

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***

03-04 березня 2016 року

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

24-25 березня 2016 року

**Тернопіль
2016**

Редакційна колегія:

проф. Корда М.М.
проф. Швед М.І.
проф. Геряк С.М.
проф. Сміян С.І.
проф. Мартинюк Л.П.

ЗМІСТ

ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ 10

Басюга І.О.

МІКСТ-ІНФЕКЦІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ, ЯКА УСКЛАДНЕНА МАЛОВОДДЯМ, ТА ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ 10

Войтович М.О., Скибчик В.А.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ 11

Галишич Н.М.

ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПАЦІЄНТОК НА ТЛІ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ 12

Геник Н.І., Гінчицька Л.В., Левицький І.В., Нейко О.В., Курташ Н.Я.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КЛІМАКТЕРІЇ У ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ ТА ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ОВАРІОЕКТОМІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ 14

Геник Н.І., Ласитчук О.М., Лана В.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ РОБОТИ ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ 16

Гончаренко Г.Ю.

АДЕНОМІОЗ І ПАТОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІЇ В ПОСТМЕНОПАУЗІ 17

Горб-Гаврильченко І.В.

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ОВАРІОЕКТОМІЇ 18

Пеліна О.Н.,

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПРОТЯГОМ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2015-2016 рр. 20

Колеснікова О.В., Яресько М.В.

РОЛЬ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА - 634 G/C (RS2010963) ГЕНА ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ В ФОРМУВАННІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ..... 22

Купчак І.М., Генік Н.І., Кіндратів Е.О.

ГОРМОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ ЕНДОЦЕРВІКОЗУ У ЖІНОК, ЩО НЕ НАРОДЖУВАЛИ 23

Литвиненко Вера

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СО СТЕПЕНЬЮ КОМПЕНСАЦИИ СД 2 ТИПА..... 24

Ліснянська І.С., Салижін Т.І.

Етіологічна залежність рецидивуючого перебігу хронічного пієлонефриту 25

Лоскутова Т.О.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ, ОБУМОВЛЕНОЇ ТРОМБОФІЛІЄЮ..... 26

Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Нізалова Т.Г., Тян О.В.

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ..... 27

Макаренко М.М., Говсєєв Д.О., Гулам Расул Я.М., Мартинова Л.І., Протас Р.В.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ. ДІАГНОСТИКА, ВЕДЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ..... 29

Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Протас Р.В., Денисенко Н.М.,

ЗАСТОСУВАННЯ НАКЛАДАННЯ ШВА НА ШИЙКУ МАТКИ У ЛІКУВАННІ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ТЕРМІНІ ПІСЛЯ 26 ТИЖНІВ ВАГІТНОСТІ..... 31

Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Нізалова Т.Г., Попель О.К.

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ДОНАЦІЄЮ ООЦИТІВ..... 33

Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Сиса О.В., Нізалова Т.Г.	
ВИВЧЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН МАТКОВИХ ТРУБ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ РОЗВИТОК ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ	34
Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Гнатюк В.В., Мартинова Л.І., Тян О.В.	
ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	36
Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Сокол І.В., Тян О.В.	
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГОРМОНІВ, ЯК КРИТЕРІЇВ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	37
Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Сиса О.М., Денисенко Н.М., Митринюк Н.Ф.	
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ЕПІЛЕПСІЄЮ	39
Маринчина І.М., Камінська У.А.	
СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ	40
Мацєгора Н.А., Лекан О.Я., Голубенко М.Ю., Смоквін В.Д., Леоненко-Бродецька О.М., Смольська І.М., Бабуріна О.А.	
ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ, СПРЯМОВАНИЙ НА СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	42
Narols'ka A.I., Zadorozhna T.D., Gorban N.E., Kondratyuk V.K., Pustovalova O.I.	
FEATURES OF CERVIX EPITHELIAL DYSPLASTIC LESIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH UTERINE LEIOMYOMA	43
Посохова К.А., Олещук О.М., Шевчук О.О., Матюк Л.М.	
АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ ВАГІТНОСТІ	45
Постєвка І.Д.	
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕПЛОВОГО ПОТОКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У СКРИНІНГУ ЇЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	46
Сиса О.М., Берєстовий В.О., Баришнікова О.П.	
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ. ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	47

Ситнікова В.О., Гончаренко Г.Ю.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОМІОЗУ В
ПОСТМЕНОПАУЗІ 47

**Тучкіна І.А., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В.,
Благовещенський Р.Є., Осовський І.К.**

МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ В
ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ 48

Тучкіна І.А., Вигівська Л.А., Меренкова І.М., Арсентьева А.В.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ШИЙКОВОЇ
ВАГІТНОСТІ 49

Chubei G., Trohimovych O., Stamboli L.

THE STATE OF SYSTEMIC AND LOCAL IMMUNITY IN
WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA IN CONCOMITANT OF
INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS 50

**ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ 53**

Боднар Р.Я., Боднар Л.П., Сиваківський М.А.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ
В ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД
НАЯВНОСТІ АСОЦІАЦІЇ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ 53

Бойко Т.В.

ГЕТЕРОГЕННІСТЬ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ
НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАЛЕННЯ
ЗАЛЕЖНО ВІД ЧИННИКІВ РИЗИКУ 54

**Вишиванюк В.Ю., Яцишин Р.І., Шаповал О.А., Скробач Н.В.,
Бабенко О.І., Петрина В.О., Балан У.В., Романів О.П.**

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ
ХВОРОБИ 55

Волошин О.І., Доголіч О.І., Волошина Л.О.

ОЗДОРОВЧЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ В
ПРОФІЛАКТИЦІ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ТА
ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ 56

Волошин О.І., Доголіч О.І.

ПОДАГРА І КОМОРБІДНІ ЯВИЩА: ВПЛИВ НА РІВНІ
КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ 59

Волошина Л.О., Глащук Т.О.	
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З КОМОРБІДНИМИ ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	61
Купновицька І.Г., Губіна Н.В., Кутинська І.П., Белегай Р.І., Клименко В.І.	
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ КАТЕХОЛАМІНІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	63
Кучер С. В., Легка І. В., Олексяк О. І.	
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ	64
Кучер С. В., Олексяк О. І., Легка І. В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ В РОЗПАЛ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ БРОНХООБСТРУКЦІЇ.....	66
Левицька Лариса, Бенів Мар'яна, Дмитерко Уляна, Іванків Лідія, Левицька Соломія, Панасюк Марія, Сивик Марта, Хім'як Юлія	
ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	68
Липовецька С.Й., Гриценко М.С., Гриценко І.Й.	
СИНДРОМОМ СЛАБОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	69
Лихацька Г.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕКСІЛАНТУ ТА ЛАКТІАЛЕ	71
Мартинюк Л.П., Макарчук Н.Р., Сояк І.В.	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ	72
Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.	
ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	73
Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.	
ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	74

Мокра А.П.	
ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧНІ	ВІДНОШЕННЯ
ЕКЗОКРИННИХ ПАНКРЕАТОЦИТІВ ПРИ ГІПЕРТЕНЗІЇ У	
МАЛОМУ КОЛІ КРОВООБІГУ	75
Т.О. Паламар, Р.Р. Коморовський, О.К., Дзюжинська, Я.В. Чорна	
ПРОФІЛЬ РИЗИКУ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У	
ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТРОФІЧНОЮ	
КАРДІОМІОПАТІЄЮ	76
Поворознюк В.В., Мартинюк Л.П., Бистрицька М.А.,	
Дзерович Н.І.	
МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИН В ЖІНОК	
КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ	
ПЕРІОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА.....	77
Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М., Прокопович О.А., Чорна Я.В.,	
Стефанишин О.В.	
РИЗИК ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ І ГЕМОРАГІЧНИХ	
УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ	
НА ІНФАРКТ МІОКАРДА	78
Ружицька О.О., Філюк А.А.	
ГІПЕРУРИКЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ	
НИРОК ВД СТАДІЇ	79
Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М., Дзюжинська О.К., Чорна Я.В.,	
Бенів М.Я.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ІНФАРКТ	
МІОКАРДА З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	80
Сусла О.Б., Т.О. Мильнікова, С.В. Данилів	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АРГІНІНУ	
ГЛУТАМАТУ І МЕЛЬДОНІЮ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ	
ПРОГРЕСУВАННЯ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У	
ХВОРИХ ІЗ НЕДІАЛІЗНОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
НИРОК.....	81
Швед М.І., Гурський В.Т., Дзюжинська О.К., Чорна Я.В.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ	
ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ	
НИРОК.....	83

*Швед Микола, Левицька Лариса, Дмитерко Уляна,
Левицький Ігор, Павлов Валерій*

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КАРОТИДНО-СТЕГНОВОГО ІНДЕКСУ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ..... 84

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

СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА..... 85

Швед М.І., Бенів М.Я., Левицька Л.В.

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ШКАЛИ GRACE У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА 86

Швед М.І., Михайлів Л.М., Зоря Л.В., Гурик О.О., Кіцак Я.М.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА АРТРОСОНОГРАФІЧНУ КАРТИНУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ... 87

Швед М.І., Михайлів Л.М., Джус М.Я.

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕБЮТУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ 88

*Швед М.І., Припхан І.Б., Прокопович О.А., Кіцак Я.М.,
Дзюжинська О.К., Зубанюк В.М., Мончак Г.В.*

КОРЕКЦІЯ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ 90

*Швед М.І., Прокопович О.А., Сидоренко О.Л., Михайлів Л.М.,
Припхан І.Б., Чорна Я.В., Качанюк І.А., Ковбаса Н.М.*

ВИБІР АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІХС ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕЧІНКИ 91

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАДИ РЕАНІМАЦІЇ
(ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ 2015 РОКУ)..... 93**

ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

Басюга І.О.

*кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

МІКСТ-ІНФЕКЦІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ, ЯКА УСКЛАДНЕНА МАЛОВОДДЯМ, ТА ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Провідна роль внутрішньоутробних інфекцій серед причин несприятливих перинатальних результатів визначила характер всебічного вивчення цієї проблеми. Наявність у вагітної жінки осередку інфекції завжди є чинником ризику для розвитку патологічних станів плоду, інфекційних захворювань, плацентарної дисфункції та маловоддя, мертвонародження, невиношування, вроджених вад та ін.. Інфікування плода, яке у більшості випадків є результатом висхідного проникнення патогенних штамів стрептокока, колоній мікроорганізмів, уреа- та мікоплазм, як правило клінічно не проявляються. Потрапляння інфікованих навколоплідних вод при аспірації плодом призводить до мертвонародження, вродженої пневмонії, сепсису. Безпосередньо під час пологів є ризику інфікування плоду проходячи черезпологові шляхи матері. Незважаючи на те, що у більшості немовлят, інфікованих під час пологів (шкіра, слизові), клінічні симптоми майже відсутні в перші години після народження. Інфекції сечостатевої системи спостерігаються приблизно у 2-4% вагітностей. Смертельні випадки серед вагітних жінок, інфікованих патогенними стрептококами, колонізованими штами мікроорганізмів, уреа- та мікоплазмами є надзвичайною рідкістю. Метою нашого дослідження було вивчення стану біоценозу піхви у вагітних жінок із встановленим маловоддям. Нами були проведені обстеження 60 вагітних жінок в терміні вагітності 28-34 тижні, у яких було діагностовано маловоддя. При цьому виконувався забір виділень із цервікального каналу за допомогою стерильної ватної палички та урогенітального зонду. Діагностика проводилась на живильних середовищах Columbia-агар, Slidex Strepto Plus B агар та тест-систем на виявлення міко- та уреаплазм французької компанії Biomegix. Патогенні штами мікроорганізмів виділено у 31 жінки, зокрема стрептококів групи В у 7 жінок (22.5%), уреаплазм у 23 жінок (74.2%) та мікоплазм у 6 жінок (19.3%). Наявність стрептококів групи В визначали у новонароджених в першу добу життя, досліджуючи вміст вушної раковини. Із 7 випадків інфікування

патогенним стрептококом групи В при вагітності, лише у одного новонародженого було виявлено досліджуваний патоген, що склало 3.2%. В результаті проведеного дослідження можна зробити висновок про доцільність вчасного виявлення патогенних мікроорганізмів у пологових шляхах вагітних з метою лікування та профілактики порушень біоценозу піхви та запобіганню інфікуванню новонароджених.

УДК 616.12-009.72-06:616.379-008.65:616-056.52]-056.5-055.2

Войтович М.О.,
*Комунальна міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги
м. Львова*

Скибчик В.А.
*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ

Численні дослідження демонструють, що високий рівень адипонектину незалежно асоціюється з низьким ризиком розвитку гострого коронарного синдрому (ГКС), а гіпоадипонектинемія може сприяти дестабілізації атеросклеротичної бляшки. Гіперлептинемія вважається одним з чинників, що сприяють розвитку атеросклеротичних пошкоджень судин й асоційованих з ними захворювань серцево-судинної системи. За даними експериментальних досліджень було встановлено, що резистин підсилює процеси ішемічного пошкодження міокарда за ГКС та сприяє прогресуванню серцевої недостатності.

Мета дослідження: показати вираженість змін гормонів жирової тканини (адипонектину, лептину та резистину) у жінок хворих на нестабільну стенокардію (НС) з супутнім цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) та ожирінням (Ож).

Матеріал і методи. Проведено обстеження 46 жінок віком від 50 до 65 років (середній вік $56 \pm 4,3$ роки) хворих на НС, ЦД 2-го типу (HbA1c від 8 до 9 ммоль/л), з середньою тривалістю ЦД ($8,38 \pm 1,5$ роки) та ожирінням II ступеня (ІМТ - $36 \pm 1,2$ кг/м²). Усі хворі були поділені на групи: 1-ша група – 15 хворих на НС, 2-га група – 15 хворих на НС з супутнім ЦД 2-го типу, 3-тя група – 16 хворих на НС в поєднанні з ЦД 2-го типу та Ож.

Контрольну групу склали 15 практично здорових жінок відповідного віку. Рівень адипонектину, лептину, резистину в плазмі крові було визначено імуноферментним методом з використанням набору фірми «BioVendor»(Німеччина). Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. При аналізі отриманих даних виявили достовірне зниження рівня адипонектину у всіх трьох групах хворих з НС порівняно з контролем ($P < 0,05$). Зокрема, у пацієнтів 1-ої групи рівень адипонектину становив $(6,76 \pm 0,34)$; 2-ої – $(6,36 \pm 0,62)$; 3-ої – $(5,1 \pm 0,56)$ мкг/мл. Рівень адипонектину виявився мінімальним у 3-ій групі, і був суттєво зниженим, ніж у 2-ій та 1-ій групах ($P < 0,05$ в обох випадках). Отже, наявність Ож у жінок з НС та ЦД 2-го типу має достовірно значущий вплив на виразність гіпоадипонектинемії. Результати дослідження показали, що рівень лептину крові пацієток з НС, ЦД 2 типу та Ож становить (в 1-ій групі – $(9,42 \pm 0,84)$; в 2-ій – $(11,24 \pm 0,92)$; в 3-ій – $(12,59 \pm 0,42)$ нг/мл, $P < 0,05$ у всіх випадках). Рівень лептину виявився достовірно вищим у 3-ій групі, порівняно з такими показниками у 2-ій та 1-ій групах ($P < 0,05$ в обох випадках). Дослідження рівня резистину показали, що у всіх трьох групах він був достовірно вищим. Так, у 3-ій групі він становив $(23,4 \pm 0,85)$; у 2-ій групі – $(20,6 \pm 0,62)$; в 1-ій – $(18,4 \pm 0,51)$ нг/мл, ($P < 0,05$). Рівень резистину виявився достовірно вищим у 3-ій групі, порівняно з показниками у 2-ій та 1-ій групах відповідно ($P < 0,05$ в обох випадках).

Висновки. У хворих жінок усіх груп з НС визначались достовірні різнопланові зміни показників гормонів жирової тканини, а саме відбувалося зниження рівня адипонектину та підвищення рівнів лептину і резистину. Особливо вони були виражені у пацієток з НС у поєднанні з ЦД 2-го типу та ожиріння II ступеня. Характер змін показників гормонів жирової тканини може бути використаний для визначення прогностичного перебігу НС.

Галишич Н.М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПАЦІЄТОК НА ТЛІ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Вступ. Серед основної патології репродуктивної системи в останні роки істотне місце займає дисфункція яєчників (ДЯ), головними

причинами розвитку різних варіантів якої є патологія пубертатного періоду, запальні зміни органів малого тазу, супутня соматична патологія. Фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) є частою патологією, що зустрічається серед жінок репродуктивного віку і причиною цього є початкові дисгормональні порушення пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини та ін.

Не дивлячись на наявні наукові публікації з проблем дисфункції яєчників і фіброзно-кістозного ушкодження молочних залоз зокрема, наукові дослідження, які стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, що свідчить про актуальність даної проблеми.

Мета роботи: підвищення ефективності діагностики дисфункції яєчників у поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією молочних залоз.

Методи дослідження: клінічні, ехографія, мамографія та ендокринологічне обстеження.

Результати дослідження. Для з'ясування стану молочних залоз у жінок репродуктивного віку (18-40 років) з ДЯ, було обстежено 350 жінок. У 153 (76,1%) осіб була діагностована дифузна форма ФКМ; солітарна кіста у 17 (8,5%); інволютивні зміни - у 15 (7,5%); вузлова форма мастопатії, фіброаденома - у 13 (6,5%). Пацієнтки, у яких були діагностовані вузлові форми ФКМ, фіброаденоми, солітарні кісти були направлені для подальшого лікування і спостереження в онколога-маммолога (згідно протоколів МОЗ України). Більшість обстежених перебували в середньому і пізньому репродуктивному віці (34,0% і 37,9%) в порівнянні з віковими категоріями 18-23 (5,9%) і 24-29 років (22,2%), середній вік склав ($32,3 \pm 3,8$) років. Основні клінічні скарги – порушення менструальної функції у вигляді альго- (65,4%) і олігоменореї (54,2%), масталгія (94,1%), збільшення об'єму молочних залоз в передменструальний період (98,0%). Поєднання ДЯ і дифузної мастопатії розвивалося на тлі високої частоти супутньої генітальної (хронічний сальпінгофорит - 51,0%; лейоміома матки - 20,3%; ендометріоз - 17,6% і синдром полікістозних яєчників - 11,8%) і екстрагенітальної (супутнє ожиріння - 46,4%; вегето-судинна дистонія і гіпертонічна хвороба - 34,0%; захворювання гепатобіліарної системи - 21,6% і патологія щитовидної залози - 11,8%) патології. Сумарна частота доброякісної патології молочних залоз у пацієнток з ДЯ складала 57,4%, в її структурі переважала дифузна форма ФКМ (76,1%) в порівнянні з солітарними кістами (8,5%); інволютивними змінами (7,5%); вузловою формою мастопатії, фіброаденомою (6,5%). Основні ехографічні і мамографічні зміни молочних залоз при їх дифузній мастопатії на тлі ДЯ характеризувалися такими варіантами: переважання кістозного (24,2%); фіброзного (18,9%); залозистого (22,9%) компонентів і змішана форма у

34,0% випадків. Частота інформативності рентгенмамографії та УЗД складала 96,1%.

Ендокринологічні зміни при поєднанні ДЯ і дифузної мастопатії носили різний характер: гіперпролактинемія у поєднанні зі зниженням лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів, прогестерону і естрадіолу (41,2%); підвищення лютеїнізуючого гормону, пролактину і тестостерону (11,8%); гіперандрогенія на тлі зниження прогестерону (26,1%); зміна коенцентрації тиреотропного гормону, трийодтироніну, тироксину (31,4%), підвищений рівень тиреотропного гормону (29,4%) і зниження концентрації трийодтироніну і тироксину (26,8%).

Висновки: Ефективність удосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів склала 72,8% і залежала від форми дифузної ФКМ: при переважанні залозистого (81,6%); кістозного (79,4%); фіброзного компонента (55,2%) випадків, при змішаному типі - 75,0% випадків.

