ± 0.9	6.0 ± 1.3	8.5 ± 2.3	9.8 ± 1.1
SDNN	138.6 ± 6.9	152.6 ± 14.5	82.4 ± 6.2*	81.0 ± 9.4*
rMSSD	38.3 ± 3.6	53.0 ± 13.9	66.6 ± 18.0	59.9 ± 12.9
SDANN	118.3 ± 5.8	131.7 ± 15.0	98.2 ± 13.9	63.0 ± 7.5*
pNN	14.0 ± 2.4	8.7 ± 1.7	8.0 ± 1.7*	5.0 ± 1.4
HF	80.2 ± 12.9	79.8 ± 8.9	92.9 ± 10.4*	65.0 ± 8.6*
VLF	1894.6 ± 33.6	1702.2 ± 59.5	1561.8 ± 23.2	708.1 ± 11.7*
LF	802.2 ± 20.4	344.6 ± 43.3	514.5 ± 10.2	554.0 ± 11.8

* $p<0.05$, при порівнянні з контрольною групою

Ляхович р.М.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПОТЕРПІЛИМ З КАТЕГОРІЇ «ЗАВАНТАЖУЙ ТА ВЕЗИ»

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті досліджено особливості проведення медичного сортування, діагностики, первинного, вторинного обстеження та надання екстреної медичної допомоги травмованим потерпілим з категорії «Завантажуй та вези».

Мета дослідження – підвищення ефективності первинної діагностики та надання екстреної медичної догоспітальної допомоги потерпілим з травмами різного генезу.

Матеріали і методи. Здійснено аналіз діяльності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) по наданню медичної допомоги 190 травмованим потерпілим, яких госпіталізували в Тернопільську міську комунальну лікарню швидкої допомоги (ТМКЛШД) за період 2014–2016 рр. Зокрема, була відібрана звітна документація, де мали місце ушкодження однієї, двох і більше анатомічних ділянок і життєво важливих систем, тобто поєднання нейрохірургічних, торакальних, абдомінальних, скелетних та інших травм. Якість та повноту діагностики ушкоджень оцінювали шляхом порівняльного аналізу діагнозів, що були виставлені лікарями Е(Ш)МД й у ВАІТ. Базовими документами слугували карти виїзду, супровідні листи бригад Е(Ш)МД та карти стаціонарних хворих.

Результати і обговорення. Аналіз проведених досліджень довів, що бригади Е(Ш)МД у ситуаціях із пацієнтами, що належать до категорії «Завантажуй та вези», вважають за основу термінову госпіталізацію постраждалого, а обов'язкове надання адекватної медичної допомоги при цьому подеколи не береться до уваги. Відсутність потрібної медичної допомоги на догоспітальному етапі в окремих випадках пов'язана через недостатнє матеріальне оснащення (сучасні засоби для іммобілізації, необхідний набір медикаментів, інструментів тощо), а також із хибною та застарілою доктриною: «евакуація за будь-яку ціну». Водночас,

проведений аналіз первинної діагностики й надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі, впливу на результати подальшого лікування в спеціалізованих відділеннях свідчить про її важливе, а подеколи й вирішальне значення. Через це викладене власне бачення алгоритму надання медичної допомоги постраждалим із травмами категорії «Завантажуй та вези» на догоспітальному етапі.

Висновки:

1. Найважливішим завданням надання екстреної медичної допомоги у вогнищі ураження при виконанні первинного обстеження є відновлення життєво важливих функцій організму на тлі первинної зупинки кровотечі SBABC – (SB – зупинка кровотечі, триада Сафара: А – прохідність верхніх дихальних шляхів, В – дихальна функція, С – стан системи кровообігу).

2. Початкові стабільні показники функції зовнішнього дихання й гемодинаміки за наявності шокогенних ушкоджень не є підставою для відмови від проведення ранньої протишокової терапії на догоспітальному етапі. За основу показань до її застосування необхідно брати характер і тяжкість травми, а також шоківий індекс Альговера.

3. Особливістю діагностики при травмах є наступне: наявність пошкодження зазвичай не діагностується, а виключається в процесі вторинного огляду постраждалого «з голови до п'ят» як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах!

4. Забезпечення адекватного знеболення. Провідними методами анальгезії травмованим хворим є введення наркотичних, ненаркотичних анальгетиків.

5. Іммобілізація шийного відділу хребта після проведення первинного локального обстеження, жилет Гейндріха, накладання транспортних шин за показами.

6. Вторинне обстеження, яке має на меті виключення інших ушкоджень при цьому, як правило, здійснюється в салоні автомобіля під час транспортування в лікувальну установу.

7. Деталізація характеру ушкоджень опорно-рухового апарату, ушкоджень органів черевної та грудної порожнини, травми черепа здійснюється на госпітальному етапі!

Перспективи подальших досліджень. Планується проведення дослідження якості діяльності роботи бригади Е(Ш)МД на етапі діагностики та лікування політравми шляхом реалізації сучасних алгоритмів клінічного протоколу даної патологічного стану. Послідовне дотримання цих положень забезпечить якість і своєчасність надання екстреної медичної допомоги при цій патології, що в кінцевому результаті дасть можливість суттєво покращити основні показники лікування постраждалих із політравмою, а саме зменшити летальність та інвалідизацію.

ДИНАМІКА ОЗНАК НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КЕЛТІКАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Діабетична полінейропатія (ДПНП) є одним із найбільш поширених хронічних ускладнень цукрового діабету (ЦД). Її симптоми реєструється у 40% хворих на ЦД і близько половини з них має больовий синдром.

На даний час зареєстровано лише обмежену кількість лікарських препаратів, які діють на рівні периферичних нервів. В зв'язку з цим актуальність мають препарати піримідинових нуклеотидів, а саме Келтікан, ефективність використання якого у лікуванні полінейропатії різної етіології доведена, проте досвід його застосування у хворих на ЦД є обмеженим.

Мета дослідження. Довести доцільність застосування келтікану у комплексному лікуванні хворих на ДПНП за допомогою модифікованого опитувальника для діагностики невропатичного болю DN4.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 64 хворих на ЦД 2 типу з наявністю ДПНП віком пацієнтів від 45 до 65 років (середній вік $57,0 \pm 6,18$ роки). Тривалість ЦД склала від 5 до 19 років (середня тривалість $9,1 \pm 3,61$ роки). Хворі були розділені на 2 групи. Контрольну групу (група 1) склали 32 діабетика, які отримували стандартне лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (№1118 від 21.12.2012). До групи 2 увійшли 32 особи, які додатково отримали Келтікан (1 капсула три рази на добу) впродовж місяця. Пацієнти у групах були співставними за віком, тривалістю ЦД та ПДПНП.

Діагностику невропатичного болю проводили за допомогою модифікованого опитувальника DN4, який пацієнти заповнювали при поступленні у стаціонар і через 12 днів після початку лікування.

Результати досліджень аналізувались з використанням методів STATISTIKA 10 за стандартними комп'ютерними програмами математичного аналізу і вважали їх достовірними при $p < 0,05$. Оцінку статистичної значимості динаміки скарг пацієнтів відповідно до опитувальника DN4 у групах обстежених хворих проводили за допомогою

непараметричного критерію Пірсона χ^2 . Різниця показників двох груп вважалася вірогідною при показнику $p < 0,05$.

Результати й обговорення. Згідно опитувальника DN4 до лікування невропатичний біль турбував 50 (78,13%) обстежених.

Проведене лікування мало позитивний ефект у двох групах пацієнтів. При цьому, пацієнти групи 1 відмітили зменшення відчуття печіння на 19,4% ($\chi^2=1,036$; $p > 0,05$), особи 2 групи на 36,36% ($\chi^2=4,063$; $p < 0,05$). Відчуття холоду зменшилось невірогідно в обох групах на 18,2% ($\chi^2=0,291$; $p > 0,05$) та 40% ($\chi^2=1,333$; $p > 0,05$) відповідно. Відчуття, як від удару струму стало меншим більш як у половини хворих 61,4% ($\chi^2=4,947$; $p < 0,05$) групи 1 та 71,4% ($\chi^2=7,729$; $p < 0,01$) групи 2, повзання мурашок турбувало менше на 22,7% ($\chi^2=1,641$; $p > 0,05$) та 36% ($\chi^2=5,497$; $p < 0,05$) діабетиків груп 1 і 2, відповідно. Поколювання та оніміння зменшилося у 47,1% ($\chi^2=4,146$; $p < 0,05$) та 27,8% ($\chi^2=1,564$; $p > 0,05$) пацієнтів групи 1 та 55% ($\chi^2=7,630$; $p < 0,01$) і 47,4% ($\chi^2=5,107$; $p < 0,05$) осіб групи 2. Свербіж перестав турбувати 20% ($\chi^2=0,309$; $p > 0,05$) опитаних контрольної групи і 45,5% ($\chi^2=2,003$; $p > 0,05$) групи 2. Біль який локалізувався в ділянці зменшеної чутливості до доторкування зменшився на 20% ($\chi^2=1,871$; $p > 0,05$) першої та 34,8% ($\chi^2=4,146$; $p < 0,05$) другої групи, до поколювання – на 53,3% ($\chi^2=4,433$; $p < 0,05$) та 57,14% ($\chi^2=4,654$; $p < 0,05$) відповідно, а в ділянці де проводилося пензликом на 22,2% ($\chi^2=0,333$; $p > 0,05$) і 83,3% ($\chi^2=4,010$; $p < 0,05$) досліджених груп 1 і 2.

Аналіз даних опитувальника DN4 показав зменшення ознак невропатичного болю на 41,7% ($\chi^2=2,494$; $p > 0,05$) хворих групи 1 на 73,1% ($\chi^2= 3,668$; $p < 0,05$) хворих групи 2 під впливом відповідного лікування.

Висновок. Результати дослідження показали, що лікування хворих на ДПНП з додатковим призначенням Келтікану є вірогідно ефективнішим, ніж базисне лікування.

*Марущак М.І., Михайлів Л.М., Дзига С.В.,
Бакалець О.В., Заєць Т.А.*

КОРЕЛЯЦІЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА СОНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Медичний Центр «Неомед», Тернопіль, Україна*

АКТУАЛЬНІСТЬ. Тернопільська область є ендемічною зоною для захворювань щитоподібної залози, серед яких чільне місце (до 30%) займають аутоімунні тиреоїдити (АІТ). Частіше (63%) хворіють жінки, в яких хвороба починається здебільшого у молодому віці. Підступність тиреоїдитів ховається у різноманітті їх соматичних проявів. Ультразвукове дослідження є провідним методом діагностики АІТ, який дозволяє визначити розміри та морфологічні особливості щитоподібної залози, проте не може визначити її функцію.

Ультразвуковими критеріями АІТ є дифузна неоднорідність залози, «строкатість» паренхіми, візуальне посилення кровотоку в режимі кольорового доплера. Але залишається маловивченим зв'язок між ступенем ураження залози при АІТ та кровопостачанням щитовидної залози, та методики її кількісної ультразвукової оцінки

МЕТА. Визначити критерії кількісних показників кровотоку в a.thyroidea inferior у хворих з АІТ. Порівняти швидкісні та об'ємні характеристики a.thyroidea inferior dexstra et sinistra при різних видах АІТ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами було досліджено 45 пацієнтів жіночої статі віком від 20 до 55 років. Серед яких 10 пацієнтів умовно здорових, віком від 20 до 50 років склали контрольну групу, а основна група - 35 пацієнтів віком від 21 до 55 років, з діагнозом АІТ вперше виявлений, з рівнем АТТПО понад 150Од/мл. Основна група була розділена на три підгрупи в залежності від функції щитоподібної залози: пацієнти з еутирозою (13 пацієнтів), гіпотирозом (14 пацієнтів) та гіпертирозою (8 пацієнти). Ультразвукове сканування проводилось на апараті Siemens SONOLINE G50. При обстеженні пацієнток оцінювались такі параметри: щитоподібна залоза в В режимі (форма, контури, розміри, ехогенність, ехоструктура), кровотік в режимі кольорового доплера (КДС), кількісні параметри кровотоку в a.thyroidea inferior з обох сторін (пікова систолічна швидкість кровотоку (V_{ps}), середня швидкість кровотоку (TAV), об'ємний кровотік (V_{vol})).

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ. У пацієнтів контрольної групи щитоподібна залоза мала типову, не змінену ехоструктуру з об'ємом в межах вікової норми, без посиленого кровоплину, з показниками швидкостей V_{ps} 21-28см/с, TA_V 18,2-24,6см/сек, об'ємний кровотік 2,1 – 5,9мл/хв., що відповідає даним, описаним в літературі. У пацієнток дослідної групи діагностували типову картину АІТ з посиленням кровотоком в режимі КДС. Швидкості кровотоку коливалися в межах V_{ps} 30-45см/с, TA_V 28 – 40,3см/сек, об'ємний кровотік 12 - 37мл/хв.

У хворих з гіпотиреозом V_{ps} $20 \pm 0,25$ см/с, TA_V $26 \pm 4,3$ см/сек, об'ємний кровотік $14 \pm 2,7$ мл/хв., при еутиреозі V_{ps} $23 \pm 0,21$ см/с, TA_V $29 \pm 4,1$ см/сек, об'ємний кровотік $18 \pm 2,9$ мл/хв., при гіпертиреозі V_{ps} $40 \pm 0,21$ см/с, TA_V $36 \pm 4,3$ см/сек, об'ємний кровотік $34 \pm 2,7$ мл/хв.,

Висновки: Доплерографічні показники кровоплину у хворих з АІТ корелюють з функцією щитовидної залози. При гіпертиреозі вони достовірно вищі від показників контрольної групи, та від інших досліджуваних груп. При еутиреозі та гіпотиреозі кровоплин достовірно не відрізняється, проте спостерігається тенденція до зниження швидкісних характеристик зі зниженням функції залози, що потребує більш детального подальшого вивчення на більшій кількості пацієнтів.

Мартинюк Л.П.

ПОЛІМОРФІЗМ LPR5 ТА PPAR γ ГЕНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Соціально – економічна актуальність вивчення патогенезу остеопорозу (ОП) зумовлена поширеністю даного захворювання та його ускладненнями. На даний час ОП розглядається у ряді мультифакторних захворювань, патогенез яких зумовлений взаємодією зовнішнього середовища та генетичних факторів при значному вкладі останніх. Згідно літературних даних, варіабельність МЩКТ серед дорослих індивідуумів на 60 – 90% де термінується генетичними факторами. На даний час активно вивчається понад 30 генів-кандидатів схильності до ОП. Для вивчення у нашому дослідженні були відібрані гени білка рецептора ліпопротеїдів низької щільності (LPR5) rs 3736228 та PPAR γ .

Мета. Вивчити участь генів у формуванні генетичної схильності до ОП у постменопаузальних жінок з ожирінням.

Матеріали і методи. Було обстежено 51 жінку віком від 50 до 79 (середній вік склав $67,78 \pm 8,02$ роки). Усі жінки знаходилися у постменопаузальному періоді (середні тривалість – $15,34 \pm 8,36$ роки). Пацієнтки були розділені на дві групи. До групи 1 увійшло 23 жінки без ожиріння ($IMT \leq 29,9$ кг/м²). Групу 2 склало 28 осіб з ожирінням. Мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) визначали з використанням двохенергетичної рентгенівської абсорбціометрії апарату DXA (Prodigy, 2005). Генетичне дослідження проведене у лабораторії Neogen.