*Геник Н.І., Гінчицька Л.В., Левицький І.В.,
Нейко О.В., Курташ Н.Я.*

*кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КЛІМАКТЕРІЮ У ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ ТА ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ОВАРІОЕКТОМІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ.

Проблема клімактерію вже на протязі багатьох десятиліть приваблює увагу не лише гінекологів, але і урологів, кардіологів, психіатрів і лікарів інших спеціальностей. Це пов'язано із системними ускладненнями дефіциту естрогенів в результаті поступового згасання гормональної функції яєчників. Наслідком дефіциту естрогенів в менопаузі, а інколи в пременопаузі є розвиток різноманітних клінічних проявів у вигляді хворобливих станів. Часто вони носять яскраво виражений характер, що слугує основою для виділення їх в окрему нозологічну форму – клімактеричний синдром (КС). Хірургічне виключення функції яєчників призводить до розвитку постоваріоектомічного синдрому (ПОС), який проявляється нейровегетативним (НВС), психоемоційним (ПЕС) і обмінно-ендокринним (ОЕС) симптомокомплексами. Все вище перераховане порушує як психічний, так і фізичний стан жінок, що веде до значного зниження якості життя.

Проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнок із фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії, з метою визначення клінічної симптоматики та оцінки ефективності проведеного лікування. Обстежено 2 групи жінок: I група - 20 жінок з фізіологічною менопаузою: Ia - основна, з лікувальною метою отримували негормональні препарати (Менопейс) протягом трьох місяців, 1 капсула на добу, Ib - порівняння - симптоматичне лікування; II група - 20 жінок після тотальної оваріоектомії: IIa - основна, які з лікувальною метою отримували негормональні препарати (Менопейс) протягом трьох місяців, 1 капсула на добу, IIб - порівняння - ЗГТ.

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 та хірургічній менопаузі впродовж трьох місяців, була вивчена за допомогою модифікованого менопаузального індексу (ММІ) за Є.В. Уваровою.

Дані, отримані при дослідженні, демонструють, що у жінок основної групи з фізіологічною менопаузою на фоні застосування Менопейсу спостерігається зменшення симптомів НВС. Впродовж трьох місяців лікування з'являються пацієнтки із відсутністю клінічних проявів (20,0%) та зменшення кількості жінок з середнім (з 70,0% до 10,0%) і відсутність високого ступеня тяжкості перебігу синдрому за рахунок збільшення пацієнок із слабким ступенем (з 20,0% до 70,0%). Таким чином, відсоток середнього і високого ступеня тяжкості зменшився на 60,0% і 10,0% 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 50,0% до 60,0%) та середнім (з 20,0% до 30,0%) ступенем тяжкості перебігу синдрому і незмінним високим. У жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії після запропонованого лікування зменшується важкість перебігу даного синдрому. Так, в Ia групі в 10,0% випадків спостерігався тяжкий клінічний перебіг фізіологічної менопаузи, а через три місяці застосування негормонального препарату зменшився до 0%, що співставимо із застосуванням ЗГТ IIб групи (з 20,0% до 0%). На 70,0% у Ia групі та на 20,0% у IIa групі збільшилася кількість жінок із легким ступенем менопаузального синдрому.

Це вказує на високу ефективність застосування запропонованого негормонального препарату, як альтернативного та високоефективного методу терапії проявів менопаузи.

*Геник Н.І., Ласитчук О.М., Лана В.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового*

ОПТИМІЗАЦІЯ РОБОТИ ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Міжнародний підхід «безпечна вагітність та пологи» з кожним роком все ширше впроваджується в роботу акушерських стаціонарів, підвищується якість надання перинатальної допомоги. Використання інформаційних технологій, розробка нових клінічних протоколів, які базуються на світових принципах доказової медицини, вдосконалення організаційної роботи системи охорони здоров'я спрямовані на покращення надання медичної допомоги вагітним та немовлятам, поліпшення репродуктивного здоров'я населення, зниження рівня материнської захворюваності та смертності. Особливе значення має післядипломна підготовка та вдосконалення фахового рівня лікарів. Проведення науково-практичних конференцій, пленумів та з'їздів акушер-гінекологів, щорічний аналіз роботи відділень пологових будинків сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було порівняти та проаналізувати основні показники роботи пологового відділення за останні два роки, оцінити ефективність впровадження сучасних протоколів в клінічну практику.

Зокрема, аналізуючи роботу пологового стаціонару м. Івано-Франківська за 2015 рік, слід зауважити наступні моменти: спостерігається тенденція до зменшення загальної кількості пологів порівняно з 2014 роком (на 5 %), що, ймовірно, пов'язано з соціально-економічною нестабільністю в країні. Відсотки партнерських і сімейних пологів практично не змінилися і складають відповідно 82 % та 10,5 % від загальної кількості пологів. Допомога при передчасних пологах надається в обласному перинатальному центрі, тому в міському пологовому будинку вони складають тільки 1 %. Досить часто (13,6 %) пологи проходять на фоні передчасного розриву плодових оболонок. Загалом, фізіологічний перебіг пологів спостерігався в 67 % жінок. В 2015 році проведено 402 операції кесаревого розтину, що склало 24,6 %, з яких 68 % становили планові втручання, а 32 % – ургентні. Найпоширенішими показами до кесаревого розтину були неповноцінний рубець на матці – 26 %, дистрес плода – 13,2 %, сідничне передлежання – 9,8 %, пологостимуляція без ефекту – 8,6 %; рідше – передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, функціонально вузький таз, симфізит, пізні гестози та екстрагенітальна патологія. В 20 випадках (1,2 %) пологи були

завершені шляхом накладання акушерських щипців з приводу дистресу плода, що підтверджено записом кардіотокограми. В минулому році зріс відсоток вакуум-екстракцій плода на 1,8 %, що веде до зниження травматизації роділлі та новонародженого.

Пріоритетним напрямком роботи пологового відділення є профілактика, своєчасна діагностика та кваліфіковане лікування акушерських кровотеч, оскільки вони займають одне з перших місць в структурі причин материнської смертності. Завдяки впровадженню в практику клінічного протоколу №205 МОЗ України від 24.03.14 року, активному веденню III періоду пологів, поетапному використанню методів зупинки кровотеч, застосуванню сучасних утеротоніків, ретельному спостереженню за станом жінки в ранньому післяпологовому періоді, ранньому прикладанні новонародженого до грудей вдалося знизити частоту кровотеч до 0,4 % в 2015 році, що на пів відсотка менше, ніж в 2014 році. Найбільш частою причиною виникнення післяпологових кровотеч була гіпотонія матки у жінок з багатоводдям, великим плодом, багатоплідній вагітності, особливо при поєднанні цих станів та частіше у повторно народжуючих жінок. Пологи двійнею склали 1,7 %, великим плодом – 2,5 %.

Завдяки злагодженій праці акушер-гінекологів, неонатологів та анестезіологів у наданні допомоги жінкам, вдалося знизити показники перинатальної смертності з 7,1 ‰ в 2014 році до 4,2 ‰ в 2015 році, антенатальної смертності з 5,5 ‰ до 2,1 ‰ відповідно, не було інтранатальних втрат. За два роки не спостерігалось токсикосептичних захворювань серед матерів та немовлят, відсутня материнська смертність.

Отже, необхідно в подальшому спрямовувати свої зусилля на організацію надання кваліфікованої медичної допомоги, аналізувати показники своєї роботи, імплементувати сучасні протоколи в клінічну практику, вдосконалювати професійну майстерність для досягнення кінцевої мети – покращення якості та безпеки медичної допомоги.

*Гончаренко Г.Ю.
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

АДЕНОМІОЗ І ПАТОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІЮ В ПОСТМЕНОПАУЗІ

В структурі гінекологічних захворювань ендометріоз займає третє місце після запальних процесів та лейоміоми матки. У 70-80% ендометріоз представлений аденоміозом.

Метою роботи є дослідження клініко-морфологічних особливостей аденоміозу у поєднанні з патологічними процесами в ендометрії у жінок в постменопаузі.

Вивчено історії хвороб 30 жінок. Критеріями відбору хворих слугували встановлений клінічний діагноз аденоміозу і період постменопаузи. В залежності від вираженості основних клінічних проявів (больовий синдром і метрорагія), характерних для аденоміозу. Всі обстежені були розділені на дві групи: 1-у склали 13 пацієток з клінічно активним аденоміозом, 2-у - 17 хворих з клінічно неактивним аденоміозом. Тривалість захворювання з моменту появи перших симптомів до госпіталізації становила при активному ендометріозі 1-5 років, при неактивному - 6-10 років. Дослідження репродуктивного анамнезу не виявило суттєвої різниці в кількості вагітностей і пологів в обох групах. Встановлено поєднання аденоміозу різної клінічної активності з гіперпластичними процесами в ендометрії: проста неатипова форма залозистої гіперплазії ендометрію (ЗГЕ) частіше зустрічалася в 1-й групі; комплексна без атипії і атипова форми ЗГЕ – у 2-й групі.

Таким чином, клінічно активний аденоміоз найчастіше поєднується з простою неатиповою формою ЗГЕ, а клінічно неактивний аденоміоз – з комплексною без атипії та атиповою формами ЗГЕ.

УДК: 616.314.17-008.1-02:618.11-089.87]-07-085

Горб-Гаврильченко І.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ОВАРІОЕКТОМІЇ

Вступ. Генералізований пародонтит був і залишається актуальною проблемою сучасної стоматології. Тому основним напрямком пародонтології є пошук та обґрунтування застосування патогенетичної терапії та диференційоване призначення лікарських засобів, відповідно до клініки пародонтиту, стоматологічного статусу і загально соматичного стану хворих. Проведені раніше дослідження показали, що у жінок з хірургічною менопаузою, в альвеолярній кістці формуються вогнища остеопорозу малої, середньої і високої активності. Були розроблені чіткі показання до призначення остеотропної і замісної гормональної терапії і апробовані схеми лікування в залежності від активності остеопорозного процесу в альвеолярній кістці.

Мета - оцінити віддалені результати ефективності диференційованого застосування лікарських препаратів при лікуванні генералізованого пародонтиту у жінок після тотальної оваріоектомії.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 70 жінок, що перенесли оваріоектомію і страждають на генералізований пародонтит у віці від 30 до 50 років. В першу групу (32 жінки) увійшли пацієнтки з малоактивними вогнищами остеопорозу в альвеолярній кістці, в другу (38 жінок) - з середньоактивними і активними осередками остеопорозу. Проведені раніше дослідження показали, що у жінок I групи доцільно застосування Кальцій-D3 Нікомед. У II групі - необхідно застосовувати комбінацію препаратів Кальцій-D3 Нікомед, Фосамакс і препарат замісної гормональної терапії «Прогінова». Перевірка, необхідне корегуючий лікування, профілактичні заходи здійснювалися через 3 і 5 років після завершення курсу лікування.

Результати дослідження. В ході аналізу віддалених результатів лікування генералізованого пародонтиту у жінок, після оваріоектомії, клініко-рентгенологічна стабілізації через 3 роки після проведеного лікування відзначалася у 87,1%, рецидив захворювання настав у 12,9% жінок, через 5 років відповідно у 80,0% і 20,0% хворих. Були зареєстровані позитивні клінічні результати у жінок I групи - через 3 роки в 84,4% випадків, а через 5 років в 75,0% випадків були відсутні клінічні та параклінічні ознаки генералізованого пародонтиту, відзначалася позитивна рентгенологічна динаміка процесу. Повернення клініко-рентгенологічного стану до вихідного до лікування через 3 роки спостерігалось у 15,6% хворих, через 5 років - 25,0%. У пацієнтів II групи повернення до початкового стану генералізованого пародонтиту через 3 роки було зареєстровано 10,5%, а через 5 років - у 15,8%.

Висновки. Проведений аналіз віддалених результатів лікування генералізованого пародонтиту підтверджує необхідність виділення трьох форм активності остеопорозного процесу в альвеолярній кістці з метою розробки для кожної групи хворих індивідуальної тактики лікування. Жінкам після тотальної оваріоектомії, з малоактивними вогнищами остеопорозу в альвеолярній кістці досить призначення монотерапії препаратами кальцію III покоління. При наявності середньоактивних і активних вогнищ остеопорозу в кісткових структурах пародонту, більш доцільним є призначення кальцію (Кальцій - D3 Нікомед) і антирезорбентів (Фосамакс), в комплексі з препаратами, що нормалізують гормональний фон («Прогінова»). Наведені факти свідчать про те, наскільки клінічно важливо при призначенні комплексних методів лікування генералізованого пародонтиту у жінок після оваріоектомії аналізувати ті зміни, які обумовлені ендокринною патологією і мають патогенетичну значимість у розвитку остеопорозу в альвеолярній кістці.

Правильний вибір адекватних методів лікування генералізованого пародонтиту без їх урахування неможливий.

*к.м.н. Демченко Т.В., к.м.н. Гарагуля І.С., Гапонова О.В.,
кафедра акушерства та гінекології
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,*

*Пеліна О.Н.
КЗ «Дніпропетровська міська лікарня №9 ДОР»*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПРОТЯГОМ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2015-2016 рр.

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) залишаються однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я в усьому світі. За даними МОЗ України останній епідемічний сезон охопив 9,6% населення країни. Досвід наймасштабніших епідемій ГРВІ ХХ століття продемонстрував, що одні з найбільших показників захворюваності та летальності характерні для вагітних жінок.

Матеріали та методи. Обстежені 53 вагітних жінки з діагнозом «ГРВІ», які знаходились на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 9» ДОР» за період з грудня 2015 р. по лютий 2016 р. ГРВІ у вагітних вивчалось в залежності від строку вагітності. Усі хворі були порівняні за віком, паритетом та строком госпіталізації. Вивчена клінічна симптоматика ГРВІ та особливості перебігу вагітності у обстежених жінок.

Обговорення результатів. Під наглядом знаходились 53 вагітних жінки, яким був виставлений діагноз «ГРВІ». З них 22 жінки з вагітністю I триместру, 25 жінок з вагітністю II триместру та 6 жінок з вагітністю III триместру. Середній вік обстежуваних хворих склав $27,4 \pm 0,5$ років. Строк госпіталізації відрізнявся в залежності від строку вагітності: вагітні в I триместрі зверталися за медичною допомогою на $1,7 \pm 0,5$ день хвороби; в II триместрі – на $2,4 \pm 0,5$ день хвороби; в III триместрі – на $2,1 \pm 0,5$ день хвороби. Всі жінки були госпіталізовані за клінічними показниками та мали початок захворювання з підвищення температури. Серед них 38 жінок (71,7%) мали температуру $38,0^\circ\text{C}$ та вище.

Легкий перебіг вірусної інфекції серед вивчених пацієнтів, коли симптоми інтоксикації були не виражені та не спостерігались катаральні симптоми, відмічено тільки у 6 жінок (11,3%). В структурі захворювань, що ускладнили перебіг вірусної інфекції перше місце посідає гострий бронхіт (43,4%). 12 випадків бронхіту (52,2%) відмічалось у II триместрі,

8 випадків (34,8%) – у I триместрі, 3 випадки (13%) – у III триместрі. Явища фарингіту та риніту спостерігались у 22 (41,5%) та 20 (37,7%) жінок відповідно. Ці нозології супроводжували перебіг ГРВІ в усіх триместрах вагітності з високою частотою. 9 жінок (17%) перенесли гострих трахеїт переважно у II триместрі. Пневмонія ускладнила перебіг ГРВІ у 3 жінок I та II триместрів гестації.

Протягом спостереження за вагітними жінками у період захворювання ГРВІ були констатовані наступні акушерські ускладнення. Відшарування плідного яйця з формування ретрохоріальної гематоми за даними УЗІ було діагностовано у 6 жінок I триместру. Серед обстежених пацієнтів виявлено по 1 випадку багатоводдя та маловоддя у II триместрі вагітності, які не були діагностовано до госпіталізації у стаціонар. Раніше не верифікована залізодефіцитна анемія I ступеню важкості була виявлена у 12 жінок (22,6%). Усі вагітні жінки були обстежені та отримували симптоматичну, противірусну та антибактеріальну терапію за показаннями згідно з наказами МОЗ України. Після лікування одужання спостерігалось у 100% обстежених жінок. За умови раннього звернення за медичною допомогою протягом першої доби від початку захворювання кількість днів стаціонарного лікування не перевищувала 4. Середня частота перебування у стаціонарі склала 7,6 доби.

Висновки. Клінічний перебіг ГРВІ серед вагітних жінок за період з грудня 2015 р. по лютий 2016 р. має певні особливості: а) частіше виникає у I та II триместрі вагітності; б) майже половина випадків характеризується приєднанням гострого бронхіту, фарингіту, риніту; в) пов'язана з такими ускладненнями вагітності, як відшарування плідного яйця з формуванням ретрохоріальних гематом у жінок I триместру вагітності, маловоддя та багатоводдя у II триместрі, гестаційної анемії легкого ступеня важкості; г) при ранньому зверненні пацієнтів за медичною допомогою ГРВІ легко піддається терапії, має сприятливий прогноз одужання. Своєчасний аналіз епідемічної ситуації, яка щорічно має свої відмінності, дозволить зрозуміти особливості перебігу ГРВІ серед вагітних жінок та надати ефективну допомогу таким пацієнтам, попередити соматичні, акушерські та перинатальні ускладнення.

РОЛЬ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА - 634 G/C (RS2010963) ГЕНА ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ В ФОРМУВАННІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Мета: вивчити зв'язок генотипів поліморфного маркера -634 G/C гена васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) з рівнем VEGF у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу (ГХ) і ожирінням в перименопаузі.

Матеріали і методи: обстежено 115 жінок з ГХ II стадії, 1-2 ступеня та ожирінням I-II ст., 45-60 років. В залежності від менопаузального статусу: 45 жінок, в пременопаузі, 50 жінок в менопаузі, період якої не перевищував 3 роки та 20 практично здорових жінок в пременопаузі, як групу контролю. Концентрацію VEGF визначали методом імуноферментного аналізу. Однонуклеотидний поліморфізм виявляли за допомогою набору реагентів для виявлення поліморфізму C634G (rs2010963) в гені VEGF-A методом полімеразної ланцюгової реакції.

Результати: при порівнянні рівня показника VEGF в крові у пацієнток в пременопаузі і менопаузі була виявлена достовірна відмінність. Рівень VEGF був достовірно вище у жінок в менопаузі з генотипом GG в порівнянні з генотипом CG ($p=0,003$) та генотипом CC ($p=0,001$). При порівнянні рівню VEGF у жінок з генотипом CG та CC достовірних відмінностей не спостерігалось ($p=0,148$). В групі жінок в пременопаузі рівень VEGF також був достовірно вищий у жінок з генотипом GG при порівнянні з генотипом CG ($p=0,040$) та генотипом CC ($p=0,005$), у жінок з генотипом CG та CC достовірних відмінностей не спостерігалось ($p=0,156$). В групі контролю рівень VEGF був достовірно вищий у жінок з генотипом GG в порівнянні з CC ($p=0,010$), у жінок з генотипами GG і CG ($p=0,078$) та CG і CC ($p=0,059$) достовірних відмінностей не було.

Висновок: таким чином можна припустити, що носійство G алелю поліморфного маркеру -634 G/C (rs2010963) гена VEGF може впливати на підвищення концентрації VEGF в крові у жінок з ГХ та ожирінням в перименопаузі.

*Купчак І.М., Геник Н.І., Кіндратів Е.О.
Державний вищий навчальний заклад
«Івано-Франківський національний медичний університет»,
м.Івано-Франківськ.*

ГОРМОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ ЕНДОЦЕРВІКОЗУ У ЖІНОК, ЩО НЕ НАРОДЖУВАЛИ

Резюме Ендоцервікоз – найчастіше фонове захворювання шийки матки у молодих жінок, яке становить 25,0-65,6 % доброякісної цервікальної патології.