Результати та обговорення. Молекулярно-генетичне обстеження показало, що у жінок груп 1 і 2 більш часто зустрічається алель Pro/Pro гена LPR5 rs 3736228 – 78,3% та 82,4% відповідно. Переважну більшість даних пацієнтів склали жінки з ОП (42,8%) у групі 1 та остеопенією (42,9%) у групі 2. Алель NN гена PPAR γ виявлена у 78,3% жінок без ожиріння та 82,4% осіб з ожирінням. Дана алель асоціюється з наявністю ОП (42,8%) у пацієнтів групи 1 та зустрічається однаково часто у пацієток з нормальною МЩКТ (39,3%) та остеопенією (39,3%) групи 2.

Висновки. Алель Pro/Pro гена LPR5 rs 3736228 асоціюється із зниженою МЩКТ у пацієнтів без та з ожирінням. Алель NN гена PPAR γ вказує на схильність до остеопорозу у жінок без ожиріння та не може бути прогностичною ознакою змін МЩКТ у хворих з ожирінням.

Михайлів Л.М., Швед М.І.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕБЮТУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Медичний Центр «Неомед», Тернопіль, Україна*

Актуальність. За останні десятиліття зросла частота атипової локалізації дебюту подагричного артриту, особливо у хворих старшої вікової групи.

Мета роботи - вивчення вікових особливостей дебюту подагричного артриту для його ранньої діагностики

Матеріали і методи. Нами обстежено 138 хворих на подагру в віці від 47 до 69 років ($54 \pm 1,4$ року). Пацієнти були розділені на дві групи в залежності від віку. Серед них було 96 чоловіків і 42 жінки. Всім хворим проведено повне клініко-лабораторне та артросонографіческое на обстеження Aloka SSD апараті-5000 високочастотним датчиком 7,5 мгц.

Результати. Класичний дебют подагри у вигляді артриту першого плюсне - фалангового суглоба діагностували у 67 хворих, що становить 48,55%. В інших випадках спостерігалася інша, атипова, локалізація, що ускладнювало своєчасну діагностику подагри, як причини артриту і затримувало початок специфічної медикаментозної терапії

У 25,9% хворих середнього віку - до 45 років в дебюті подагри серед атипових локалізацій лідирує ураження гомілковостопного суглоба і друге місце займає колінний суглоб - 14,8%. А у 29,3% пацієнтів похилого віку подагра дебютувала з пошкодження суглобів кисті.

У більшості обстежених пацієнтів з подагрою в дебюті захворювання діагностували моноартрит, проте в 45 чоловік (32,60%) виявили одночасне ураження двох або більше суглобів - оліго- і поліартрит.

У жінок похилого віку в порівнянні з чоловіками, частіше виявляли атиповий початок подагричного артриту (63,9% і 39,2% відповідно). Найчастіше подагра у жінок дебютувала з ураження ліктьового і колінного суглобів (24,2% і 18,6%).

Висновки. Отримані результати обґрунтовують доцільність включення подагри в диференційно-діагностичний алгоритм у всіх випадках артритів гомілковостопного і колінного суглобів у пацієнтів середнього віку, а також при ураженні дрібних суглобів кисті у хворих похилого віку.

При виявленні моноартриту колінного і ліктьового суглобів у жінок похилого віку, теж необхідно проводити визначення рівня урикемії та інших показників пуринового метаболізму для підтвердження або виключення подагричного артриту.

Медвідь І.І., Бабінець Л.С., Сивирин І.О., Дуць р.П.

ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Поєднаний перебіг відмінних соматичних патологій суттєво ускладнює їх діагностику та лікування. Погіршує становище також вплив психо-емоційних розладів, що зменшують прихильність пацієнта до призначеної терапії. Для дослідження було обрано поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) і хронічного панкреатиту (ХП), зростання поширеності яких обумовлює потребу у визначенні всіх аспектів їх коморбідного перебігу та модифікації існуючих стратегій ведення даних пацієнтів.

Мета дослідження. Оцінити психо-емоційний стан хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім хронічним панкреатитом у фазі нестійкої ремісії і їх корекцію різними методиками лікування.

Завдання дослідження. Визначити вираженість реактивної тривожності (РТ), особистісної тривожності (ОТ), емоційної лабільності серед пацієнтів розглянутої категорії, дослідити характер впливу додаткового включення методики рефлексотерапії та вегетостабілізуючого препарату мебікару.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім хронічним панкреатитом у фазі нестійкої ремісії, 15 практично здорових осіб середнім віком ($47,7 \pm 1,2$) років. Використовувались опитувальники Спілбергера-Ханіна, Айзенка. Група хворих була додатково розділена на три підгрупи. Перша підгрупа (10 осіб) отримувала виключно загальноприйнятий комплекс лікування (ЗКЛ) згідно із клінічним діагнозом і запропонованими МОЗ України протоколами. Друга підгрупа (15 осіб) на додачу до ЗКЛ отримували мебікар 500 мг двічі на добу протягом місяця. 15 пацієнтів із третьої підгрупи додатково до прийому ЗКЛ та мебікару проходили курс акупресури за допомогою аплікаторів Ляпка з 14-ти сеансів за гальмівним методом.

Результати дослідження. У досліджуваній групі, за даними опитування, було виявлено схильність до вираженої тривожності (РТ – $(60,05 \pm 1,13)$, бали; ОТ – $(57,85 \pm 1,07)$, бали) та вкрай вираженої емоційної лабільності – $(19,80 \pm 0,41)$, бали. Досліджувані терапевтичні комплекси мали різну ефективність. ЗКЛ викликало зниження нейротизму до вираженого – $(15,60 \pm 1,15)$ бали; тривожність тут зменшилась майже до помірної (РТ – $(45,10 \pm 3,30)$ бали; ОТ – $(44,30 \pm 2,75)$ бали). У пацієнтів, що додатково приймали мебікар, тривожність та нейротизм знизились до помірних значень (РТ – $(34,60 \pm 1,36)$ бали; ОТ – $(32,27 \pm 1,46)$ бали; нейротизм – $(10,27 \pm 0,62)$ бали). При включенні курсу аплікацій за методом Ляпка і прийомі мебікару спостерігалось найбільш значне покращення психо-емоційних показників. Тільки тут тривожність зменшилась до низької (РТ – $(28,40 \pm 1,56)$ бали; ОТ – $(27,87 \pm 1,17)$, а емоційна лабільність нормалізувалась ($(8,20 \pm 0,76)$ бали) – статистично не відрізнялась від групи контролю. При виключно ЗКЛ показники артеріального тиску покращились в середньому на 10,2%, при додаванні мебікару – на 16,5%. Поєднання ж курсу аплікацій за методом Ляпка та мебікару із ЗКЛ викликало зниження артеріального тиску в середньому на 18,9%.

Висновок. При поєднанні гіпертонічної хвороби та супутнього хронічного панкреатиту виявлені суттєві психо-емоційні порушення. Додаткове включення до ЗКЛ мебікару, а особливо посилення даної програми курсом акупресури зумовило більш високий рівень позитивної динаміки тривожності та емоційної лабільності. Наведене вказує на використання розглянутих методик у лікуванні хворих на поєднання ГХ із ХП в амбулаторній практиці.

УДК:616.12.-008.318-06:616.98:579.834.114-085.85.4

Прокопович О.А.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ЛАЙМБОРЕЛІОЗ З ВКЛЮЧЕННЯМ КОМБІНОВАНИХ АНТИОКСИДАНТІВ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Впродовж останніх десятиріч в Україні спостерігається зростання захворюваності на Лайм-бореліоз (ЛБ). Недостатнє вивчення клінічних

проявів та уражень органів при ЛБ, несвоєчасне виявлення і лікування хворих сприяє прогресуванню хвороби. ЛБ часто перебігає з ураженням серцево-судинної системи та проявляється різноманітними порушеннями ритму і провідності.

Метою дослідження було вивчення особливостей ураження серцево-судинної системи та удосконалення існуючих програм медикаментозного лікування порушень ритму у хворих на ЛБ.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 23 хворих на безеритематозну форму ЛБ з ураженням серцево-судинної системи, які знаходилися на стаціонарному і амбулаторному лікуванні у КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» впродовж 2015–2016 років. Серед них 13 чоловіків і 10 жінок. Середній вік хворих з верифікованим ЛБ пізнього періоду становив $39 \pm 0,43$ років. Усім досліджуваним проведено загально-клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження (електрокардіографія, ехокардіоскопія, холтерівське моніторування ЕКГ). Виключеннями стали особи з хронічними хворобами серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба).

Результати досліджень. Найчастішими клінічними ознаками, які свідчили про порушення функції серцево-судинної системи були відчуття дискомфорту за грудиною 14 хворих ($60,87 \pm 0,12\%$), болі в ділянці серця відмічали 11 хворих ($47,83 \pm 0,11\%$), головокружіння та/або запаморочення – у 9 хворих ($39,13 \pm 0,15$), задишка при фізичному навантаженні спостерігалась у 14 хворих ($60,87 \pm 0,13$). Зміни на ЕКГ виявлені у 22 хворих ($95,65 \pm 0,13\%$), зокрема, дисфункція синусового вузла, що проявлялася синусною брадикардією – у 14 хворих ($60,87 \pm 0,15$), синусною тахікардією – у 5 хворих ($21,74 \pm 0,09$), шлуночковою екстрасистолією – у 8 хворих ($34,78 \pm 0,08$), блокадою правої ніжки пучка Гіса – у 10 хворих ($43,48 \pm 0,07$). Розлади реполяризації шлуночків у вигляді інверсії зубця Т та депресії сегмента ST, зафіксували у 17 хворих ($73,91 \pm 0,09$). Холтерівське моніторування ЕКГ дало змогу діагностувати у 15 хворих ($65,22 \pm 0,09$) поєднання декількох ЕКГ- ознак порушення ритму і провідності. Також у 4 хворих ($17,39 \pm 0,11$) діагностували клінічно виражений міокардит, який проявлявся болем і неприємними відчуттями за грудиною (2 хворих, $8,69 \pm 0,05\%$), приглушенням серцевих тонів (3 хворих, $13,04 \pm 0,09\%$), атріовентрикулярними блокадами 1–2 ступенів (6 хворих, $26,09 \pm 0,09\%$). У одного хворого зафіксовано пароксизм атріовентрикулярного ритму. У 3 хворих ($13,04 \pm 0,11\%$). За даними ЕхоКГ у 9 хворих ($39,14 \pm 0,12$) виявлене помірне зниження скоротливої здатності міокарда.

Залежно від призначеного лікування усіх пацієнтів розділили на 2 групи. Перша група з 12 хворих ($52,17 \pm 0,24$) отримували стандартну антибіотикотерапію у загальноприйнятих дозах (цефтріаксон,

амоксицилін), антиаритмічну терапію (кордарон, етацизин), препарати калію. Пацієнтам другої досліджуваної групи (11 пацієнтів, $47,83 \pm 0,15\%$) в комплексне лікування включали комбінований атиоксидатний препарат Тівор-Л впродовж 10 днів з подальшим пероральним прийомом препаратів аргініну та карні тину впродовж 3 місяців. У обох групах відмічали поступову нормалізацію клінічного стану хворих. Проте у 6 хворих ($26,09 \pm 0,13$) першої групи утримувались кардіалгії, на ЕКГ – розлади реполяризації шлуночків, зниження зубця Т та порушення ритму у вигляді синусної брадикардії, атріовентрикулярної блокади I-II ступенів, блокади правої ніжки пучка Гіса. У той же час у хворих другої групи спостерігали достовірно меншу частоту кардіалгій та порушень ритму і провідності ($p < 0,05$), зокрема у 2 пацієнтів ($8,69 \pm 0,08$) залишались зміни на ЕКГ у вигляді синусної тахікардії, ще у 1 – АВ-блокада I ступеня ($4,35 \pm 0,03$).

Таким чином, призначення комбінованої антиоксидантної терапії з включенням аргініну та карнітину впродовж 3 місяців дає змогу покращити ефективність лікування порушень ритму та провідності у хворих на лаймбореліоз та досягти швидшого покращення клінічного стану хворого.

УДК: 616.36 - 004 - 099:613.81] -036.88

*Самогальська О.Є., Лобанець Н.В., Марків І.М.,
Тюріна В.Ф., Мерецька І.В.*

ПРОГНОЗУВАННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД УСКЛАДНЕНЬ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського»*

Проблема прогнозування ймовірної смертності від ускладнень алкогольного цирозу печінки (АЦП) постає знову дуже гостро в зв'язку з постійним ростом летальних випадків, особливо серед працездатного населення. На сьогоднішній день одні вчені називають визначальним фактором смертельних ускладнень при циротичних змінах у печінці коливання градієнту портального тиску [Нікішаєв В.], а інші надають перевагу саме формуванню великих розмірів варикозних вузлів у венах стравоходу. За даними науковців вже перший епізод кровотечі з

варикозно розширених вен шлунково-стравохідного з'єднання великих розмірів супроводжується смертністю у 30–50% осіб [Garcia-Pagan J.]. Увагу багатьох дослідників привертає виявлення предикторів летальності ЦП.

Тому метою нашої роботи було встановити предиктори летальності при АЦП.

Для прогнозу летальності АЦП хворих оцінено 44 критерії на момент госпіталізації у пацієнтів із АЦП при співставленні їх у групах із сприятливим перебігом (95 осіб) та летальним завершенням (56 хворих), а саме, загально-клінічні, інструментальні [ультразвукова діагностика (УЗД) органів черевної порожнини, ендоскопія шлунково-кишкового тракту, імпульсна доплерографія (ІД) порталльної вени - середня лінійна швидкість кровотоку ($V_{сер. вв}$), об'ємна швидкість кровотоку ($Q_{вв}$), (D) діаметр вени], фотокolorометричні (показники функціонального стану печінки), спектрофотометричні (показники перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту, ендогенної інтоксикації (ЕІ), математичні [формалізовані інтегративні показники – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лімфоцитарний індекс (Лімф.)], патоморфологічні (автопсія печінки). Проведене порівняння, засвідчило статистично значущий зв'язок із ризиком смерті лише для 21 характеристики (рівень еритроцитів, лейкоцитів, паличкоядерних нейтрофілів, загального білірубину, активності трансаміназ й лужної фосфатази, ЛІІ, ІЗЛК, Лімф, $D_{vena portae}$, стать хворих, клас за Чайлдом-П'ю, асцит, жовтяниця, свербіж, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, $caput meduse$, ступінь ЕП та результати тесту Рейтана). Шляхом послідовного аналізу Вальда було виділено порогові точки та розраховано коефіцієнти. Найінформативнішими виявились показники ендотоксикозу ЛІІ й ІЗЛК, значення тесту Рейтана та рівень загального білірубину крові. Також була розрахована чутливість й специфічність для кожного з параметрів. Найвищу чутливість (96,4%) та специфічність (91,6%) встановлено для показника ЛІІ. Для кожного з критеріїв також було розраховано відношення шансів (ВШ) – «Odds Ratio» та довірчі інтервали (ДІ) для ВШ. Відтак, розрахунок прогностичних коефіцієнтів, ВШ з ДІ для ВШ, визначення чутливості й специфічності, проведені серед зазначених показників, характеризують відносну інформаційну цінність цих параметрів. Виділити серед них незалежні предиктори з метою прогнозування смерті на момент поступлення хворого дає змогу багатофакторний прямий покроковий (forward stepwise) дискримінантний аналіз.