Метою дослідження було вивчити рівень експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів в шийці матки при ендоцервікозі в жінок, що не народжували.

Матеріал і методи. Контингентом дослідження була 71 молода жінка віком 18-25 років, яка не народжувала, у 61 з яких гістологічно встановлений діагноз ендоцервікозу. Групу контролю становили 10 здорових жінок. Проведено імуногістохімічне дослідження біоптатів шийки матки з визначенням естрогенових (ER) та прогестеронових рецепторів (PgR) в епітелії та стромі шийки матки.

Результати дослідження та їх обговорення. В контрольній групі у 100,0% спостерігається позитивна (>10%) інтрануклеарна експресія рецепторів до естрогену ER в епітеліальних клітинах багат шарового плоского незроговілого епітелію. Позитивна (>10%) експресія прогестеронових рецепторів PgR виявляється тільки в стромальному компоненті шийки матки. У порівнянні з контрольною групою позитивна експресія ER виявляється у ядрах призматичного епітелію вогнищ ендоцервікозу. Позитивна експресія PgR як в стромі шийки матки, так і в залозистих структурах ендоцервіксу.

Висновки. Таким чином, проведене нами дослідження встановило, що в групах пацієток з ендоцервікозом спостерігається перерозподіл експресії стероїдних рецепторів: ER характеризується зниженням епітеліальної та появою стромальної позитивної реакції, а експресія PgR відрізняється появою позитивної епітеліальної експресії при вираженій реакції у стромі шийки матки.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням додаткових показників властивостей патологічно змінених тканин екзоцервіксу в контексті вибору науково обґрунтованого комплексного алгоритму лікування.

Литвиненко Вера
кафедра общей практики – семейной медицины
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Михайловская Н.С.
Запорожский государственный медицинский университет,
г.Запорожье, Украина

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СО СТЕПЕНЬЮ КОМПЕНСАЦИИ СД 2 ТИПА

Цель: установить корреляционно-статистические взаимосвязи тревожно-депрессивных и когнитивных нарушений со степенью компенсации сахарного диабета 2 типа (СД 2) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и оценить их взаимное влияние на течение данных заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 63 больных с диагнозом ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, медиана возраста 69,9 (61;75) лет: I группа (n=39) – с СД 2; II группа (n=24) – без СД 2. Больные СД 2 разделены на подгруппы Ia (n=20) – с $Hb1Ac \geq 6,5\%$ и Ib (n=19) – с $Hb1Ac < 6,5\%$. Всем больным определяли трофологический статус, показатели липидного спектра, уровни глюкозы, гликозилированного гемоглобина $Hb1Ac$, проводили эходоплеркардиоскопию. Для изучения степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS, 1983); для оценки качества жизни - опросник SF-36; для скрининга когнитивных нарушений - тест Mini-Mental State Examination (MMSE), для выявления нарушений памяти - тест «Рисования часов» (clock).

Результаты исследования. У больных с ИБС и СД2 отмечались на 16% выше уровень холестерина, на 35% выше уровень триглицеридов, а также на 22% выше ИМТ в сравнении с пациентами без СД2. Между уровнем гликозилированного гемоглобина установлены положительная корреляционная взаимосвязь с суммарным уровнем тревоги и депрессии ($r=+0,40$; $p<0,05$), и отрицательная корреляционная связь с показателями когнитивного благополучия (MMSE) ($r=-0,35$; $p<0,05$). У пациентов Ia подгруппы в сравнении с Ib подгруппой обнаружены повышение уровня общего холестерина на 5%, ХС ЛПНП – на 7%, тревоги – на 33%, депрессии - на 41%, суммарного уровня тревоги и депрессии – на 24%, а так же более частое наличие артериальной гипертензии у данных больных. В Ia подгруппе установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь показателей теста clock с уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=-0,46$; $p<0,05$) и суммарным уровнем тревоги и депрессии ($r=-0,44$; $p<0,05$); отрицательная взаимосвязь показателей теста MMSE с

уровнями креатиніна ($r=-0,47$; $p<0,05$), АСТ ($r=-0,47$; $p<0,05$), и положительная – с результатами опросника SF-36 MH ($r=+0,52$; $p<0,05$). В подгруппе Ib обнаружена отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателем фракции выброса левого желудочка и уровнями тревоги и депрессии ($r=-0,58$; $p<0,05$).

Выводы. У больных ИБС с СД2 повышение уровня Hb1Ac $\geq 6,5\%$ ассоциируется с ухудшением показателей когнитивного благополучия и прогрессированием некогнитивных нервно-психических расстройств, которые отрицательно влияют на течение ИБС и качество жизни пациентов.

*Ліснянська І.С., Салижин Т.І.
кафедра внутрішньої медицини №1,
клінічної імунології та алергології ім. акад. Є.М. Нейка
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

ЕТИОЛОГІЧНА ЗАЛЕЖНІСТЬ РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Мета роботи. Вивчити частоту супутньої урогенітальної інфекції у жінок із хронічним часторецидивуючим пієлонефритом (ХПН).

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих жіночої статі з часторецидивуючим ХПН віком від 22 до 50 років (в середньому $32\pm 4,12$ роки). Окрім рутинних методів обстеження визначали молекути – *Mycoplasma hominis* (*M. hominis*) та *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*) користуючись тест-системами *MycoplasmaDUO*. Наявність хламідій оцінювали шляхом проведення ПЛР у зіскобах із слизової оболонки уретри та цервікального каналу. В сироватці крові також визначали рівень специфічних IgG-антитіл до *Herpes simplex virus* (ВПГ), *Cytomegalovirus* (ЦМВ), *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*) методом ІФА з використанням тест-систем виробництва «Вектор-Бест» (Росія).

Результати дослідження та обговорення. Було встановлено, що 80,0% хворих на часторецидивуючі ХПН інфіковані молекутами, вірусами та хламідіями, з яких у 38,0% пацієнток діагностовано асоціацію бактеріальної інфекції та *U. urealyticum* і *M. hominis*, у 16,0% жінок – асоціацію бактерій, молекулів та діагностично-значущих рівнів Ig G до ВПГ, ЦМВ і токсоплазм, у 14,0% – поєднання бактеріальної інфекції з діагностично-значущими рівнями Ig G до перелічених вірусів та у 12,0% – бактеріальну інфекцію і сечостатевий хламідіоз.

Висновки. Лише 20,0% жінок з часторецидивуючим ХПН мають ізольовану бактеріальну інфекцію. Основну частку обстежених становили хворі з асоціацією бактерій, молекулів, діагностично-значущих рівнів Ig G

до ВПГ, ЦМВ, токсоплазм та сечостатеви́м хламідіозом, тому наявність вищеперерахованих інфекцій слід враховувати в лікувальній тактиці ведення хворих на ХПН.

Лоскутова Т.О.

кафедра акушерства та гінекології

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ, ОБУМОВЛЕНОЇ ТРОМБОФІЛІЄЮ

Профілактика преєкламписі (ПЕ) у вагітних є важливим і невирішеним питанням сучасного акушерства. До теперішнього часу групи ризику формувалися на підставі даних про обтяжений акушерський, соматичний, сімейний анамнез, однак при цьому не враховувався взаємний вплив факторів ризику, не визначалась ймовірність розвитку ПЕ для конкретної пацієнтки.

Метою дослідження стала оцінка ефективності диференційної профілактики преєкламписі у вагітних залежно від прогнозованого ризику її розвитку.

Методики дослідження: алель специфічна полімеразна ланцюгова реакція, твердофазний імуноферментний аналіз (ELISA), імунотурбодиметричний аналіз, математичне моделювання, параметрична та непараметрична статистика.

Результати дослідження. 131 вагітна в I триместрі вагітності (84 групи низького та 47 високого ризику) була протестована за запропонованим нами способом прогнозування гіпертензивних розладів для з'ясування групи ризику розвитку ПЕ. Вірогідність розвитку гіпертензивних розладів P у вагітної з набором факторів рахується за формулою:

$$P(y) = 1/(1 + \exp\{-11,74 + 6,25x_D + 0,80x_{KA} + 1,08x_{PAI} + 1,25x_{FIB} + 0,49x_{At\beta 2}\},$$

де x_D - кількість Д-дімеру, x_{KA} - значення коефіцієнту атерогенності, $x_{At\beta 2}$ - кількість антитіл до $\beta 2$ глікопротеїну 1, x_{PAI} - значення інгібітору активатора плазміногену - 1 (PAI - 1), x_{FGB} - значення фібриногену β (FGB). Значення x_{PAI} дорівнює 1, якщо ген нормальний, дорівнює 2, якщо ген гетерозиготний, дорівнює 3, якщо ген - патологічна гомозигота; аналогічно x_{FGB} - приймає значення 1, 2 и 3, \exp - експонента. Критерієм, що відносить вагітних до групи високого ризику розвитку ПЕ, слід вважати значення P 0,683 та більше.

Диференційований комплекс профілактики у вагітних з високим ризиком розвитку гіпертензивних розладів включав: ацетилсаліцилову кислоту - 75 мг/добу з 12-38 тиждень вагітності; фолієву кислоту - 0,8

мг/добу протягом всієї вагітності та 1 місяць після пологів; при наявності гіпергомоцистеїнемії та/або гомозиготної мутації гена MTHFR 677TT вітаміни групи В: октоціамін (вітамін В1) – 25 мг/добу, рибофлавін (вітамін В2) - 2,5 мг/добу, піридоксину гідрохлорид (вітамін В6) - 40 мг/добу, цианокобаламін (вітамін В12) – 0,25 мг/доб, а доза фолієвої кислоти збільшена до 4 мг/добу; поліненасичені жирні кислоти: етиловий ефір ейкозапентаєнової кислоти 300 мг/добу, етиловий ефір докозагексаєнової кислоти – 200 мг/добу, альфа-токоферол – 2 мг/добу протягом всієї вагітності.