Загалом кінцево виділено 10 характеристик – незалежних предикторів, загальна точність такого аналізу 95,1% (чутливість 96,3%, специфічність

94,3%) Сюди належали наступні показники: ЛПІ ($p < 0,0001$), D vena portae ($p = 0,0004$), ІЗЛК ($p = 0,0015$), АсАТ ($p = 0,0002$), лейкоцити ($p = 0,0445$), паличкоядерні нейтрофіли ($p = 0,0945$), еритроцити ($p = 0,1584$), білірубін ($p = 0,1699$), ВРВС ($p = 0,1764$), спленомегаля ($p = 0,2268$).

Отже, своєчасне виявлення незалежних предикторів смертності, на основі багатофакторного дискримінантного аналізу, дасть можливість віднести пацієнта до групи ризику смертності при АЦП вже в перші дні перебування у стаціонарі та сприятиме розвитку превентивних стратегій.

*Сміян С.І., Боднар р.Я., Лемяко А.А.,
Квасніцька О.С., Боднар Л.П., Сиваківський М.А.*

ЧАСТОТА ПОЛІМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУГЛОБІВ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»*

Відомо, що остеоартроз є найбільш розповсюдженим захворюванням суглобів, яке відноситься до захворювань з високим рівнем коморбідності. Найчастіше остеоартроз поєднується з артеріальною гіпертензією та іншими серцево-судинними захворюваннями, ожирінням, цукровим діабетом, хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Поліморбідні захворювання та стани можуть суттєво вплинути на діагностику та подальше лікування пацієнтів.

Мета дослідження. З'ясувати складові поліморбідності у хворих з захворюваннями суглобів за даними аутопсій.

Методи дослідження. Нами було проаналізовано дані 77 протоколів розтину померлих у яких були наявні захворювання суглобів. Протоколи розтину взяті за останні 5 років (2012 -2016 рр.) і розподілені на три групи. Першу групу становили 22 протоколи розтину померлих з остеоартрозом, другу – 43 протоколи розтину померлих з ревматоїдним артритом і третю – 12 протоколів розтину померлих з подагричним артритом.

Провівши аналіз документації було виділено групи захворювань, які поєднувалися з вище виділеними нозологіями: захворювання серцево-судинної системи (атеросклероз аорти, інфаркт міокарда, кардіосклероз, артеріальна гіпертензія та гіпертонічна хвороба), захворювання дихальної системи (ХОЗЛ, пневмонія), захворювання шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, вірусний гепатит, гострий панкреатит, хронічний

холецистит), захворювання сечовидільної системи (нефросклероз, пієлонефрит, амілоїдоз нирок), захворювання ендокринної системи (цукровий діабет 2 типу, вузловий зоб, ожиріння). Також зустрічались анемія та флеботромбоз.

Аналіз складових поліморбідності у хворих з захворюваннями суглобів показав, що найбільш часто спостерігається поєднання даних захворювань з атеросклерозом. Так, при остеоартрозі, атеросклероз аорти зустрічається у 72,7% випадків, тоді як при ревматоїдному артриті у 58,1%, а при подагричному артриті у 66,7% випадків. Також відмічено часте поєднання артеріальної гіпертензії з захворюваннями суглобів, що становило по 50,0% при остеоартрозі та подагричному артриті та 32,6% при ревматоїдному артриті.

Серед захворювань дихальної системи виявлено найбільш часте поєднання ХОЗЛ з остеоартрозом (63,6%), з ревматоїдним артритом (41,9%), а також з подагричним артритом (50%).

Щодо захворювань шлунково-кишкового тракту, ми відмітили найбільш часту коморбідність з виразковою хворобою у трьох групах. Частота якої становила 13,6% при остеоартрозі, 39,5% при ревматоїдному артриті та 25% при подагричному артриті.

При аналізі протоколів розтину померлих виявлено, що при остеоартрозі у 13,6% випадків зустрічався цукровий діабет 2-го типу, який при ревматоїдному артриті відмічено тільки у 2,3% випадків і не спостерігався при подагричному артриті. Порівняно з однаковою частотою при даних захворюваннях зустрічалися ожиріння та вузловий зоб, що становило відповідно 9,1%, 9,3%, та 8,3% для ожиріння та 9,1%, 13,9%, 8,3% для вузлового зобу.

Висновки. На основі даних аутопсій з'ясовано складові поліморбідності у хворих із захворюваннями суглобів. Також доведено, що серед проаналізованих захворювань суглобів, остеоартроз є найбільш поєднуваний з іншими захворюваннями. Отримані результати потребують диференціювати підходи до лікування та прогнозувати перебіг захворювання.

Сміян С.І., Кошак Б.О., Слаба У.С., Коморовський р.Р.

СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України».

Актуальність: Анкілозивний спондилоартрит (АС) - хронічне системне запальне захворювання з переважним ураженням осевого скелета. Відомо, що смертність серед пацієнтів з АС в 1,5 рази вище популяційного рівня і зумовлена серцево-судинною патологією та хронічною нирковою недостатністю внаслідок амілоїдозу. В даний час доведено, що наявність персистуючого системного запалення є вагомим предиктором розвитку серцево-судинних (СС) захворювань за причиною розвитку дисфункції ендотелію, а в подальшому - атеросклерозу, атеротромбозу, ремоделювання судинної стінки і міокарда і, відповідно, основним чинником значно вищих від загальнопопуляційних випадків несприятливих загрозливих для життя станів.

Мета роботи: стратифікація факторів серцево-судинного ризику, залежно від клініко-лабораторних параметрів у хворих на АС.

Матеріали і методи: нами обстежено 104 пацієнтів з анкілозивним спондилоартритом (АС). На госпітальному етапі всім хворим було проведено стандартні діагностичні методи, що характеризують перебіг захворювання, а також параметри ліпідограми та УЗД комплексу інтима-медіа сонної артерії.

Результати та обговорення: Встановлено, що за умов наявності високих ступенів активності захворювання частіше спостерігається достовірне збільшення кількості пацієнтів з ЛПНШ $>2,7$ ммоль/л (39,4%), ЛПВЩ $< 1,0$ ммоль/л (60,6%), потовщенням ТІМ $>0,9$ мм (47,1%). Поряд із тим, у хворих даної когорти реєструються достовірно вищі значення тривалості захворювання та суттєві відмінності за його перебігом за показниками ВАШ, СРП, ШОЄ та індексами активності і функціональних розладів.

Оцінка за шкалою QRisk дозволила констатувати СС ризик, що становив 3,4%, котрий згідно інтерпретації, близько в три рази перевищує

ризик у загальній популяції, причому серед традиційних чинників найбільш часто зареєстровані збільшення ЛПВЩ і зменшення ЛПНЩ.

Висновок: Таким чином, слід припустити, що в проблемі розвитку ССЗ за умов АС найбільшого значення набуває факт наявності системного запального захворювання, яке асоціюється з розвитком дисфункції ендотелію і збільшенням рівня атерогенних ліпідів.

УДК: 616-002.78-06:616-008.9-085.31:546.46

Сміян С.І., Франчук М.В., Мігенько Л.М., Лихацька Г.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МАГНІЮ ОРОТАТУ В ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПОДАГРІ

*«Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. У 25-90% хворих на подагру виявляють метаболічний синдром (МС) і навпаки - у хворих на МС значно підвищується ризик розвитку подагри та гіперурикемії (ГУ). Близько 40 – 50% випадків МС поєднується з дефіцитом магнію. Тому необхідне включення препаратів магнію в комплексне лікування різних захворювань, в основі яких лежать метаболічні порушення.

Матеріали і методи. Для реалізації мети було обстежено 45 хворих на подагру, які проходили стаціонарне лікування в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Хворі були розподілені на дві групи: I група (n = 23) – отримували стандартну гіпоурикемічну терапію Аллопуринолом, НПЗП та магнію оротату в добовій дозі 1500 мг. Пацієнти II групи (n = 22), група контролю, отримували тільки Аллопуринол та НПЗП.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів, що брали участь у дослідженні всі були чоловіками з надлишковою масою тіла, середній вік яких склав $49,6 \pm 8,1$ років, тривалість захворювання $9,8 \pm 6,5$ років. Так, в досліджуваній групі у 100% пацієнтів виявлено дисліпідемію, в 90% - гіпертонічну хворобу та ожиріння, в 50% - метаболічний синдром та в 10% - цукровий діабет. В групі контролю дисліпідемію виявлено в 96,6% хворих, МС та ГХ – у 83,3%, ожиріння – 75% і лише 3,4% хворих мали супутній ЦД. Динамічне спостереження за основними клініко - лабораторними параметрами свідчило, що пацієнти, які отримували в

комплексній терапії магнію оротату продемонстрували вірогідно кращі результати лікування, ніж група контролю зі стандартним лікуванням.

Висновок. Встановлено, що включення магнію оротату в комплексне лікування поряд із стандартною гіпоурикемічною терапією сприяє достовірному зниженню рівня холестеролу, тригліцеридів, ЛПНЩ та СК в крові. Одночасно із тим, слід зазначити, що протягом 1 місяця лікування було безпечним, без зафіксованих побічних дій. Тому, враховуючи все вищенаведене, препарати магнію оротату можна рекомендувати при метаболічних порушеннях в комплексному лікуванні подагри.

УДК 616.127-018+616.126-008.82]-02:616.61-036.12

Сусла О.Б., Левицький А.В., Літовкіна З.І., Сусла Г.Б., Водвуд В.К.

СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНИЙ ГЕМОСТАЗ І КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Роль порушень судинно-тромбоцитарного гемостазу у формуванні кальцифікації клапанів серця (ККС) як важливого чинника розвитку кардіоваскулярних катастроф при хронічній хворобі нирок (ХХН) визначено недостатньо, а динаміка показників, що характеризують активність первинного гемостазу залежно від недіалізної і діаліз-залежної стадії ХХН у хворих із клапанною кальцифікацією залишається не встановленою.

Метою даного дослідження стало з'ясування у порівняльному аспекті особливостей та ролі судинно-тромбоцитарного гемостазу в механізмах ККС у хворих на додіалізного та діалізного етапах.

У дослідження було включено 167 хворих на ХХН I-V стадій, які не отримували діалізного лікування (чоловіки, 78; вік, $48,7 \pm 1,0$ років; eGFR-MDRD, $51,0 \pm 2,2$ мл/хв на $1,73 \text{ м}^2$) та 94 хворих на ХХН VД стадії, які перебували на хронічному гемодіалізі (ГД) (чоловіки, 52; вік, $46,4 \pm 1,2$ років; тривалість ГД, $28,9 \pm 3,3$ місяців). На додіалізному етапі переважали хворі з хронічним пієлонефритом (40,1%), на діалізному – з хронічним гломерулонефритом (47,9%). Усі суб'єкти підлягали ехокардіографічному дослідженню для діагностики ККС. Активність

первинного гемостазу оцінювали за кількістю тромбоцитів (Т) у периферичній крові, відсотками спонтанно агрегованих (%САТ) і адгезивних (%АТ) Т. Застосовували U-критерій Манна-Уїтні для порівняння кількісних показників у двох групах, χ^2 -критерій Пірсона для порівняння якісних показників. Кількісні дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ($M \pm m$).

ККС виявлено у 28,7% недіалізних пацієнтів та у 44,7% ГД-хворих, що частіше ($\chi^2=6,76$, $p=0,009$). У групах пацієнтів із клапанною кальцифікацією як на додіалізованому, так і діалізованому етапах показники %САТ ($p<0,001$, $p<0,001$), %АТ ($p=0,002$, $p=0,015$) були більшими відносно таких у хворих без ККС, водночас число Т у зазначених групах значуще не відрізнялась. Вперше встановлено, що при клапанній кальцифікації функціональна активність судинно-тромбоцитарного гемостазу у хворих на ХХН VД стадії на відміну від хворих на ХХН I-V стадій є вищою. Так, у ГД-пацієнтів із ККС ($n=42$) середні значення САТ ($25,8 \pm 1,6$ vs. $18,7 \pm 1,0\%$; $Z=3,70$, $p<0,001$) та АТ ($55,0 \pm 2,2$ vs. $44,0 \pm 2,0\%$; $Z=3,29$, $p=0,001$) перевищували аналогічні показники у недіалізних хворих із ККС ($n=48$) відповідно. Вміст Т у згаданих вище групах ($173,6 \pm 9,8$ vs. $165,0 \pm 9,7 \times 10^9/\text{л}$; $Z=1,29$, $p=0,198$) був подібним.

Таким чином, клапанна кальцифікація при ХХН поєднується з тромбоцитарною агресією, причому активація первинного гемостазу переважає у хворих із ККС, які перебувають на хронічному ГД. Виявлені особливості змін судинно-тромбоцитарного гемостазу на додіалізованому та діалізованому етапах можуть визначати характер вазопротективної і антиагрегантної терапії у хворих на ХХН із ККС, що й стане предметом наших подальших досліджень.

Урбанович А.М., Урбанович М.О.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ВМІСТІ ЛЕПТИНУ ТА РЕЗИСТИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м.Львів*

Актуальність проблеми. Механізми формування цукрового діабету (ЦД) 2 типу та його ускладнень на сьогоднішній день вивчені не достатньо. Основні дослідження останніх років скеровані на вивчення ролі гормонів, які продукуються жировою тканиною, серед яких одними із основних є лептин та резистин.

Метою роботи було дослідити вміст лептину та резистину в сироватці крові у хворих на ЦД 2 типу в залежності від наявності ожиріння.

Матеріали і методи. До дослідження було включено 305 хворих на ЦД 2 типу (154 жінки та 151 чоловік). Пацієнти були поділені на групи в залежності від наявності нормальної, надлишкової маси тіла та ожиріння. Для діагностики ожиріння застосовували класифікаційні критерії ВООЗ (1997 р.) із встановленням ІМТ. У 1-у групу із нормальною вагою тіла (ІМТ 19,0-24,99 кг/м²) включено 37 хворих (20 жінок, 17 чоловіків), у 2-у групу із надвагою (ІМТ 25,0-29,9 кг/м²) включено 86 хворих (37 жінок, 49 чоловіків), у 3-ю групу із ожирінням (ІМТ понад 30,0 кг/м²) включено 182 хворих (97 жінок, 85 чоловіків). Групи були співставні за віком.

Порівнювали рівень лептину та резистину у групах із нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням.

Взяття крові для аналізу здійснювали натщесерце. Рівень лептину та резистину в сироватці крові визначали імуноферментним методом («ELISA») за допомогою наборів реактивів фірми «DRG» (Німеччина).

Результати представлені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Вміст лептину та резистину в сироватці крові у групах хворих на ЦД 2 типу із нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням у залежності від статі.

Групи хворих		Лептин, нг/мл	Р	Резистин, нг/мл	Р
Група 1	Жінки	9,13 ± 1,81 (p1-2<0,05 p1-3<0,001)	p<0,05	4,37 ± 0,98	p>0,05
	Чоловіки	4,04 ± 1,21 (p1-2<0,01 p1-3<0,01)		2,89 ± 0,45	
Група 2	Жінки	30,86 ± 4,60 (p2-3<0,05)	p<0,0001	3,41 ± 0,24	p>0,05
	Чоловіки	9,17 ± 1,65		3,40 ± 0,24	
Група 3	Жінки	43,61 ± 3,135	p<0,0001	3,55 ± 0,27	p>0,05
	Чоловіки	20,93 ± 2,67		3,32 ± 0,21	

Рівень лептину у сироватці крові у жінок при наявності надваги зростав у 3 рази ($p<0,05$), а у чоловіків у 2,5 рази ($p<0,01$); при наявності ожиріння у жінок рівень лептину зростав у понад 4 рази ($p<0,001$), а у чоловіків у 5 разів ($p<0,01$). Також відмічено виражену гендерну відмінність у вмісті лептину в групах хворих на ЦД 2 типу із однаковим ІМТ ($p<0,05$).

Не виявлено достовірної різниці у вмісті резистину в сироватці крові у жінок та чоловіків у залежності від ІМТ.

Висновки. Виявлено виражену гендерну відмінність у вмісті лептину, залежну від ІМТ як у чоловіків, так і у жінок, хворих на ЦД 2 типу.

Гендерної відмінності у рівнях резистину у хворих на ЦД 2 типу не виявлено.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЙОДОДЕФІЦИТНИХ РЕГІОНАХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета: встановити особливості порушень вегетативної регуляції та діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на стенокардію напруги, які проживають в йододефіцитних регіонах.

Методи: загальне клінічне обстеження, холтерівське моніторування АТ та ЕКГ з дослідженням варіабельності ритму серця (ВРС), доплер-ехокардіографія з оцінкою діастолічної функції лівого шлуночка, визначення рівня NT-proBNP, ТТГ та Т₄ у крові.

Результати: Стенокардію напруги II-III ФК та субклінічний гіпотиреоз діагностовано у 52 хворих основної групи, віком $55,3 \pm 1,6$. Контрольну групу склали 20 осіб із стабільною стенокардією та збереженою функцією щитоподібної залози. Хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи: до першої підгрупи увійшло 24 пацієнти (46,2%) із стенокардією напруги тривалістю до 5 років; в другу підгрупу включено 28 хворих (53,8%) із стенокардією напруги тривалістю понад 5 років. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ДДЛШ), переважно за релаксаційним типом, діагностована у 16 (66,7%) хворих першої підгрупи, а у 20 (71,4%) пацієнтів другої підгрупи ДДЛШ проявлялась псевдонормальним типом. Наявність ДДЛШ підтверджувалась зростанням у цих пацієнтів NT-proBNP відповідно на 26,1% та 48,4% в порівнянні з контрольним значенням. Одночасно у хворих основної групи виявлено суттєві зрушення ВРС. Так, загальна потужність спектру (TP) у хворих 1 підгрупи була на 17,4% ($p < 0.01$) меншою, а у пацієнтів 2 підгрупи - на 34,3% ($p < 0.01$), ніж у групі контролю. У групі хворих із субклінічним гіпотиреозом та тривалістю стабільної стенокардії понад 5 років та із субклінічним гіпотиреозом та тривалістю стабільної стенокардії до 5 років симпато-вагусний індекс (LF/HF) зростав та був вищим відповідно на 50,7% ($p < 0.01$) та на 31,2% ($p < 0.01$) у порівнянні з контрольними значеннями.

Висновок: У хворих із субклінічним гіпотиреозом та стенокардією напруги тривалістю понад 5 років в 2 рази частіше виявляється переважно псевдонормальний тип діастолічної дисфункції лівого шлуночка,

діагностично значиме збільшення NT-proBNP, що супроводжується розладами вегетативної регуляції серця – зниженням загальної потужності спектру та зростанням симпато-вагусного індекса.

УДК 616.24-002.2-06:616.12-005.4

Швед М.І., Ковальська М.П., Ковальський Д.В.

ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ НА ПЕРЕБІГ СУПУТНЬОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. ХОЗЛ — одна з найпоширеніших патологій в популяції і виявляється у чоловіків старше 40 років від 8,4 до 26,1%. Однією з безпосередніх причин смерті у цих пацієнтів вважають загострення ІХС з розвитком серцевої недостатності та аритмій. Незважаючи на тривале та глибоке вивчення вказаних ускладнень ІХС, можливим фактором кардіоваскулярних подій у пацієнтів з ХОЗЛ вважають ендотеліальну дисфункцію, яка призводить до нестабільності атеросклеротичних уражень коронарних та мозкових судин.

Тому **метою** дослідження стало визначення впливу хронічного системного запалення у пацієнтів з ХОЗЛ на перебіг супутньої ІХС.

Матеріали та методи. Досліджено 56 хворих віком від 48 до 72 років, середній вік – $64,0 \pm 6,9$ роки, переважали чоловіки – 82%. Всіх пацієнтів розділено на 2 групи: в дослідну групу ввійшло 30 хворих на ХОЗЛ II стадії в поєднанні з ІХС. Контролем служили 26 осіб з ізольованим ХОЗЛ II стадії.

Для діагностики ХОЗЛ, окрім клінічних даних використовували результати дослідження ФЗД (ЖЄЛ, ФЖЄЛ та ОФВ1, індекс Тіффно). Діагноз ІХС встановлювали згідно з рекомендаціями Європейського кардіологічного товариства та протоколів МОЗ України (2015). Крім того, в усіх обстежених досліджували вміст маркерів імунного запалення (С-РБ, ФНП- α , ІЛ-6, ІЛ-10). Статистична обробка кількісних даних проводилася за допомогою комп'ютерної програми Statistica 10.

Результати та обговорення. У вихідному стані в обстежених обох груп виявлено підвищення рівнів сироваткового С-РБ, ФНП- α , ІЛ-6, що свідчить про підсилення у них системного імунного запального процесу. При цьому зауважимо, що в пацієнтів з ІХС у поєднанні з ХОЗЛ рівень С-РБ був у 5,1 рази вищий, ніж в хворих контрольної групи ($p < 0,001$). Вміст ІЛ-10, захисна роль якого доведена в розвитку атеросклеротичного процесу, був нижчим у сироватці крові хворих обох груп порівняно з показником здорових осіб ($p < 0,05$). При поєднаній патології концентрація сироваткового ІЛ-6 на 17,3% вища, ніж у хворих на ХОЗЛ. Середній вміст ФНП- α суттєво підвищувався у хворих на ІХС із супутньою ХОЗЛ (в 2,1 рази порівняно з нормою; $p < 0,05$). У пацієнтів з ізольованим ХОЗЛ рівень ФНП- α також зростав в 1,8 рази вище, в порівнянні із здоровими ($p > 0,05$).

Також слід відмітити, що у пацієнтів дослідної групи суттєво частіше діагностували артеріальну гіпертензію (57%), інфаркт міокарда в анамнезі (21%), порушення серцевого ритму (19%), ніж у хворих контрольної групи (відповідно 23%, 11% і 7%).

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС виявлено суттєво вищі рівні показників системної запальної реакції, які корелювали з більшою частотою виникнення у них загострень ІХС та вищим серцево-судинним ризиком.

Висновок: У хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ порівняно з групою з ізольованим ХОЗЛ спостерігаються суттєво вищі рівні прозапальних цитокінів (С-РБ, ФНП- α , ІЛ-6), що свідчить про наявність у них системного запального синдрому, який є фактором ризику загострення ІХС.

Перспективи: Доцільно розробити методи адекватної корекції порушення цитокінового статусу у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ.

*Швед М.І., Левицька Л.В., Бенів М.Я., Киричок І.Б., Левицький І.Б.,
Павлов В.Т., Цуглевич Л.В.*

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського»*

Мета дослідження – вивчити можливості підвищення ефективності реабілітації у хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) або кардіохірургічне втручання на коронарних артеріях, на амбулаторному етапі спостереження.

Матеріали та методи. Обстежено 43 чоловіки, які перенесли ІМ або коронарну реваскуляризацію, проходили II етап реабілітації під спостереженням кардіолога за місцем проживання і отримували рекомендації щодо модифікації стилю життя та фізичної активності. Медикаментозне лікування проводили згідно стандартного протоколу. Фізична реабілітація, навчання пацієнтів регулюванню індивідуальних факторів ризику та підтримання максимального комплаєнсу проводились при виписці із кардіологічної клініки та/або через 4-8 тижнів після неї. Хворі були розподілені на 2 репрезентативні групи (вік, стать, клінічні прояви ІМ, функціональний клас за реабілітаційною класифікацією). I група, 20 осіб, включала в себе хворих на ІМ, яким проводилось традиційне диспансерне спостереження. II дослідна група, 23 особи, складала хворі на ІМ, яким проводилось повне трикомпонентне індивідуальне консультування з включенням навчального блоку програми реабілітації, рекомендацій з фізичної активності та психологічної підтримки. Усім хворим аналізували комплаєнс (відсоток виконання рекомендацій по медикаментозному лікуванню), обліковували об'єм фізичної активності з урахуванням побутових навантажень, добової ходьби (ДХ) і 6-хвилинного тесту (ТШХ). Проводився аналіз клінічних даних (наявність та ступінь стенокардії, задишки, показники артеріального тиску та пульсу), ЕКГ, ліпідограми, глікемії, креатиніну крові та АЛТ, АСТ. Основні параметри внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали при проведенні ехокардіоскопічного дослідження.

Отримані результати. До закінчення періоду спостереження хворі I групи досягнули V-VI ступеня рухової активності і виконання комплексу ЛФК № 6 на 80-100%. Середнє значення ТШХ в цій групі склало $257,2 \pm 24,3$ м, ДХ – $3472,7 \pm 200,3$ кроків. Пацієнти II групи досягнули вищого ступеня рухової активності (VI-VII), продемонстрували достовірно більшу дистанцію ТШХ – $470,2 \pm 48,6$ м, ДХ – $5320,6 \pm 389,6$ кроків. У 65,0% хворих контрольної групи було досягнуто цільових рівнів АТ та у 75,5%, - рівня ЧСС проти 82,6% та 91,3% по II групі. Ступінь комплаєнсу по виконанню рекомендацій щодо медикаментозної терапії становив по першій групі 60%, а по II – 80%. Біохімічні показники в обох групах до кінця періоду спостереження достовірно не відрізнялись. Відмічено сповільнену тенденцію до відновлення систолічної і діастолічної функцій у хворих контрольної групи в порівнянні з дослідною.

Висновки:

1. Проведення повного трикомпонентного індивідуального консультування хворих, які преренесли інфаркт міокарда або коронарну реваскуляризацію, значно покращує комплаєнс по медикаментозній терапії, толерантність до фізичного навантаження та гемодинаміку у таких пацієнтів.

2. Запропоновані методи контролю: антропометрія, стандартизоване самостійне вимірювання гемодинамічних показників самим пацієнтом, визначення об'єму побутового навантаження, відсотку виконання комплексу ЛФК, тривалості добової ходи, при використанні програм реабілітації у хворих на ІМ, є адекватними та забезпечують необхідний ступінь безпеки реабілітаційних програм.

3. Динаміка відновлення була швидшою у реваскуляризованих пацієнтів, а також у тих, хто отримував додаткове консультування в телефонному режимі.

Перспектива подальших досліджень: доцільне подальше вивчення впливу компонентів реабілітаційних програм на клініко-функціональні показники у хворих з різними клініко-патогенетичними варіантами інфаркту міокарда.

Швед М.І., Левицька Л.В., Киричок І.Б., Цуглевич Л.В.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ: В усьому світі ІХС є найчастішою причиною смерті та інвалідності. При цьому, в останні три десятиліття в країнах з соціальноорієнтованою економікою смертність від серцево-судинних подій скорочувалась щорічно на 2-3%, що дозволило знизити цей показник до 40-60%. Такому стрімкому зниженню серцево-судинних ризиків цивілізований світ завдячує широкому впровадженню нових методик лікування ІХС (в тому числі хірургічні коронарні втручання) та комплексному застосуванню серед населення профілактичних та реабілітаційних програм. Разом з тим, на сьогоднішній день ще недостатньо вивчено патофізіологічні та клінічні особливості впливу нових кардіохірургічних втручань на процеси ремоделювання серця та його функціональний стан.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості внутрішньосерцевої гемодинаміки та ремоделювання лівого шлуночка у хворих з гострим коронарним синдромом, що перенесли стентування коронарних артерій.

Матеріал та методи дослідження: в дослідження включено 48 хворих з гострим коронарним синдромом (31 пацієнт на ГКС із підйомом ST та 17-без підйому ST) віком від 37 до 74 років, в середньому $52,6 \pm 6,7$ років. В дослідну групу ввійшло 28 хворих, яким в терміні від 1 до 12 годин від початку ангінозного приступу проведено стентування інфаркт-залежної коронарної артерії. Контрольну групу склали 20 пацієнтів із ГКС, яким проведено медикаментозне лікування з використанням прямих антикоагулянтів, подвійної антитромбоцитарної терапії, а також β -адреноблокатора, інгібітора АПФ та статина. Кардіохірургічне втручання у пацієнтів цієї групи не проведено у зв'язку з їх письмовою відмовою. Групи були співставимі за віком, статтю, антропометричними показниками та загальноклінічним станом. Всім пацієнтам проводили загальноклінічне, ЕКГ та лабораторне обстеження з визначенням рівня

біомаркерів некрозу міокарда (КФК-МВ та тропонін). Ехо-КГ обстеження проводили в М- та В- режимах апаратом Philips HD11XE за стандартним протоколом і оцінювали динаміку КСР (КСО), КДР (КДО), ФВ, МШП, ЗСЛШ, ММЛШ, ІМЛШ, ЛП, ПШ, Рсер ЛА, а також стан діастолічної функції ЛШ за показниками трансмітрального потоку в імпульсному режимі з апікальної позиції. Обстеження проводили в динаміці тричі: у вихідному стані, через 1 та 6 місяців. Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням комп'ютерної програми «Statistica 10, Enterprise x64» (Stat Soft, США).

Результати дослідження: У вихідному стані в усіх пацієнтів діагностовано ГКС за наявністю характерного ангінозного приступу, ЕКГ-ознак ішемії, пошкодження або некрозу міокарда. Одночасно у всіх хворих виявлено суттєві порушення параметрів геометрії серця та внутрішньосерцевої гемодинаміки. Суттєвої різниці у величині змін досліджуваних показників у пацієнтів дослідної та контрольної групи не виявлено ($p \geq 0,05$).

Через один місяць лікування хворих, які перенесли стентування коронарної артерії відмічено суттєве покращення загального клінічного стану за даними суб'єктивного та об'єктивного і лабораторно-інструментального дослідження. Так, в дослідній групі хворих були відсутні скарги на незадовільне самопочуття, на рецидиви ангінозного болю, на потребу в прийомі нітропрепаратів. Одночасно, у значної частини пацієнтів контрольної групи залишалась зниженою якість життя (80,0%), кардіалгії або дискомфорт у грудній клітці (70,0%), серцебиття (45,0%), пітливість, задишка при побутових навантаженнях (35,0%) та загальна слабкість (60,0%).

При аналізі показників геометрії серця та внутрішньосерцевої гемодинаміки у пацієнтів дослідної групи спостерігалось достовірне зменшення КДРлш на 6,8%, КСРлш – на 11,0%, КДОлш- на 8,8% та КСОлш – на 15,7% ($p \leq 0,05$), що свідчить про зменшення ступеня дилатації порожнин серця та покращення глобальної скоротливості міокарду (ФВ зросла на 6,9%, $p \leq 0,05$). У пацієнтів цієї групи також мало місце достовірне зменшення порожнин лівого передсердя на 12,3% та правого шлуночка – на 9,8% ($p \leq 0,05$).

Позитивні структурно-геометричні зміни параметрів серця у хворих через один місяць після стентування коронарної артерії поєднувались зі збільшенням ФВ на 13,7% ($p \leq 0,05$) у порівнянні з контрольною групою хворих. Разом з тим, у хворих як дослідної, так і контрольної групи через один місяць після оперативного втручання та вказаної стандартної медикаментозної корекції спостерігались виражені порушення діастолічної функції лівого шлуночка за псевдонормальним типом.