Аналіз ефективності запропонованої схеми профілактичного лікування показав, що її застосування дає змогу зменшити відносний ризик ПЕ на 85% (RR=0,15, 95% ДІ 0,038-0,6), ПЕ середнього ступеня на 87% (RR=0,13, 95% ДІ 0,02-0,97), передчасних пологів на 87% (RR=0,13, 95% ДІ 0,02-0,97), ускладнених пологів на 67% (RR=0,33, 95% ДІ 0,12-0,88), ЗРП на 80% (RR= 0,2, 95% ДІ 0,05-0,83), збільшити кількість пологів в строк та кількість новонароджених, які будуть виписані додому на 44% (RR=1,44, 95% ДІ 1,0-1,97). За наявності профілактичного лікування абсолютний ризик розвитку (absolutely risk deviation) ПЕ знизився на 48,4% (ARD 48,4, 95% ДІ 41,08-55,8), ПЕ середнього ступеня та передчасних пологів на 28,9% (ARD 28,9, 95% ДІ 20,89-37,07), ускладнених пологів на 34,9% (ARD 34,9, 95% ДІ 27,7-42,2), ЗРП на 34,2% (ARD 34,2, 95% ДІ 26,4-41,9); на 28,9% підвищено абсолютну частоту пологів в строк та кількості новонароджених, які будуть виписані додому (ARD 28,9, 95% ДІ 25,1-32,8).

Висновки. Таким чином сучасні підходи до профілактики ПЕ у вагітних з тромбофілією передбачають: етап тестування для визначення групи ризику розвитку ПЕ та етап лікувально-профілактичних заходів, який містить: антиагреганти, поліненасичені жирні кислоти, фолієву кислоту та вітаміни, динамічне спостереження та обстеження.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І.,
Нізалова Т.Г., Тян О.В.
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
НМУ імені О.О.Богомольця*

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Позаматкова вагітність є медико-соціальною проблемою сучасності. Різноманітність клінічних проявів обумовлює значні труднощі в постановці діагнозу та диференційній діагностиці з іншими патологічними станами

Серед інструментальних методів обстеження достатньо інформативними є УЗС. При матковій вагітності товщина ендометрію в ранніх термінах гестації до достовірної візуалізації плідного яйця, визначена при проведенні трансвагінальної ультрасонографії, становить $13,42 \pm 0,68$ мм, при самовільному аборті $10,28 \pm 0,88$ мм, а при ектопічній вагітності $8,35 \pm 0,35$ мм. Товщина ендометріального шару у пацієток з діагнозом позаматкової вагітності була значно нижчою, ніж у жінок з матковою вагітністю (фізіологічна маткова вагітність і загроза переривання вагітності; $12,16 \pm 0,60$ мм; $P < 0,01$). Зверталась увага і на симетричність ендометрію. При застосуванні поздовжнього сканування відмічено, що у 83,3% жінок з матковою вагітністю шар ендометрію асиметричний, при ектопічній вагітності у 89,6% випадків ендометрій на фронтальному плані був симетричним.

Динамічне ехографічне спостереження за розмірами матки при неускладненому перебігу вагітності показало, що до 7 тижня вагітності відбувається збільшення розмірів матки переважно за рахунок її довжини. Після 7 тижня гестації відносно швидше зростає передньозадній розмір. Це пов'язано з тим, що до 7 тижня вагітності плідне яйце займає половину всього об'єму матки, а в 9-10 тижнів воно набуває дископодібної форми і заповнює майже всю порожнину матки. У 8,7% жінок з позаматковою вагітністю не визначалось збільшення параметрів матки. При ПВ відбувається збільшення розмірів матки, яке у свою чергу не відповідає даним гістерометрії при відповідному (ембріологічному) терміні маткової вагітності.

Вивчалась наявність або відсутність вільної рідини в Дугласовому просторі, яка визначалась при ультразвуковому дослідженні і при проведенні кульдоцентезу, порівняли з наявністю гемоперитонеуму під час проведення оперативного втручання. В 45 пацієток під час проведення оперативного втручання з приводу ектопічної вагітності була виявлена вільна рідина в черевній порожнині. Серед цих пацієток, під час кульдоцентезу, наявність гемоперитонеуму була підтверджена в 82,2% випадках, а при проведенні трансвагінального ультразвукового дослідження ехогенна рідина в Cull de Sac визначалась у всіх жінок з наявністю крові в черевній порожнині. Визначення ехогенної рідини в черевній порожнині при проведенні трансвагінального сканування є специфічним методом для діагностики вільної рідини в черевній порожнині (100%), в той час як при проведенні кульдоцентезу є як хибнонегативні (17,8%), так і хибнопозитивні результати (9,3%).

Діагностика наявності прогресуючої вагітності за межами матки є досить важливим при проведенні ультразвукового сканування. У 30,43% жінок визначався ембріон, що розвивався в проекції придатків матки з однієї зі сторін. У 69,56% цих пацієток в проекції придатків матки (після

візуалізації інтактних яєчників) виявлено утворення негомогенної ехо-структури з підвищеним рівнем ехогенності.

Ретроспективний аналіз результатів ультразвукових досліджень пацієток з трубною вагітністю показав, що характерними прогностичними і діагностичними ультразвуковими критеріями є: відсутність плідного яйця в порожнині матки та наявність плідного яйця з живим ембріоном (серцебиття) в ділянці придатків матки; а також поєднання декількох ультразвукових ознак: діагностика в проекції придатків матки утворень неправильної форми, без чітких контурів і неоднорідної структури, іноді з рідинними або щільними включеннями; наявність овального або округлого утворення, іноді з нечіткими контурами, що складається з елементів, які нагадують плідне яйце; наявність вільної рідини в черевній порожнині; акустичне потовщення (гіперплазія) ендометрію; функціональне збільшення розмірів матки.

*Макаренко М.М., Говсєєв Д.О., Гулам Расул Я.М.,
Мартинова Л.І., Протас Р.В.
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
НМУ імені О.О.Богомольця*

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ. ДІАГНОСТИКА, ВЕДЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ.

Материнська смертність на 2014 рік становить 24,7 на 100 тис народжуючих у всьому світі. У структурі причин материнської смертності екстрагенітальна патологія (ЕГП) становить 25%, а в Україні за 2014 цей показник складає 22,7%. За даними МОЗ України за 2014 рік екстрагенітальна патологія займає 22,7% в структурі материнської смертності. На частку ендокринної патології припадає 6% від загальної ЕГП. В свою чергу в структурі ендокринної патології цукровий діабет (ЦД) займає 31,9%. Близько 1% жінок дітородного віку страждають діабетом ще до вагітності і у 2-17% розвивається під час вагітності (гестаційний діабет).

Ендокринологічна патологія вагітної тісно пов'язана зі станом плода та матері. Одним з ускладнень цукрового діабету є гіпоклікемічна кома. Гіпоглікемічна кома – стан спричинений абсолютним чи відносним надлишком інсуліну, який супроводжується втратою свідомості.

Гіпоглікемія при вагітності у здорових жінок зустрічається вкрай рідко. При наявності діабету 1 або 2 типу можливе падіння рівня цукру до показників нижче 3,5 ммоль / л. Ця цифра вважається нижньою межею норми глюкози в крові, якщо рівень падає, то може розвиватись стан гіпоглікемії. Якщо у жінки цукровий діабет 1 типу, і вагітна отримує

ін'єкції інсуліну, то гіпоглікемія розвивається при недостатньому харчуванні, занадто великих дозах цього гормону або неуважному дотриманні режиму харчування і лікування діабету. Приблизно така ж картина буває при перевищенні дози цукрознижувальних препаратів при діабеті 2 типу. Найбільш часто гіпоглікемія у вагітних проявляється на 16-17 тижні.

Під час вагітності стан гіпоглікемії загрожує як плоду так і матері. Він не отримує достатньо поживних речовин, тому не може нормально розвиватися, різке падіння рівня цукру або виникаюче тлі цукрового діабету підвищення артеріального тиску можуть призвести до внутрішньоутробної загибелі плоду. Однак гіпоглікемічна кома небезпечна і для матері. Внаслідок голодування нервової тканини масово гинуть нейрони головного мозку.

Клінічно: 1) Анамнез: наявність провокуючих факторів; Раптова утрата свідомості; шкірні покриви помірно вологі; тургор тканин задовільний; АТ нормальний або трохи збільшений; пульс частий, нормальних властивостей; реакція зіниць на світло збережена; гіпертонус м'язів; при тривалій, глибокій гіпоглікемічній комі – симптоми ураження стовбура мозку (що проявляється у вигляді нестабільної дихальної та серцевої діяльності). Параклінічно: зниження концентрації глюкози плазми крові менше 2,8 ммоль/л в поєднанні з клінічною картиною, або менше 2,2 ммоль/л незалежно від симптоматики. Інструментально: використовують для з'ясування інших можливих причин порушення свідомості після досягнення нормоглікемії (ЕКГ для виключення інфаркту міокарду та іншої патології серця; КТ чи МРТ для виключення гострого порушення мозкового кровообігу, черепно-мозкової травми і т.д.).