Через 6 місяців клінічного спостереження у пацієнтів з ГКС, яким проведено стентування коронарної артерії, виявлено значне покращення загального клінічного стану та суттєву позитивну динаміку геометрії серця та внутрішньосерцевої гемодинаміки. Так, у хворих дослідної групи відмічено подальше зменшення КДРлш на 5,8%, КСРлш- на 8,5%, КДОлш – на 11,7%, ЛП – на 4,3%, ПШ – на 4,8%, ІММЛШ – на 12,2% при одночасному зростанні ФВлш на 5,8%, що свідчить про поліпшення систолічної функції лівого шлуночка. Відмітимо також, що через 6 місяців лікування наступило суттєве покращення і діастолічної функції ЛШ, яке проявлялось достовірним збільшенням пікових швидкостей раннього (Е) і пізнього (А) наповнення ЛШ та діагностуванням у них лише порушень діастолічного наповнення за релаксаційним типом.

Таким чином, дослідження динаміки параметрів структурно-геометричних та функціональних показників серця у хворих з ГКС, яким проведено стентування коронарної артерії в порівнянні з пацієнтами, які отримують лише медикаментозну підтримку, свідчить про суттєво вищу клінічну ефективність вказаної методики лікування ГКС. У пацієнтів дослідної групи спостерігається більш швидке (протягом першого місяця лікування) і більш повне відновлення об'ємних та лінійних параметрів серця, а також відновлення його систолічної та частково діастолічної функції.

Висновок: Для попередження ремоделювання серця та профілактики розвитку систолічної і діастолічної дисфункції міокарда у хворих з ГКС методом вибору лікування є стентування інфарктзалежної коронарної артерії, що сприяє відновленню структурно-геометричних параметрів серця, його функціональної здатності та покращенню якості життя.

Перспектива подальших досліджень: вивчення ефективності впливу медикаментозних та немедикаментозних факторів на динаміку структурно-геометричних параметрів серця у хворих з ГКС дозволить попередити у них розвиток життєво небезпечних та інвалідизуючих ускладнень.

Швед М.І., Прокопович О.А.

РОЛЬ РАННЬОГО ПРИЗНАЧЕННЯ КОМБІНОВАНИХ АНТИГІПОКСАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Відомо, що у хворих на інфаркт міокарда вираженість змін антиоксидантної та імунної відповіді залежить від низки чинників, а саме, від площі некротизованого м'яза, гендерних особливостей, наявності коморбідної патології, зокрема порушення функціонування печінки. Дисбаланс у системі перекисного окислення ліпідів проявляється зменшенням активності супероксиддисмутази, зниженням рівня церулоплазміну та підвищенням рівнів малонового альдегіду. Вторинний імунодефіцитний стан, що розвивається при цьому полягає у зменшенні популяції Т- лімфоцитів та активації В-лімфоцитів, зростанні концентрації IgA, M, G та ЦІК.

Мета: дослідження ефективності та безпечності використання комбінованого препарату амінокислот аргініну та карнітину (Tivor-L) для підвищення антиоксидантної активності та імунної реактивності у хворих в гостру стадію інфаркту міокарда з функціональними порушеннями печінки.

Матеріали і методи. Обстежено 109 хворий на гострий інфаркт міокарда.

Середній вік обстежуваних склав $59,9 \pm 1,1$ років. Всім пацієнтам проведено загально клінічне, імунологічне дослідження, ЕКГ, ЕхоКС та УЗД печінки. Серед досліджуваних порушення функціонального стану печінки виявлено у 30 хворих ($72,5 \pm 0,06\%$). В залежності від використаної програми лікування всіх обстежуваних розділили на 2 групи. Контрольну групу склали 57 хворих, що отримували стандартне лікування інфаркту міокарда (прямі або непрямі антикоагулянти, антиагреганти, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, нітрати, статини). До основної групи увійшло 52 хворих на гострий інфаркт міокарда, які отримували

терапію з включенням внутрішньовенної інфузії Tivor-L 100 мл впродовж 10 днів.

За даними дослідження імунологічного статусу та системи ПОЛ-АОЗ у хворих на ІМ з ФПП спостерігалось більш глибоке пригнічення Т-клітинного імунітету та значніша активація В-ланки системи імунної відповіді порівняно з пацієнтами без ФПП. Водночас відмічалась більш суттєва депресія системи АОЗ та активація ПОЛ.

Слід відзначити, що на фоні комплексного лікування з включенням Tivor-L у хворих рідше виникали рецидиви ангінозного болю, аритмії, ГСН, менш вираженими були прояви некро-резорбтивного синдрому ніж у контрольній групі. Одночасно, спостерігалось суттєве покращення показників функціонального стану печінки. Також лікування з включенням комбінованого антиоксидантного препарату дала змогу досягти більш суттєвої активації системи АОЗ: рівень церулоплазміну зріс до $243,2 \pm 0,23$ мг/л, супроксиддисмутази до $56,3 \pm 0,12$ у.о. Запропонована програма лікування приводила до достовірного збільшення показників Т-ланки імунітету: рівень CD3 зростав до $35,2 \pm 1,2\%$; CD4 - до $33,2 \pm 0,23\%$; CD8 - до $16,4 \pm 0,21\%$; CD16 - до $12,2 \pm 0,2\%$ та зменшувалась кількість CD22 до $12,41 \pm 0,12\%$ та ЦІК до $178,32 \pm 2,43$ у.о., що в цілому свідчило про достовірне покращення імунної реактивності організму у хворих на інфаркт міокарда. В контрольній групі на 18 день лікування відмічено лише тенденцію до покращення біохімічних показників, а імунопатологічні зміни та активація процесів ПОЛ були більш значними у хворих з ФПП.

Такі фармакологічні властивості аргініну, що входить до складу препарату Tivor-L, як активація гуанілатциклази та підвищення рівня циклічного гуанідинмонофосфату (цГМФ) в ендотелії судин, пригнічення синтезу ендотеліну-1 та асиметричного диметиларгініну, призводить до зменшення проявів оксидативного стресу у хворих на інфаркт міокарда з порушеннями функціонального стану печінки, чинять гіпоамоніємічний ефект шляхом реалізації активації перетворення аміаку в сечовину. Водночас інша амінокислота – карнітин необхідна для транспортування довголанцюгових жирних кислот у мітохондрії для їх подальшого бета-окислення й утворення енергії. але й інших внутрішніх органів, у тому числі гепатоцитів.

Висновки. Імунопатологічні зміни та дисбаланс у системі перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту, що розвиваються в гостру стадію інфаркту міокарда, відіграють вагомую роль у розвитку патологічних синдромів у печінці та погіршують її функціональний стан, що проявляється зниженням її синтетичної та дезінтоксикаційної функції. Комплексне лікування з включенням комбінованого амінокислотного препарату Tivor-L дозволяє попередити розвиток ускладнень інфаркту

міокарда, зменшити прояви серцевої недостатності та відновити функціональний стан печінки за рахунок антигіпоксичної, цитопротекторної, антиоксидантної, дезінтоксикаційної та імуномодельюючої властивостей препарату.

УДК 616.127-005.8-036.82:616.12-008.313

*Швед М.І., Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М,
Бенів М.Я, Жупник Т.І.*

РИЗИК ГОСПІТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

*Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Гострий інфаркт міокарда (ІМ) часто супроводжується шлуночковими та суправентрикулярними порушеннями ритму, що є одним з визначальних факторів прогнозу виживання хворих. Найпоширенішою тахіаритмією при ІМ є фібриляція передсердь (ФП), яку спостерігають у 5-23% пацієнтів, що суттєво впливає на якість життя, підвищує ризик госпіталізації, інвалідизації та виникнення смерті. Така асоціація патологій зумовлює зростання госпітальної смертності у даній категорії пацієнтів на 5,7%. Сучасні рекомендації (ESC, 2015) для визначення ризику госпітальної смертності при ІМ пропонують використовувати шкалу GRACE.

Мета. Аналіз ризику госпітальної смертності у хворих з неклапанною формою фібриляції передсердь та інфарктом міокарда.

Матеріали та методи. За період січень 2015 - березень 2017 року було обстежено 58 хворих на гострий ІМ та неклапанну форму ФП, що знаходились на лікуванні у палаті інтенсивної терапії кардіологічного відділення та у відділенні кардіології КЗ ТОР «ТУЛ». Вік хворих становив від 43 до 85 років, в середньому $64,38 \pm 11,44$ років. Серед досліджуваного контингенту переважали чоловіки (68,75%), жінки відповідно склали 31,25%. Всіх хворих було розподілено на 2 групи: 1-шу групу становили 36 пацієнтів з ІМ, у яких після коронарного тромбозу спостерігали пароксизмальну або персистуючу форму ФП, 2-гу групу – 22 хворих з постійною формою ФП, на фоні якої виник ІМ.

Пацієнтам було проведено клініко-анамнестичне, лабораторне (біохімічний аналіз крові з визначенням рівня креатиніну, МВ фракції креатинфосфокінази, тропонінового тесту) та інструментальне обстеження (електрокардіографію, трансторакальну ехокардіографію). Розрахунок ризику розвитку госпітальної смерті та смерті протягом наступних 6 місяців проводили за допомогою електронного калькулятора шкали GRACE. Для оцінки даних використовували непараметричні методи статистики: Манна-Уїтні U-тест для порівняння показників у двох групах, ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. За результатами дослідження у більшості пацієнтів 1-ої групи виявлено високий ризик госпітальної смертності (77,8%), а в решті середній (16,7%) й низький ризик (5,5%). У пацієнтів 2-ої групи встановлено, що високий ризик госпітальної смертності мали 86,4% хворих і лише 4,5% – середній та низький ризик (9,1%). Слід відмітити, що смерть у стаціонарі серед пацієнтів 1-ої групи наступила у 2,8% обстежених, тоді як серед пацієнтів, у яких ішемія міокарда виникала на фоні постійної форми ФП, летальність становила 18,1% спостережуваних, а рецидив ІМ розвинувся у 4,5% хворих. При цьому зауважимо, що різниця в розвитку госпітальної смерті між досліджуваними групами досягла достовірності ($p=0,042$). Зауважимо також, що статистичної різниці в показниках ризику розвитку госпітальної смерті або рецидиву ІМ, розрахованих за шкалою GRACE, між досліджуваними групами встановлено не було.

Ризик смерті впродовж 6 місяців після виписки у 1-ій групі пацієнтів залишався високим у 72,2% хворих, середнім – у 19,5% і низьким – у 8,3% обстежених. У 2-ій групі хворих високий ризик смерті за цей же період спостерігався у 81,8% обстежених, середній ризик – у 9,1% і низький – у 9,1% пацієнтів. При цьому встановлено, що у хворих на ІМ з постійною формою ФП, в порівнянні з пацієнтами без тривалої аритмії, частота госпіталізації протягом наступних 6 місяців після коронаротромбозу з приводу гострого коронарного синдрому була достовірно вищою (18,2% проти 2,8%, $p=0,004$).

Висновок. У хворих на гострий інфаркт міокарда, який виник на фоні постійної форми фібриляції передсердь у порівнянні з групою пацієнтів, у яких дана аритмія розвинулась під час інфаркту міокарда встановлено достовірно вищу госпітальну смертність ($p=0,042$) та збільшення частоти госпіталізації з приводу гострого коронарного синдрому протягом 6-ти місяців спостереження ($p=0,004$). **Перспективи подальших досліджень.** Виявлене погіршення прогнозу у хворих на інфаркт міокарда з постійною формою фібриляції передсердь потребує подальшого удосконалення програм антитромботичної та антиаритмічної терапії.

*Швед М.І., Сусла О.Б., Водвуд В.К.,
Ястремська І.О., Ковальська М.П.*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Розвиток систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) у післяінфарктному періоді зумовлений структурно-функціональними перетвореннями міокарда, змінами його геометрії. Відомо, що стать пацієнта є істотним і незалежним прогностичним фактором, що визначає розвиток і виразність хронічної серцевої недостатності (ХСН) внаслідок ремоделювання серця.

Мета: дослідити гендерні особливості ремоделювання ЛШ у хворих з постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали і методи. В дослідження включено 26 чоловіків та 26 жінок віком понад 60 років із ішемічною кардіоміопатією, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ) ЛШ, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ». У 73% обстежених хворих виявили супутню артеріальну гіпертензію та у 62% ХСН II функціональний клас. Діагноз верифікували згідно відповідних рекомендацій експертів Асоціації кардіологів України та критеріями ESC/ACCF/АНА/WHF (2012). У дослідження не залучали хворих із тяжкою супутньою патологією органів дихання, травлення, нирок та осіб з онкологічними захворюваннями і цукровим діабетом. Усім хворим проводили загальноклінічні та інструментальні обстеження. Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою у М-режимі. Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою пакета статистичних програм «Statistica 8.0» (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel-2007. Вираховували значення середнього арифметичного (\bar{X}), стандартного відхилення (σ); середні значення парних груп порівнювали за допомогою t-тесту Стьюдента. Відмінності вважали статистично значимими при $p < 0,05$.

Результати і обговорення. Гендерний аналіз параметрів структурно-функціональних показників ЛШ у хворих, що перенесли інфаркт міокарда, свідчить про суттєві відмінності процесів ремоделювання серця у чоловіків та жінок.

Показники ЕхоКГ у хворих із ішемічною кардіоміопатією в залежності від статі

Показник	Чоловіки (n=26)		Жінки (n=26)		p
	X	σ	X	σ	
1	2	3	4	5	6
Зріст, см	174,3	5,4	161,5	6,3	0,0001
Площа тіла, см ²	1,9	0,1	1,7	0,1	0,0001
КДР, см	5,7	0,8	4,7	0,5	0,0001
КСР, см	3,9	1,1	3,1	0,4	0,0002
КДО, мл	171,2	49,2	120,5	26,7	0,0002
КСО, мл	83,4	54,8	41,8	16,7	0,001
ФВ ЛШ, %	50,5	15,1	60,5	8,8	0,005
ММЛШ, мг	237,3	60,1	184,6	40,1	0,002
ІММЛШ, г/м ²	122,2	28,3	101,2	22,3	0,02
ЛП, мм	4,5	0,5	4,0	0,2	0,002

Як видно з даних, наведених в таблиці, у чоловіків та жінок значно відрізнялись середньостатистичні геометричні та механічні показники ЛШ та розміри ЛП з відповідними порушеннями їх функціонального стану та можливостей. У чоловіків з постінфарктним кардіосклерозом порівняно з жінками виявлено вірогідне збільшення розмірів ЛШ та ЛП, одночасно у них були достовірно більш високі значення КДР, КСР, що супроводжувалось суттєвим зниженням ФВ, яка була вищою у жінок. Гіпертрофія міокарда ЛШ, яку визначали за ММЛШ та ІММЛШ мала більш виразний характер у чоловіків, що свідчить про процеси ремоделювання міокарда у них за гіпертрофічним типом.

Висновок. Прогностично несприятливими факторами, що підвищують ризик розвитку ремоделювання ЛШ є чоловіча стать та перенесений ІМ ЛШ в анамнезі.

Перспектива подальших досліджень: виявлені відмінності в процесах ремоделювання серця між жінками та чоловіками, які перенесли ІМ ЛШ, потребують розробки відповідного алгоритму обстеження та лікування в залежності від статі.

Швед М.І., Ястремська І.О.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

*Кафедра невідкладної і екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність теми. Серцево-судинні захворювання(ССЗ) є основною причиною смерті в популяції, викликаючи 51% всіх випадків смерті серед жінок і 42% - серед чоловіків. Ризик ССЗ серед жінок, як правило, недооцінюється із-за думки про те, що естрогени захищають їх серцево-судинну систему від атеросклеротичного ураження. Дефіцит статевих гормонів у постменопаузі у жінок негативно впливає на метаболізм ліпідів, глюкози, судинний тонус, процеси коагуляції та фібринолізу. Як результат, ці фактори роблять жінок більш уразливими до серцевого нападу, серцевої недостатності та раптової серцевої смерті в постменопаузі.

Мета роботи – дослідити гендерні відмінності процесів гемокоагуляції у хворих на інфаркт міокарда.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 46 пацієнтів з гострим ІМ, які перебували на стаціонарному лікуванні в ПІТ кардіологічного відділення КЗ ТОР «ТУЛ»: 26 хворих жіночої статі, що склали дослідну групу та 20 – чоловічої статі- контрольна група. Середній вік хворих склав $66,9 \pm 11,2$ років. Усім пацієнтам проводили стандартну медикаментозну терапію згідно протоколу МОЗ з обов'язковим використанням антитромботичних засобів, які включали два антитромбоцитарні препарати та прямий антикоагулянт. З дослідження були виключені хворі, яким проводили тромболізис. Динаміку перебігу хвороби оцінювали за змінами параметрів : клініко-анамнестичних, лабораторних(ЗАК, біохімічний аналіз крові, коагулограма, тропонін Т, МВ фракція КФК) та інструментальних (ЕКГ, пульсоксиметрія, ехокардіографія) даних. Показники гемокоагуляції(кількість фібриногену, протромбіновий час, протромбіновий індекс, АЧТЧ) визначали в день госпіталізації (в перші 24 год. від появи больового синдрому) і через 7 днів лікування. Статистичну обробку кількісних даних проводили за допомогою комп'ютерної програми «Statistika 10».

Результати і обговорення. У 75% пацієнтів дослідної групи у вихідному стані виявлено гіперкоагуляцію, що проявилось збільшенням концентрації фібриногену(понад 4,4 г/л) та зменшенням АЧТЧ(<30с). У 80% хворих контрольної групи також виявлено гіперкоагуляцію за параметрами змін таких показників як: збільшення вмісту фібриногену(понад 4,4г/л), зменшенням АЧТЧ(<30с), збільшенням протромбінового індексу(понад 105%). Через 7 днів після проведення подвійної антитромбоцитарної терапії (ацетилсаліциловою кислотою в дозі 100мг/добу та клопідогрелем в дозі 75 мг/добу) та прямого антикоагулянта (еноксапарину по 0,8 МО/добу двічі),спостерігалися наступні зміни гемокоагуляції : у дослідній групі жінок у 40% залишались ознаки гіперкоагуляції крові, у 30% розвинулась гіпокоагуляція і ще у 30% випадків показники гемокоагуляції досягали норми. В той же час, у контрольній групі у 20% виявлено ознаки гіперкоагуляції крові, у 30%-гіпокоагуляції,у 50%- досягали рівноваги в системі коагуляції. Таким чином встановлено,що у жінок хворих на ІМ, в процесі проведення стандартної(протокольної) антикоагулянтної та антиагрегантної терапії, нормо- та гіпокоагуляційного стану досягнуто лише в 60% пацієток, а в 40% хворих очікуваного клінічного ефекту від даної терапії не отримано. Крім того виявлено, що у хворих на ІМ чоловічої статі стандартна антитромботична терапія виявилася значно ефективнішою,ніж у жінок($\leq 0,02$).

Висновок:

1. Виявлено гендерну різницю в процесах гемокоагуляції у хворих на інфаркт міокарда, що проявилася нижчою толерантністю до стандартної(протокольної) антикоагулянтної та антиагрегантної терапії, про що свідчили наявність гіперкоагуляції крові у 40% жінок після лікування, у той час як у чоловіків – 20%.

2. У жінок у постменопаузі, хворих на гострий коронарний синдром(ГКС) спостерігаються ознаки гіперкоагуляції крові та значно більш виражені зміни внутрішньосудинного фібриноутворення, що обґрунтовує вибір програми антиагрегантної та антикоагулянтної терапії.

Перспективи подальших досліджень. Необхідне подальше вивчення системи гемостазу з урахуванням гендерних особливостей.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АЗИЛСАРТАНУ
МЕДОКСОМІДУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОЄДНАНУ З ХРОНІЧНИМИ
ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем, що обумовлено її провідним місцем у структурі загальної захворюваності та смертності. В Україні кількість пацієнтів з АГ складає понад 12 млн., що становить близько 30% дорослого населення країни.

Підвищення АТ спостерігається при різних патологічних станах, зокрема при захворюваннях бронхолегеневої системи. Значну частину таких пацієнтів складають хворі на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ). За даними ВООЗ до 2020 р. ХОЗЛ посяде 5-те місце у структурі захворюваності і 3-тє – смертності. Відомо, що АГ у хворих на ХОЗЛ складає в середньому 34,4%. Поєднання цих патологій є прогностично несприятливим внаслідок їх взаємного патогенетичного обтяження, раннього розвитку хронічного легеневого серця та інших ускладнень. Тому пошук лікарських засобів, які проявляли би значну клінічну ефективність у таких пацієнтів є необхідним і актуальним.

Метою наших досліджень було вивчення клінічної ефективності азилсартану медоксомілу у хворих на АГ поєднану з ХОЗЛ.

Нами було обстежено 24 пацієнти, що знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозом ХОЗЛ. З них 8 (33,3%) жінок та 16 (66,7%) чоловік. Середній вік хворих становив (52, 4 ± 14,8) років. Результати лікування оцінювалися за динамікою клінічного стану пацієнтів, а також усім хворим було проведено визначення рівня калію в сироватці крові, вимірювання АТ та спірометрію (ОФВ₁%). Структурно-функціональний стан серця оцінювали за даними УЗД серця з визначенням товщини задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ), міжшлуночкової перегородки (МШП), фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ). Дослідження проводились до початку і через 12 тижнів після лікування. Всі хворі отримували базисну терапію ХОЗЛ, до якої додавали препарат азилсартану медоксоміл у дозі 40 мг 1 раз на добу, за відсутністю ефекту протягом 14 діб дозу відповідно підвищували до 80 мг. Терапію рахували ефективною при досягненні АТ менше 140/90 мм рт ст.

Нами встановлено, що 21 пацієнт (87,5%) скаржився на головні болі, 18 (75,0%) – на головокружіння, 22 (91,7%) – на кардіалгії, 22 (91,7%) – на задишку при незначному фізичному навантаженні, 20 (83,3%) – малопродуктивний кашель, 15 (62,5%) – відчуття стиснення в грудній клітці. Після проведення базисної комплексної терапії клінічний стан усіх обстежуваних покращився, тобто спостерігалася позитивна динаміка. Середній рівень систолічного АТ становив $(165 \pm 10,2)$ мм.рт.ст., а діастолічного – $(96,5 \pm 11,4)$ мм.рт.ст. Після застосування азилсартану медоксомілу цільового рівня було досягнуто у 21 хворого, або у 87,5% пацієнтів з АГ поєднаної з ХОЗЛ. За даними спірометрії виявлено, що середні значення ОФВ₁ до лікування становили $(42,8 \pm 2,5\%)$, а після – $(69,4 \pm 3,5\%)$. Важливо відмітити, що у пацієнтів з підвищеним АТ показники ОФВ₁ виражали більш виражену бронхіальну обструкцію. Цікавим є те, що рівень калію у сироватці крові у пацієнтів з АГ становив $(3,2 \pm 0,34)$ ммоль/л. Це може свідчити про нирковий механізм формування АГ при ХОЗЛ та високу активність РААС, що веде до підвищеної екскреції калію з організму.

У пацієнтів з АГ поєднану з ХОЗЛ до лікування спостерігалася більша товщина ЗСЛШ та МШП, а також ФВЛШ, тоді як після застосування азилсартану медоксомілу ці параметри покращувались.

Таким чином, нами встановлено, що ефективне лікування АГ, шляхом включення до нього азилсартану медоксомілу, на фоні базисної терапії ХОЗЛ, дозволить у більшій мірі полегшити перебіг двох супутніх захворювань, досягнути цільового рівня АТ, продовжити тривалість ремісії ХОЗЛ та покращити прогноз у таких пацієнтів.

*Ястремська І.О., Ковальська М.П., Водвуд В.К., Гурський В.Т.,
Ковбаса Н.М., Бенів М.Я., Павлік О.Л.*

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ КАРДІОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

*кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смерті та інвалідності в більшості країн світу. Найчастішою причиною летального наслідку є гострий коронарний синдром (ГКС), при якому швидко розвиваються структурно-функціональні порушення серця, що може бути своєрідним гемодинамічним шоком для нирок. На сьогоднішній день залишаються невирішеними проблеми патогенетичних механізмів розвитку та корекції дисфункції нирок у хворих з ГКС.

Тому **мета** дослідження: встановити особливості виникнення та клінічних проявів ранніх порушень функцій нирок у пацієнтів з різними видами гострого коронарного синдрому – зі зміщенням сегменту ST та без його елевації.

Матеріали і методи. У дослідну групу увійшло 90 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ПІТ кардіологічного відділення КЗ ТОР «ТУЛ»: з них у 47 осіб діагностували прогресуючу стенокардію або ІМ без Q та у 43 осіб з Q-інфарктом міокарда. Контрольну групу склали 35 пацієнтів зі стабільною стенокардією II-IIIФК. Середній вік хворих становив $63,5 \pm 10,32$ років, переважали чоловіки (79%). Пацієнти дослідної та контрольної груп були співставлені за статтю, віком та антропометричними даними.

Всім пацієнтам проводили стандартне медикаментозне лікування згідно протоколу МОЗ України. З дослідження виключені хворі з хронічною патологією нирок, цукровим діабетом, вродженими вадами видільної системи. Під час дослідження використовували клініко-анамнестичні, лабораторні (тропонін Т, МВ-креатинфосфокіназа, креатинін, сечовина) та інструментальні (ЕКГ, трансторакальна ЕхоКГ) методи дослідження. Функціональний стан нирок оцінювали за рівнем креатиніну та сечовини сироватки крові, мікро- макропротеїнуриєю та

ШКФ [Cockcroft DW, Gault MN, 1976]. Статистична обробка кількісних даних проводилася за допомогою комп'ютерної програми Statistica 10.

Результати і обговорення. В 23% пацієнтів дослідної групи з прогресуючою стенокардією або ІМ без Q спостерігалось порушення азотовидільної та фільтраційної функції нирок у вигляді: мікро- або макропротеїнурії, підвищення креатиніну ($138 \pm 4,3$ ммоль/л), сечовини ($10,39 \pm 1,82$) та зниження ШКФ ($72 \pm 3,73$ мл/хв). В 37% осіб дослідної групи з Q-інфарктом міокарда виявлено наступні порушення: мікро- або макропротеїнурія, підвищення креатиніну ($171 \pm 8,7$ ммоль/л), сечовини ($13,23 \pm 3,15$), зниження ШКФ ($56 \pm 9,32$ мл/хв).

У 89% пацієнтів контрольної групи у вихідному стані показники функції нирок відповідали нормі. В решти 11% хворих на стабільну стенокардію спостерігали нефрологічні порушення у вигляді мікро- або макропротеїнурії. При цьому в жодному випадку не виявлено порушень азотовидільної та фільтраційної функції нирок. ШКФ у них становила $108 \pm 9,2$ мл/хв.

Варто зазначити, що в 13% пацієнтів дослідної групи з прогресуючою стенокардією або ІМ без Q та з порушеннями азотовидільної та фільтраційної функції нирок розвивалися ускладнення: порушення серцевого ритму (16%), коливання артеріального тиску (35%), а у хворих з Q-інфарктом міокарда - порушення серцевого ритму діагностували в 27%, гостру серцеву недостатність у 18% і коливання артеріального тиску у 55%.

Після проведеного стандартного лікування згідно протоколів МОЗ, досліджувані показники функції нирок покращилися у 90% хворих дослідної групи з прогресуючою стенокардією або ІМ без Q та у 55% пацієнтів дослідної групи з Q-інфарктом міокарда.

Висновок: ГКС з розвитком Q-інфарктом міокарда супроводжується кардіоренальним синдромом у 25% хворих, а при прогресуючій стенокардії або ІМ без Q у 13% осіб і протікає на фоні більш частого виникнення гострої серцевої недостатності, порушення серцевого ритму та змін артеріального тиску.

Перспектива подальших досліджень: виявлені зміни функціонального стану нирок у хворих на ГКС вимагають розробки методів удосконалення протоколу щодо корекції даної патології у таких осіб.

КОРОТКІ НОТАТКИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЧОГО ЛІКАРЯ КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА 2016 Р. ЩОДО ВВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Переклад та основні положення рекомендацій підготували проф. Швед М.І., к.м.н. Липовецька С.Й.

Практичні рекомендації використання інгібіторів ангіотензин перетворюючого ферменту (ІАПФ) або антагоністів рецепторів ангіотензину II (АРА II) у пацієнтів на серцеву недостатність (СН) із зниженою систолічною функцією

Чому?
Зменшити симптоми, збільшити фізичну спроможність, знизити ризик госпіталізацій з приводу СН і покращити виживання
Кому і коли ?
Покази: 1. Практично усі пацієнти із СН і фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) < 40% 2. Терапія першої лінії у пацієнтів з СН (NYHA II-IV клас), розпочата якомога раніше 3. Є переваги у асимптомних пацієнтів із систолічною дисфункцією (NYHA I клас)
Протипокази: 1. Ангіоневротичний набряк в анамнезі 2. Білатеральний стеноз ниркових артерій 3. Вагітність 4. Алергічні реакції / інші побічні дії
Застереження: 1. Значна гіперкаліємія (> 5 ммоль/л) 2. Значна ренальна дисфункція (креатинін > 221 ммоль/л або швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) < 30 мл/хв./1.73 м ²) 3. Симптомна важка гіпотензія (САТ < 90 мм рт.ст) 4. Медикаментозні взаємодії, за якими потрібно слідкувати: <ul style="list-style-type: none"> ● К + добавки (К зберігаючі діуретики (амілорид, тріамтерен) ● Антагоністи альдостерону ● Інгібітори реніну* ● НСПЗ** ● Трімезопрім / трімезопрім сульфаметоксазол ● Низькосольові добавки з високим вмістом калію
Які ІАПФ і які дози?
<ul style="list-style-type: none"> ● Каптоприл (початкова доза 6,25 мг, цільова – 50 мг) ● Еналаприл (початкова доза 2,5 мг, цільова – 20 мг)