Лікування: 1) Хвору необхідно покласти на бік та звільнити порожнину рота від залишків їжі, при важкій гіпоглікемії (навіть якщо пацієнт знаходиться в свідомості) приємно вуглеводів усередину протипоказаний, через ризик розвитку аспірації; 2) В/в струїно вводять 40-100мл 40% розчину глюкози до повного відновлення свідомості; 3) Після відновлення свідомості усередину приймають вуглеводи, що швидко засвоюються для відновлення запасів глікогену в печінці. 4) Якщо свідомість не відновлюється після в/в струїного введення 40-100 мл 40% р-ну глюкози, починають в/в крапельне введення 5-10% розчину глюкози; 5) Якщо гіпоглікемічна кома викликана передозуванням пероральних цукрознижувальних препаратів пролонгованої дії при супутньому порушенні функції нирок в/в крапельне введення 5-10% р-ну глюкози можна продовжити до досягнення нормальної концентрації глюкози в крові; 6) Рівень глікемії перевіряється кожні 30-60 хв.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Протас Р.В.,
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
НМУ імені О.О.Богомольця*

*Денисенко Н.М.,
Київській міській пологовий будинок №5*

ЗАСТОСУВАННЯ НАКЛАДАННЯ ШВА НА ШИЙКУ МАТКИ У ЛКУВАННІ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ТЕРМІНІ ПІСЛЯ 26 ТИЖНІВ ВАГІТНОСТІ

Істміко-цервікальна недостатність зустрічається в 1% випадків акушерської практики. Не дивлячись на те, що проблема ІЦН існує понад століття, в різних клінічних установах проблематичним залишається питання необхідності цервікального серкляжу та визначення показів для його накладення. Спірним залишається питання використання серкляжу після 24 тижнів вагітності. Так, виникнення таких можливих ускладнень, як ятрогенний розрив плідного міхура, хоріоамніоніту, передчасних пологів, а з іншого боку - значні здобутки в інтенсивній терапії недоношених новонароджених залишає дискусійним питання ролі хірургічного шва після 24 тижнів вагітності. Нажаль, в літературі недостатньо даних щодо використання «пізнього» серкляжу, а проведені дослідження – низької якості, що не дає змоги зробити висновки та рекомендації щодо його застосування. Питання накладання хірургічного шва після 24 тижнів має вирішуватись індивідуально клініцистом та пацієнткою у кожному випадку, беручи до уваги всі переваги, недоліки та рівень доступної неонатальної допомоги. З огляду на це дискусійне питання в КМПБ №5 прийнятий локальний протокол, згідно з яким накладання шва на шийку матки проводиться і в терміні після 26 тижнів вагітності.

Дослідження проводилось на базі київського міського пологового будинку № 5 протягом 2015 року. В дослідження були включені вагітні з встановленою істміко-цервікальною недостатністю, яким накладався цервікальний шов в терміні після 26 тижнів вагітності, середній гестаційний термін склав 30,16 тижнів. Умовою хірургічної корекції були відсутність перейм, виключення інфекції уrogenітального тракту, що підтверджувалось бактеріологічно. Протягом періоду спостереження всім вагітним проводилось ультразвукове дослідження в динаміці для визначення стану плоду, уточнення локалізації плаценти, вимірювання довжини шийки матки після серкляжу. Також обов'язково проводилась консультація з неонатологами та передуючий серкляжу курс профілактики РДС дексаметазоном. Процедура проводилась під внутрішньовенною анестезією з обов'язковим отриманням згоди на втручання, після чого-

триденний курс токолітичної терапії. Термін перебування в стаціонарі в середньому склав 5 днів. За відсутності ускладнень – шов знімався в 37 тижнів гестації, більш раннє зняття проводилось у випадку початку пологової діяльності або передчасного розриву плідних оболонок. За 2015 рік в КМПБ №5 було виконано 44 циркулярних шва на шийку матки після 26 тижнів вагітності. Але в зв'язку з тим, що не всі жінки народили в пологовому будинку №5, в групу, що досліджувалась, увійшли тридцять одна вагітна. Середній вік вагітних склав 31,6 рік. В усіх випадках серкляж був проведений успішно, без пошкодження плідного міхура. Післяопераційний період протікав без ускладнень, в тому числі і по розвитку хоріоамніоніту. В групі, що досліджувалась – у шести вагітних розродження відбулося в терміні до 34 тижнів, причому з них: дві вагітні народили передчасно через природні пологові шляхи, іншим чотирьом – був проведений ургентний кесарський розтин за акушерськими показаннями (дистрес плоду при вагітності, дискордантний ріст плодів та синдром фето-фетальної трансфузії у вагітних двійнею). Сім вагітних народили в терміні 34-37 тижнів, що склало 22,5%, а вісімнадцять – в період 37-40 тижнів, що відповідно склало 58%. Середній термін пролонгації вагітності склав 6,9 тижнів. Середня вага дітей при народженні склала 2622 г (1090- 4120 г), кількість переведених дітей на другий етап - 4 (2 двійні) – 10,8%.

Згідно локального протоколу прийнятого в КМПБ № 5 – циркулярний шов на шийку матки накладався максимально до 32 тижня вагітності, що дозволило пролонгувати вагітність в середньому на 6,9 тижні. 58% пологів відбулися в терміні 37-40 тижнів, а кількість дітей виписаних додому склала -33 (89,2%). Таким чином, «пізній» серкляж в терміні 26-32 тижні може значно пролонгувати вагітність і покращити перинатальні результати.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Нізалова Т.Г.,
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
НМУ імені О.О.Богомольця*

*Попель О.К.
Київський міський пологовий будинок №5*

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ДОНАЦІЄЮ ООЦИТІВ

Актуальність теми: Рівень застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) неухильно зростає протягом останніх тридцяти років. Результативність циклів IVF за кількістю немовлят народжених живими, досягає 39% для жінок до 35 років. Гіпертонічні розлади ускладнюють перебіг 8-10% вагітностей внаслідок застосування ДРТ.

Повідомлення про зростання частоти невдалих спроб ДРТ у пацієнток пізнього репродуктивного віку (старших 41 року), призводить до широкого застосування програм з донацією ооцитів (ДО). В дослідженнях останніх років доведено зростання частоти розвитку прееклампсії до 19,4% та прирощення плаценти 15,4% в групі вагітностей з ДО. Частота виникнення гіпертензивних розладів вище, якщо використовуються ооцити не спорідненого донора. І в аутологічних вагітностях, і в вагітностях внаслідок ДО, патогенез розвитку прееклампсії недостатньо вивчений. При аутологічній вагітності, отримані дані свідчать про зв'язок розвитку прееклампсії з надмірною активацією системи комплементу. Припущення про відмінність патогенетичного механізму розвитку прееклампсії при вагітностях з ДО, ґрунтується на різниці в гістосумісності.

Зміст: Задачею дослідження було вивчення рівня біохімічних маркерів в першому триместрі вагітності внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій з донацією ооцитів. Було досліджено рівні вільного β – хоріонічного гонадотропіну людини (β - ХГЛ) та плазменного протеїну А, що асоційований з вагітністю (РАРР-А) та плацентарного фактору росту (PIGF) маркеру розвитку прееклампсії, отримані під час пренатального скринінгу в першому триместру вагітності.

Об'єктом спостереження були сімдесят п'ять пацієнток з вагітністю внаслідок ДО, п'ятдесят три пацієнтки внаслідок застосування ДРТ з аутологічними ооцитами, контрольну групу становили вісімсот сорок п'ять пацієнток із спонтанною вагітністю. Розподіляючи вагітних на групи, дотримувались принципу рандомізації. За віковим складом,

індексом маси тіла, паритетом групи були статистично однорідні ($p < 0,05$), з дослідження були виключені багатоплідні вагітності.

Отримані результати рівні β - ХГЛ були значно вищими в групах з ДО ($1,78 \pm 1,02\text{МоМ}$) та з аутологічними ооцитами ($1,66 \pm 1,06\text{МоМ}$) порівняно з контрольною групою ($1,05 \pm 0,78\text{МоМ}$; $p < 0,05$), рівні PAPP-A суттєво не відрізнялись в трьох групах. Рівень плацентарного фактору росту був значно нижчим в групі з ДО ($96,4 \pm 0,3$ пг/мл), в групі з аутологічними ооцитами ($102,2 \pm 0,4$ пг/мл), в контрольній групі ($105,4 \pm 0,6$ пг/мл).

Отримані дані дозволяють віднести вагітних жінок вилікуваних методами ДРТ в групу ризику по розвитку прееклампсії та розпочинати первинну профілактику данного ускладнення ще на етапі прегравідарної підготовки. Також дозволяє рекомендувати дослідження рівня плацентарного фактору росту в I триместрі вагітності в якості скринінгового маркеру для формування групи ризику щодо розвитку прееклампсії.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І.,
Сиса О.В., Нізалова Т.Г.
кафедра акушерства та гінекології
післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця*

ВИВЧЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН МАТКОВИХ ТРУБ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ РОЗВИТОК ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

Актуальність теми: В економічно розвинутих країнах частота позаматкова вагітність складає 1,2-2% від загальної кількості вагітностей. В структурі позаматкової вагітності трубна вагітність займає перше місце та зустрічається в 97% випадків. Тенденція до зростання частоти трудної вагітності обумовлена значним поширенням інфекцій, що передаються статевим шляхом, запальних процесів додатків матки, абортів, ендокринних розладів, абдомінальних оперативних втручань.

Зміст: Задачею дослідження було вивчення морфологічних змін маткових труб з метою виявлення структурної патології, яка обумовлює розвиток трубної вагітності.

Об'єктом спостереження були 23 пацієнтки із прогресуючою трубною вагітністю, 45 пацієнток із ознаками порушеної позаматкової вагітності, контрольну групу становили 30 невагітних жінок, у яких під час оперативного втручання за іншими показаннями видалялись маткові труби. Розподіляючи вагітних на групи, дотримувались принципу рандомізації. За віковим складом, соціальним походженням, клінічним станом і паритетом групи були статистично однорідні ($p < 0,05$).

Проводилось морфологічне дослідження маткових труб, видалених під час хірургічного втручання з приводу порушеної трубної вагітності. Вилучені після тубектомії та інтактні маткові труби фіксувалися у 10% формаліні. Вилучені фрагменти зневоднювалися та ущільнювалися у парафіні за Грабовим і Прошею. Для вивчення загальної мікроморфології зрізи забарвлювалися гематоксиліном та еозином, азур II-еозином. Стан сполучнотканинних компонентів стінки маткової труби вивчався при використанні забарвлення зрізів за ван Гізон та за Новеллі. Фібрин виявлявся при забарвленні зрізів фосфорновольфрамовим гематоксиліном за Малорі.