<ul style="list-style-type: none"> ● Лізіноприл (початкова доза 2,5-5,0 мг, цільова – 20-35 мг) ● Раміприл (початкова доза 2,5 мг, цільова – 10 мг) ● Трандалоприл (початкова доза 0,5 мг, цільова – 4 мг)
Де?
<ul style="list-style-type: none"> ● У стабільних пацієнтів амбулаторно ● У пацієнтів госпіталізованих з приводу прогресування СН (після стабілізації, зняття застою рідини, досягнення еуволемії (бажано перед випискою))
Як використовувати?
<ul style="list-style-type: none"> ● Визначити ниркову функцію і електроліти ● Починати з низьких доз ● Подвоювати дозу через 2 тижні. Більш швидке титрування дози можна проводити в стаціонарі або у пацієнтів, які добре монітуються ● Досягати цільових доз ● Моніторинг біохімії крові (сечовина, креатинін, калій) через 1-2 тижні від початку лікування і через 1-2 тижні після досягнення цільової дози ● Монітування показників крові кожні 4 місяці ● Добре зважити усі фактори перед тим, як відмінити терапію ІАПФ/АРА II
Вирішення проблем
<p>Асимтомна гіпотензія</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Не потребує втручання <p>Симптомна гіпотензія</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Легке головокружіння/ головний біль є звичними і проходять з часом ● Переглянути потребу у нітратах, антагоністах кальцію і інших вазодилататорах, зменшити їхні дози або припинити прийом*** ● Якщо немає симптомів застою рідини, зменшити дозу діуретиків <p>Кашель</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Кашель є звичним для пацієнтів із СН, багато з них мають захворювання легень, пов'язані з курінням ● Кашель є симптомом застою рідини в легенях, який потрібно виключити, коли нове погіршення з кашлем виникає ● Кашель, асоційований з прийомом ІАПФ, не завжди вимагає відміни лікування ● Коли кашель стає виснажливим і для нього немає інших причин, перейти на прийом АРА II
<p>* Інгібітори реніну не рекомендовані хворим на СН</p> <p>** Уникати тривалого застосування НСПЗ</p> <p>*** Антагоністи кальцію потрібно відмінити, ділтіазем та верапаміл є потенційно шкідливими у пацієнтів на СН із зниженою ФВ через негативну інотропну дію</p>

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ВИКОРИСТАННЯ БЕТА БЛОКАТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ НА СН ІЗ ЗНИЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ

Чому?
Зменшити симптоми, знизити ризик госпіталізацій з приводу СН і покращити виживання
Кому і коли ?
Покази: <ol style="list-style-type: none"> 1. Практично усі пацієнти із стабільно легкою і середньої важкості СН (ФВ ЛШ < 40%) 2. Терапія першої лінії разом з ІАПФ і антагоністами рецепторів мінералокортикостероїдів у пацієнтів із стабільною СН, розпочата якомога раніше 3. Пацієнти на важку СН теж мають переваги у лікуванні бета блокаторами під ретельним контролем спеціалістами
Протипокази
<ol style="list-style-type: none"> 1. AV блокада II або III ст. (при відсутності постійної електростимуляції) 2. Критична ішемія нижніх кінцівок 3. Бронхіальна астма (відносний протипоказ): кардіоселективні бета блокатори можуть застосовуватись під наглядом лікаря. ХОЗЛ не є протипоказом. 4. Відомі алергічні реакції (медикаментозно специфічні)
Застереження
<ol style="list-style-type: none"> 1. Важна СН (IV клас NYHA) 2. Недавнє загострення СН з порушенням провідності або ЧСС < 50 3. Значні ознаки застою рідини, гіпотензії (САТ < 90 мм рт ст), підвищення тиску в яремних венах, виражені периферичні набряки. При досягненні еуволемії розпочати терапію бета блокаторами 4. Медикаментозні взаємодії (через ризик брадикардії/ AV блокади) <ul style="list-style-type: none"> • Верапаміл • Дігосин • Амiodарон • Івабрадин
Які бета блокатори і які дози
<ul style="list-style-type: none"> • Бісопролол (початкова доза 1,25 мг, цільова – 10 мг) • Карведілол (початкова доза 3,125 мг, цільова – 25 мг) • Метапрололу сукцинат (CR/XL) (початкова доза 12,5-25 мг, цільова – 200 мг) • Небіволол (початкова доза 1,25 мг, цільова – 10 мг)
Де?
<ol style="list-style-type: none"> 1. У стабільних пацієнтів амбулаторно 2. У пацієнтів, госпіталізованих із загостренням СН – після стабілізації, зняття симптомів застою рідини і досягнення еуволемії (ідеально перед випискою)

Як використовувати?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Починати із низьких доз у стабільних умовах 2. Подвоювати дозу з інтервалом 2 тижні (більш повільніше титрування може бути необхідним у певних пацієнтів) 3. Досягнення цільових доз або максимально толерантних для пацієнтів 4. Моніторинг ЧСС, АТ, клінічного статусу (особливо ознак застою рідини, маси тіла) 5. Безперервне навчання пацієнтів
Вирішення проблем
<p>Погіршення симптомів (збільшення задишки, загальної слабості, набряків, втрата маси тіла)</p> <ul style="list-style-type: none"> • При збільшенні ознак застою рідини – збільшити дозу діуретиків або зменшити на половину дозу бета блокаторів (якщо збільшення дози діуретиків неефективне) • При наростанні загальної слабості (або при брадикардії) – зменшити на половину дозу бета блокаторів • При значному погіршенні- зменшити на половину дозу бета блокаторів або призупинити прийом (рідко необхідно) <p>Низька ЧСС</p> <ul style="list-style-type: none"> • При зниженні ЧСС < 50 і погіршенні симптомів, зменшити дозу на половину, при важких порушеннях – припинити прийом • Переглянути необхідність інших препаратів, що сповільнюють ЧСС (дігосин, аміодарон, ділтіазем або верапаміл) • ЕКГ моніторинг для виключення АВ блокади <p>Асимптомна гіпотензія</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не вимагає зміни лікування <p>Симптомна гіпотензія</p> <ul style="list-style-type: none"> • Переглянути потребу у нітратах, антагоністах кальцію і інших вазодилататорах, зменшити їхні дози або припинити прийом • Якщо немає симптомів застою рідини, зменшити дозу діуретиків
<p>Поради пацієнту</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терапія направлена на попередження прогресування СН, збільшення виживання • Значне покращення розвивається повільно, інколи настає через 3-6 місяців безперервного прийому • Тимчасове погіршення може наступати на початку лікування і на етапах титрування • Пацієнти повинні моніторувати свій стан, регулярно зважуватись, при збільшенні маси тіла >1,5-2 кг/день – збільшувати дозу діуретиків

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ВИКОРИСТАННЯ АНТАГОНІСТІВ РЕЦЕПТОРІВ МІНЕРАЛОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ НА СН ІЗ ЗНИЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ

Чому?
Зменшити симптоми, знизити ризик госпіталізацій з приводу СН і покращити виживання
Кому і коли ?
Покази 1. Практично усі пацієнти з персистуючими симптомами (НУНА клас II-IV) і ФВ ЛШ $\leq 35\%$ незважаючи на лікування ІАПФ (АРА II) і бета блокаторами
Протипокази Алергічні реакції
Застереження 1. Значна гіперкаліємія > 5 ммоль/л 2. Значна ренальна дисфункція (креатинін > 221 ммоль/л або ШКФ < 30 мл/хв./ 1.73 м ²) 3. Медикаментозні взаємодії <ul style="list-style-type: none"> • К + добавки (К зберігаючі діуретики (амілорид, триамтерен) • ІАПФ, АРА II, інгібітори реніну • НСПЗ • Трімезопрім / трімезопрім сульфаметоксазол • Низькосольові добавки з високим вмістом калію • Сильні СУРЗА4 інгібітори (кетоконазол, ітраконазол, нефазодон, кларитроміцин, рітонавір, нелфінавір при використанні еплеренону)
Які препарати і які дози? <ul style="list-style-type: none"> • Еплеренон (початкова доза 25 мг, цільова – 50 мг) • Спіронолактон (початкова доза 25 мг, цільова – 50 мг)
Де? Амбулаторно або в лікарні
Як використовувати? <ul style="list-style-type: none"> • Провірити функцію нирок і електроліти • Починати з малих доз • Титрування дози через 4-8 тижнів • Моніторинг біохімії крові на 1 і 4 тижні після початку лікування і під час збільшення дози на 8 і 12 тижнях, 6, 9 і 12 місяцях, а потім кожних наступних 4 місяці • Якщо калій зростає $> 5,5$ ммоль/л або креатинін піднімається до 221 ммоль/л – зменшити дозу на половину і ретельно моніторувати біохімію крові • Якщо калій зростає $> 6,0$ ммоль/л або креатинін піднімається > 310 ммоль/л – зупинити лікування
Вирішення проблем
Погіршення реальної функції/гіперкаліємія <ul style="list-style-type: none"> • Ризик гіперкаліємії є у пацієнтів, що приймають дігосин • Уникати прийому інших калійзберігаючих препаратів (амілорид, триамтерен) і нефротоксичних (НСПЗ) • Ризик гіперкаліємії є більший у пацієнтів, які отримують ІАПФ і АРА II разом. Потрійне застосування цих препаратів недопустиме • Низькосольові добавки містять багато калію • У чоловіків є ризик розвитку гінекомастії при прийомі спіронолактону, бажано перейти на еплеренон

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ВИКОРИСТАННЯ ДІУРЕТИКІВ У ПАЦІЄНТІВ НА СН

Чому?
Для зменшення задишки і набряків у пацієнтів із симптомами застою рідини в організмі
Кому і коли?
Покази: 1. Потенційно усі пацієнти із симптомами застійної СН незалежно від ФВ ЛШ 2. Діуретики слід завжди застосовувати разом з ІАПФ (АРА II), бета блокаторами та антагонстами рецепторів мінералокортикостероїдів до зникнення ознак затримки рідини 3. Тіазидні діуретики можна застосовувати у пацієнтів зі збереженою функцією нирок і легкими симптомами застою. Однак більшість пацієнтів потребують призначення петльових діуретиків (або їх комбінації з тіазидними діуретиками) через важкість симптомів СН та постійне прогресуюче порушення функції нирок.
Протипокази: 1. Пацієнти без ознак застою рідини 2. Відома алергічна реакція на препарат
Застереження 1. Значна гіпокаліємія $\leq 3,5$ ммоль/л – може поглибитися під впливом діуретиків 2. Значна дисфункція нирок (креатинін > 221 ммоль/л або ШКФ < 30 мл/хв./ 1.73 м ²) – може погіршитися під впливом діуретиків, або пацієнт може не відповідати на діуретичну терапію (особливо при прийомі тіазидних діуретиків) 3. Симптомна або виражена асимптомна гіпотензія (САТ ≤ 90 мм рт. ст.) – може поглибитися внаслідок гіповолемії, зумовленої діуретичною терапією 4. Взаємодії з іншими ліками <ul style="list-style-type: none"> • Поєднання з ІАПФ (АРА II) або інгібіторами реніну – ризик розвитку гіпотензії • Поєднання з іншими діуретиками – ризик розвитку гіповолемії, гіпотензії, гіпокаліємії та ураження нирок • НСПЗ можуть зменшувати ефекти діуретиків
Які діуретики і в яких добових дозах?
<p>Петльові</p> <ul style="list-style-type: none"> • Фуросемід (початкова доза 20-40 мг, цільова – 40-240 мг) • Буметанід (початкова доза 0.5-1,0 мг, цільова – 1-5 мг) • Торасемід (початкова доза 5-10 мг, цільова – 10-20 мг) <p>Тіазидні</p> <ul style="list-style-type: none"> • Бендрофлуметіазид (початкова доза 2,5 мг, цільова – 2,5-10 мг) • Гідрохлортіазид (початкова доза 25 мг, цільова – 12,5-100 мг) • Метолазон (початкова доза 2,5 мг, цільова – 2,5-10 мг) <p>Нетіазидні сульфонаміди</p> <ul style="list-style-type: none"> • Індапамід (початкова доза 25 мг, цільова – 2.5- 5.0 мг)
Де?
В амбулаторних умовах
Як застосовувати?
<ul style="list-style-type: none"> • Перевірити функцію нирок та електроліти • Починати з низьких доз, але достатньо ефективних для досягнення позитивного діурезу із зниженням маси тіла на 0,75-1.0 кг на добу • Корекція дози відповідно до ступеня вираження симптомів та ознак застою, АТ і функції нирок. Застосовувати мінімальну дозу для підтримки еуволемії – «сухої маси» пацієнта • Відповідно до стану пацієнта може виникнути потреба у збільшенні чи зменшенні дози (надмірний діурез більш небезпечний, ніж набряки)

- Моніторинг біохімії крові через 1-2 тижні після початку і при титруванні дози (сечовина, азот, креатинін, калій)

Вирішення проблем

Асимптомна гіпотензія

- Зменшити дозу, якщо немає симптомів затримки рідини

Симптомна гіпотензія

- При запамороченні – зменшити дозу, якщо немає симптомів затримки рідини
- Переглянути потребу в нітратах, антагоністах кальцію та інших вазодилататорах

Гіпокаліємія/ гіпомагнійемія

- Збільшити дозу ІАПФ/АРА II
- Додати антагоністи рецепторів альдостерону, калієві та магнієві добавки

Гіпонатрійемія

Внаслідок дефіциту об'єму:

- Відмінити тіазидний діуретик або перевести пацієнта на петльовий діуретик
- Зменшити дозу або відмінити петльовий діуретик

Внаслідок перевантаження об'ємом:

- Обмежити споживання рідини
- Збільшити дозу петльового діуретика
- Розглянути можливість використання антагоніста вазопресинових V2-рецепторів (толваптан)
- Призначити в/в інотропну підтримку
- Розглянути можливість застосування ультрафільтрації

Гіперурикемія/ подагра

- Розглянути можливість профілактичного застосування алопуринолу
- При симптомній подагрі – колхіцин для полегшення болю
- Уникати призначення НСПЗ

Гіповолемія / дегідратація

- Оцінити волемічний стан, при потребі зменшити дозу діуретика

Недостатня відповідь на діуретичну терапію

- Моніторинг пацієнта в плані виконання лікарських призначень і кількості вживання рідини
- Збільшити дозу діуретика
- Перейти з фуросеміду на буметанід чи торасемід
- Додати антагоністи рецепторів мінералокортикостероїдів або збільшити їхню дозу
- Комбінувати петльовий діуретик з тіазидним або з метолазоном
- Призначати петльовий діуретик двічі (або більше) на добу або натще
- В/в діуретик
- Ультрафільтрація

Ураження нирок (підвищення креатиніну, сечовини)

- Моніторинг гіповолемії/дегідратації
- Виключити нефротоксичні медикаменти (НСПЗ, триметоприм)
- Утриматись від антагоністів рецепторів мінералокортикостероїдів
- При одночасному прийомі петльового і тіазидних діуретиків, відмінити тіазидний
- Зменшити дозу ІАПФ/АРА II
- Розглянути можливість гемодіалізу/ гемофільтрації

**МАРКЕРИ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗУ
У ПАЦІЄНТІВ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ**

Демографічні дані	Старший вік, чоловіча стать, низький соціально-економічний статус
Важкість СН	Вищий NYHA клас, довша тривалість СН, зменшене пікове споживання кисню, дихання Чейн-Стокса, коротка відстань по 6-хв тесту, знижена м'язова сила, низька якість життя
Клінічний статус	Висока ригідна ЧСС, низький АТ, клінічні дані за перевантаження рідиною (двобічний легеневий застій, перефіричні набряки, яремна венозна дилатація, гепатомегалія), клінічні дані за переферичну гіперфузію, зниження маси тіла, кваліть
Ремодуляція міокарда і важка дисфункція	Низька ФВ ЛШ, дилатація ЛШ, важка діастолічна дисфункція ЛШ, високий тиск наповнення ЛШ, мітральна регургітція, аортальний стеноз, гіпертрофія ЛШ, дилатція ЛП, дисфункція ПШ, легенева гіпертензія, диссинхронія, зони гіпо/акінезу, широкі QRS комплекси, передбачуване запалення або інфільтрація на МРТ, індукована ішемія
Біомаркери нейрогормональної активації	Гіпонатрійемія, високий натрій-уретичний пептид, висока активність реніну в плазмі, високий рівень альдостерону і катехоламінів, ендотеліну 1, адреномедуліну, вазопресину
Інші біомаркери	Маркери ренальної функції, некрозу міокарда, прозапальні, колагенові, метаболічні, маркери органної дисфункції
Генетичне тестування	Успадковані мутації, що асоціюються із високим ризиком раптової серцевої смерті або швидкого прогресування СН
Кардіальна коморбідність	Фібриляція передсердь, шлуночкові аритмії, нереваскуляризована ІХС, ТІА, інсульт, периферичний атеросклероз
Некардіальна коморбідність	Діабет, анемія, залізодефіцит, ХОЗЛ, ниркова, печінкова недостатність, апное сну, когнітивні порушення, депресія
Недотримання рекомендацій	По лікуванню СН
Клінічні події	СН госпіталізація, реанімована РСС, розряди імплантованого кардіовертера дефібрилятора

ТИПОВІ ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ І КОМОРБІДНОСТІ, АСОЦІЙОВАНІ ІЗ СН ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Похилий вік
Артеріальна гіпертензія
Фібриляція передсердь
Жіноча стать
Ниркова дисфункція
Метаболічний синдром
Ожиріння
Погіршення фізичного стану
Легеневі захворювання (ХОЗЛ)
Легенева гіпертензія
Апное в сні

ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ ДЛЯ ОСОБЛИВИХ ПРИЧИН СН ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФВ

Генетичне тестування (для АТТР амілоїдозу і гіпертрофічної КМП)
Бенс-Джонс протеїнурія (AL-амілоїдоз)
99 m Tc –DPD сцинтиграфія (дикий тип транстеринового амілоїдозу)
Еозинофілія, ІЛ-2 рецептори, АПФ (саркоїдоз)
Нs тропонін, КФК, КФК МВ (міокардит)
Borellia burgdorferi Ig M (бореліоз)
ВІЛ (СНІД) серологія (ВІЛ КМП)
Trypanosoma cruzi serology (хвороба Чагаса)
Сироватковий ферритин, генетичне тестування (гемохроматоз)
Альфа галактозидазна активність в лейкоцитах (хвороба Фабрі)
Еозинофілія (ендоміокардит Лефлера)

*Із повною версією рекомендацій можна ознайомитись за посиланням:
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921/2016-ESC-Guidelines-for-the-diagnosis-and>*

Література:

1. Filippatos G, Khan SS, Ambrosy AP etc. International REgistry to assess medical Practice with lOngitudinal obseRvation for Treatment of Heart Failure (REPORT-HF): rationale for and design of a global registry // Eur J Heart Fail 2015, 17: 527–533
2. McMurray JJJ V. Improving outcomes in heart failure: a personal perspective. Eur Heart J 2015; 36: 3467 – 3470
3. Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). The survival of patients with heart failure with preserved or reduced left ventricular

ejection fraction: an individual patient data meta-analysis. *Eur Heart J.*- 2012; 33: 1750 – 1757

4. Kelly JP, Mentz RJ, Mebazaa A etc. Patient selection in heart failure with preserved ejection fraction clinical trials. *J Am Coll Cardiol* 2015; 65: 1668 – 1682

5. Fukuta H, Goto T, Wakami K, Ohte N. Effects of drug and exercise intervention on functional capacity and quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: 78 – 85.

ЗМІСТ

ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ	3
<i>Багній Л.В., Багній Н.І., Стельмах О.Є., Корда І.В., Зарічанська Х.В., Альперін Л.</i>	
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ВУЗЛУВАТОЇ ФІБРОМІОМИ МАТКИ	22
<i>Боднарюк О.І., Андрієць О.А.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ СЕЧІ ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ, ЩО СФОРМУВАВСЯ У ПАЦІЄНТОК НА ТЛІ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ	23
<i>Георгіяни М.А.¹, Крутько Є.М.², Юрченко О.М.²</i>	
НАЛЕЖНИЙ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВИШКРІБАНЬ ПОРОЖНИНИ МАТКИ	25
<i>Геряк С.М., Гуменна І.Є.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	27
<i>Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Базян І.Г., Петренко Н.В., Збіглей О.С.</i>	
ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ВОГНИЩА ІНФЕКЦІЇ	28
<i>Голяновський О.В., Будченко М.А.</i>	
ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	31
<i>Голяновський О.В., Стецюк К.В.</i>	
ПРОФІЛАКТИКА І ТЕРАПІЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ	33
<i>Горб-Гаврильченко І.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОВАРІОЕКТОМІЇ	34
<i>Добрянська В.Ю., Геряк С.М., Куценко І.В., Корда І.В., Петренко Н.В., Хіночик В.М.</i>	
ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ГРУП ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ	36

Дола Л.Л., Генік Н.І., Кінаш Н.М.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА НА ФОНІ ТРОМБОФІЛІЇ	38
Зарічанська Х.В., Багній Л.В.	
ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ.....	39
Козак Х.В.	
МЕНЕДЖМЕНТ ЖІНОК З ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	40
Корда І.В., Ніжніченко О.С., Геряк С.М., Стельмах О.Є., Багній Л.В.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИЯВЛЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ З ПРОВЕДЕННЯМ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ОГЛЯДІВ.....	41
Корнієнко В.Г., Гроховська М.В.	
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК ПОКАЗНИК СТРЕСОРНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ.....	43
Корчинська О.А., Корчинський Б.М.	
РОЛЬ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	45
Крутько Е.Н., Пилипенко С.А.	
ВОЗМОЖНОСТИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С РАСШИРЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ В ОНКОЛОГИИ.	46
Крутько Е.Н., Середенко В.Г.	
ВЛИЯНИЕ ПРЕИНФУЗИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	47
Лабівка О., Добрянська В., Геряк С., Сітовська О.	
КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗУ ПІХВИ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	48
Лимар Н.А., Лимар Л.Є.	
РОЛЬ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЛЮДИНИ (ПВЛ) У РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ	50

<i>Лимар Л.Є., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Кучма З.М., Лимар Н.А.</i>	ОЛІГОМЕНОРЕЯ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ: ПРОБЛЕМИ СЬОГОДНІШНІ ТА ВІДДАЛЕНІ	52
<i>Литвин Н.В., Геник Н.І.</i>	ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РАННІХ ВТРАТ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ВКЛЮЧЕНИХ В ПРОГРАМУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	53
<i>Мазур Ю.Ю.</i>	РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ.....	55
<i>Маланчин І.М., Маланчук Л.М., Лимар Л.Є., Романчук Л.І., Кучма З.М.</i>	ПРОФІЛАКТИКА ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ.....	57
<i>Маланчук Л.М., Мартинюк В.М., Кучма З.М.</i>	СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЮ МАСТОПАТІЄЮ	58
<i>Місюра А.Г.</i>	МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ СУПРОВІД ЮНИХ ПЕРВІСТОК	60
<i>Назаренко Л.Г., Недорезова К.М.</i>	МОЖЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПІДХОДУ В ВИБОРІ ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБУ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ В АНАМНЕЗІ.....	62
<i>Ошуркевич О.Є.</i>	ЗАСТОСУВАННЯ ТЕОРІЇ МІШЕЛЯ ОДЕНА У ВІТЧИЗНЯНІЙ АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ.....	63
<i>Петренко Н.В., Геряк С.М., Кривенко В.В., Стельмах О.Є.</i>	ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНОСТІ ПРИ НОРМАЛЬНОМУ ЇЇ ПЕРЕБІГУ ТА СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ	65
<i>Продан А.М., Дживак В.Г.</i>	БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	67

Романенко Т.Г., Чайка О.І.	
ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	68
Слободян Ю.В., Голяновський В.О.	
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ	70
Сопель В.В., Сопель О.В., Скальська О.Л., Юхим І.Б.	
ВПЛИВ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНОК.....	72
Срібна В.О.	
ПЕРЕДЧАСНА НЕДОСТАТНІСТЬ ЯЄЧНИКІВ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ І НОВІ ПІДХОДИ ЩОДО КОРЕКЦІЇ....	73
Стельмах О.Є., Багній Н.І., Корда І.В., Петренко Н.В., Багній Л.В.	
ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ КЛІМАКТЕРІЮ НЕГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ	74
Ткаченко р.О., Петриченко В.В.	
ВПЛИВ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ НА РОДІЛЛЮ ТА ПЛІД ПІД ЧАС КЕСАРЕВА РОЗТИНУ	76
Тучкіна І.О., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В.	
ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ВАГІТНИХ ПРИ АКТИВАЦІЇ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ	79
Фейта Ю.Р.	
ІННОВАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ	81
Хіночик В.М., Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Багній Н.І.	
ВПЛИВ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ	82
Чорненька Г.М., Корда І.В., Багній Н.І.	
ОЦІНКА РЕПРОДУКТИВНОСТІ ЖІНОК ІЗ ВТОРИННОЮ ФОРМОЮ НЕПЛІДДЯ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	85
Шурняк С.О.	
КОМОРБІДНІСТЬ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я	87

**ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ..... 89**

*Андрейчин С.М., Бількевич Н.А., Чернець Т.Ю., Бугай Б.Г.,
Верещагіна Н.Я., Руда М.М., Кавецька Н.А., Ярема Н.З.,
Ганьбергер І.І., Кучер С.В., Лихацька В.О., Кузів П.П.*

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ
ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В ОЦІНЦІ ПЕРЕБІГУ
НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ..... 90

Бабінець Л.С., Маєвська Т.Г.

ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ТА
ЕНДОТОКСИКОЗ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ І
ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ 91

Бабінець Л.С., Мельник Н.А., Бондар С.Я.

СТАН ПОКАЗНИКІВ КАЛІКРЕЇН-КІНІНОВІ СИСТЕМИ У
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ ІЗ
СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ..... 93

Бойко Т.В.

ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ
ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНІТ 94

Даньків Л.В., Білозецький І.І.

ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА ЗМІН
ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З
НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ 95

Захарчук У.М., Бабінець Л.С.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 96

Іванків Я.І., Олещук О.М., Голик І.В., Сов'як І.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕЛАТОНІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ
ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ 97

Іванків Я.І., Олещук О.М., Гулько Н.Я., Ремезюк О.М.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА MTNR1B У
ФАРМАКОЛОГІЧНІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ
МЕЛАТОНІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2
ТИПУ 98

Кіцак Я.М.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РІЗНІЙ ТРИВАЛОСТІ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ..... 100

Копейкін О.В.

ЧАСТКА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ХІРУРГІЇ ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЕКСТРЕННОЇ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ..... 102

Корильчук Н.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ХРОМУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ У ЖІНОК..... 103

Кучер С.В., Андрейчин С.М., Мудра У.О

ЗМІНИ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ЕНТЕРОСОРБЕНТОМ ЕНТЕРОСГЕЛЬ 104

Левицька Л.В., Бенів М.Я., Ковбаса Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА..... 106

Левицька Л.В., Муц О.С., Качанюк І.А., Головач Н.А., Федоренко Г.А.

ЧИННИКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДРУГОГО ТИПУ 109

Липовецька С.Й., Гриценко І.Й.

МАРКЕРИ АРИТМОГЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ 110

Ляхович р.М.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕННОЇ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПОТЕРПІЛИМ З КАТЕГОРІЇ «ЗАВАНТАЖУЙ ТА ВЕЗИ»..... 112

Макарчук Н.Р.

ДИНАМІКА ОЗНАК НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ПРИ
ЗАСТОСУВАННІ КЕЛТІКАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ... 114

**Марущак М.І., Михайлів Л.М., Дзига С.В., Бакалець О.В.,
Заєць Т.А.**

КОРЕЛЯЦІЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА
СОНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З
АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ..... 116

Мартинюк Л.П.

ПОЛІМОРФІЗМ LPR5 ТА PPAR γ ГЕНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД
СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ 117

Михайлів Л.М., Швед М.І.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕБЮТУ ПОДАГРИЧНОГО
АРТРИТУ 118

Медвідь І.І., Бабінець Л.С, Сивирин І.О., Дуць р.П.

ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ
ПОРУШЕНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ..... 120

Прокопович О.А.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО
РИТМУ У ХВОРИХ НА ЛАЙМБОРЕЛІОЗ З ВКЛЮЧЕННЯМ
КОМБІНОВАНИХ АНТИОКСИДАНТІВ..... 121

**Самогальська О.Є., Лобанець Н.В., Марків І.М., Тюріна В.Ф.,
Мерецька І.В.**

ПРОГНОЗУВАННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД УСКЛАДНЕНЬ
АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ..... 123

**Сміян С.І., Боднар р.Я., Лепяк А.А., Квасніцька О.С.,
Боднар Л.П., Сиваківський М.А.**

ЧАСТОТА ПОЛІМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУГЛОБІВ..... 125

Сміян С.І., Кошак Б.О., Слаба У.С., Коморовський р.Р.

СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО
РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ
СПОНДИЛОАРТРИТ. 127

Сміян С.І., Франчук М.В., Мігенько Л.М., Лихацька Г.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ МАГНІЮ ОРОТАТУ В ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПОДАГРІ.....	128
Сусла О.Б., Левицький А.В., Літовкіна З.І., Сусла Г.Б., Водвуд В.К.	
СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНИЙ ГЕМОСТАЗ І КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК.....	129
Урбанович А.М., Урбанович М.О.	
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ВМІСТІ ЛЕПТИНУ ТА РЕЗСТИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ.....	131
Швед М.І., Киричок І.Б., Припхан Б.В., Волобуєва А.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІО НАПРУГИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЙОДОДЕФІЦИТНИХ РЕГІОНАХ.....	133
Швед М.І., Ковальська М.П., Ковальський Д.В.	
ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ НА ПЕРЕБІГ СУПУТНЬОЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	134
Швед М.І., Левицька Л.В., Бенів М.Я., Киричок І.Б., Левицький І.Б., Павлов В.Т., Цуглевич Л.В.	
ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	136
Швед М.І., Левицька Л.В., Киричок І.Б., Цуглевич Л.В.	
ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ	138
Швед М.І., Прокопович О.А.	
РОЛЬ РАНЬОГО ПРИЗНАЧЕННЯ КОМБІНОВАНИХ АНТИГІПОКСАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ.....	141

- Швед М.І., Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М, Бенів М.Я, Жупник Т.І.**
РИЗИК ГОСПІТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ У ХВОРИХ НА
ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ..... 143
- Швед М.І., Сусла О.Б., Водвуд В.К., Ястремська І.О.,
Ковальська М.П.**
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО
ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ
МІОКАРДА..... 145
- Швед М.І., Ястремська І.О.**
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ
НА ІНФАРКТ МІОКАРДА 147
- Шманько В.В., Шманько О.В.**
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АЗИЛСАРТАНУ
МЕДОКСОМІДУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОСДНАНУ З ХРОНІЧНИМИ
ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ 149
- Ястремська І.О., Ковальська М.П., Водвуд В.К., Гурський В.Т.,
Ковбаса Н.М., Бенів М.Я., Павлік О.Л.**
РИЗИК ВИНИКНЕННЯ КАРДІОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У
ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ 151

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ
ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

2 березня 2017 року

**ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ**

3 березня 2017 року

Підписано до друку 24.02.2017.
Формат 60x 84/16. Гарнітура Times New Roman.
Папір офсетний 70 г/м². Друк електрографічний.
Умов.-друк. арк. 9,88. Обл.-вид. арк. 8,58
Тираж 300 примірників. Замовлення № 02/17/26-1.

Видавець та виготувач:
ФОП Осадца Ю.В
м. Тернопіль, вул. Винниченка, 9/7
тел. (0352) 40-08-12, (0352) 40-00-63, (097) 988-53-23



*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до державного
реєстру видавців, виготівників і
розповсюджувачів видавничої продукції
серія ТР № 46 від 07*