У результаті проведеного морфологічного дослідження маткових труб при даній локалізації вагітності виявлено, що основною попередньою структурною патологією є хронічний запальний процес різного ступеня вираженості і поширення. Просвіт труби, як правило, звужений і деформований. Кількість складок слизової оболонки знижена, вони вкорочені, потовщені за рахунок новоутворення сполучної тканини і хронічної лимфоплазмогістіоцитарної інфільтрації, спаяні між собою та формують псевдозалозисті утворення різної форми. Наслідком відзначених змін є зниження функції епітеліальних клітин та скорочувальної перистальтичної активності трубної мускулатури. Комплекс змін, що спостерігаються, призводить до уповільнення просування заплідненої яйцеклітини, що у свою чергу призводить до її імплантації у стінку маткової труби. Статевий інфантилізм, також є значущим чинником у виникненні трубної вагітності.

При морфологічному дослідженні фрагментів маткових труб встановлено патогенетично обумовлені патогістологічні ознаки генезу трубної вагітності: наявність хронічного запального процесу в маткових трубах, статевий інфантилізм. Запальний процес носив генералізований характер і характеризувався як порушенням гістархітектоніки маткових труб, так і розвитком їх анатомо-функціональної неповноцінності.

Отримані дані дозволяють виділяти жінок, з вищезначеною патологією в групу ризику по виникненню трубної вагітності, та при перших ознаках вагітності проводити в жіночій консультації диференційну діагностику між матковою, та позаматковою вагітністю, та зменшити кількість випадків маніфестних проявів позаматкової вагітності (розриву маткової труби).

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Гнатюк В.В.,
Мартинова Л.І., Тян О.В.
кафедра акушерства та гінекології
післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця*

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Актуальність теми: Позаматкова вагітність є медико-соціальною проблемою сучасності. Поряд із зниженням народжуваності, зростанням числа переривань вагітності, ектопічна вагітність є однією з форм репродуктивних втрат.

Зміст: Задачею дослідження було вивчення частоти випадків позаматкової вагітності по Україні та м. Києву та визначення соціально-медичних особливостей випадків ектопічної вагітності на підставі клініко-статистичного аналізу цієї патології. Встановити найважливіші фактори ризику виникнення позаматкової вагітності і розробити метод прогнозування настання даної патології.

На підставі проведеного клініко-статистичного аналізу з'ясовано, що найбільш часто ектопічна вагітність виникає у жінок у віці 26-35 років. Настанню ектопічної вагітності більш ніж у половини жінок (58,4%) передували медичні аборти. Гінекологічний анамнез був обтяжений у 67,7% жінок із даною патологією. Оперативні втручання в пологах в анамнезі спостерігаються в 1,5 рази частіше у цих хворих, ніж в популяції. Менструальний цикл не встановився до моменту захворювання або тривалість його становлення сягала до року у кожної четвертої (26,4%) пацієнтки. 24,5% жінок із позаматковою вагітністю відмічають болісність, а 21,4% - нерегулярність менструацій. У 85,34% хворих була виявлена екстрагенітальна патологія. З метою формування груп ризику настання позаматкової вагітності у жінок фертильного віку нами розроблено алгоритм вірогідності виникнення цих захворювань та створено математичну модель прогнозування даної патології. Розроблена карта факторів ризику розвитку позаматкової вагітності, яка включає 31 найбільш значущі чинники. Отримані дані свідчать про значне коливання ролі вивчених факторів у виникненні ектопічної вагітності. Із 31 ознаки було відібрано 8, що найбільш суттєво впливають на прогноз виникнення даної патології: дитячі інфекції 19 балів, медичні аборти 19 балів, паління 14 балів, аднексити 13 балів, кольпіти 12 балів, операції на органах черевної порожнини 11 балів, початок менструацій до 11 років 8 балів, болючі менструації (альгоменореї) 8 балів. Розвиток позаматкової вагітності в залежності від таких факторів як патологія шийки матки, ектопічна вагітність в анамнезі, самовільні аборти, дисменореї, тривале становлення менструального циклу, захворювання гепатобіліарної

системи, захворювання сечовидільної системи, ускладнення в пологах (ручна ревізія стінок матки, ручне відділення плаценти та виділення посліду, розриви промежини, піхви, епізіо- та перінеотомії), початок менструацій в 16 років і пізніше значення яких коливалось в межах від 3 до 8 балів. Використання методу поетапного математичного аналізу дозволило розробити систему прогнозування ймовірності виникнення імплантації плідного яйця за межами матки та науково обґрунтувати принципи виділення груп ризику ймовірності розвитку позаматкової вагітності. Виявлення та кількісне (бальне) визначення факторів ризику настання ектопічної вагітності дозволяє визначити межі коливань ризику розвитку даного захворювання у жінок з наявністю різної кількості патологічних факторів. На підставі залежності виникнення позаматкової вагітності від сукупності факторів ризику визначали три ступені ймовірності прогнозу: низький, середній та високий. При використанні карти ризику виникнення ектопічної вагітності, в жіночій консультації всіх жінок розподіляють на наступні групи: перша група – низький ступінь ризику виникнення позаматкової вагітності (сума балів не перевищує 60); друга група – середній ступінь ризику (60-200 балів); третя група – високий ступінь ризику (більш ніж 200 балів).

Жінкам із груп підвищеного ризику виникнення ектопічної вагітності рекомендується при наявності перших ознак вагітності негайне звернення до жіночої консультації де обов'язково проводиться ультразвукове дослідження та якісна реакція на хоріонічний гонадотропін, що дозволяє виключити позаматкову вагітність, запідозрити її наявність або поставити діагноз ектопічної вагітності на етапі її прогресування.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О.,
Мартинова Л.І., Сокол І.В., Тян О.В.
кафедра акушерства та гінекології
післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця*

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГОРМОНІВ, ЯК КРИТЕРІЇВ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Позаматкова вагітність (ПВ) являє собою актуальну проблему сучасної гінекології і має вагому медичну та соціальну значимість. В економічно розвинутих країнах частота ПВ складає 1,2-2% від загальної кількості вагітностей.

В процесі проведення диференційної діагностики у хворих з підозрою на позаматкову вагітність застосовується такий додатковий метод дослідження, як визначення рівня гормонів (хоріонічного гонадотропіну (ХГ), прогестерону і естрадіолу) в сироватці крові. Отримані дані свідчать

про те, що рівень прогестерону у жінок з вагітністю, що нормально розвивається становить $82,49 \pm 2,51$ нг/мл, у пацієток з мимовільним абортom, що розпочався, визначається достовірно зниженням цього гормону на 24,3%. При непорушеній трубній вагітності рівень прогестерону в 1,58 разів є нижчим, ніж у жінок з фізіологічною вагітністю ($p < 0,05$), а при трубній вагітності, яка переривається за типом трубного аборту рівень прогестерону є в 3,2 рази нижчим.

Рівень естрадіолу у жінок із фізіологічним перебігом вагітності, мимовільним абортom, що розпочався, прогресуючою трубною вагітністю суттєво не відрізняється й складає, відповідно, $8,65 \pm 0,20$ пг/мл, $7,26 \pm 0,19$ пг/мл, $6,31 \pm 0,23$ пг/мл. У хворих з трубною вагітністю, що порушена, констатовано достовірно зниження концентрації естрадіолу в порівнянні з фізіологічною вагітністю в 1,97 рази.

Специфічним лабораторним обстеженням при ПВ є якісний або кількісний тест на ХГ. При матковій вагітності темп приросту рівня сироваткового ХГ складає 66-100%: на перших 2—3 тижнях зміст β -ХГ подвоюється кожні 1,2—1,5 доби, а з 3-ого по 6-й тиждень- кожні 2 доби, досягаючи піку на 8-10 тижні від моменту останньої менструації, після 12 тижнів знижується і в другій половині вагітності залишається на стабільному рівні приблизно 30 000 МО/мл. При позаматковій вагітності рівень β -ХГ росте повільніше (із-за обмежених можливостей розвитку трофобласта).

Встановлено, що при прогресуючій трубній вагітності середній рівень хоріонічного гонадотропіну становить $2016,9 \pm 214,3$ МО/мл. Цей показник є достовірним в порівнянні з фізіологічною матковою вагітністю $3110,91 \pm 230,32$ МО/мл. У пацієток із позаматковою вагітністю, яка переривається за типом трубного аборту, реєструється в порівнянні з вмістом даного гормону у жінок з фізіологічним перебігом вагітності достовірно знижений рівень хоріонічного гонадотропіну ($1740,91 \pm 170,25$ МО/мл).

Діагностичне значення має оцінка підвищення рівня хоріонічного гормону при його повторному визначенні через 48 годин після попереднього. При фізіологічній вагітності за цей проміжок часу спостерігається збільшення рівня цього гормону вдвічі. При прогресуванні трубної вагітності відзначається значне відставання в динаміці росту даного гормону в порівнянні з фізіологічною матковою вагітністю. Якщо рівень підвищення вмісту хоріонічного гонадотропіну за 48 годин менший за 66% та відсутність при ультразвуковому скануванні ознак загрози переривання маткової вагітності, діагноз ектопічної вагітності при наявності структурних змін у ділянках придатків матки можна вважати поставленим.

Отримані результати свідчать, що динамічне тестування гормональних параметрів, таких як вміст хоріонічного гонадотропіну, є важливим методом дослідження в плані диференційної діагностики з іншими захворюваннями, які мають аналогічну картину та свідчать про високу специфічність та чутливість даного методу. Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові вагітних жінок свідчить, що швидке зростання концентрації хоріонічного гонадотропіну в периферичній крові характерно для фізіологічного перебігу вагітності. Повільне підвищення або сталий рівень гормону у жінок з підозрою на позаматкову вагітність є високоінформативним тестом її діагностики.

*Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Сиса О.М.,
Денисенко Н.М., Митринюк Н.Ф.
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
Національного медичного університету імені О.О.Богомольця*

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ЕПІЛЕПСІЄЮ

Актуальність: Відомо, що частота виникнення епілепсії серед жінок репродуктивного віку досягає 40%. Близько 1% всіх вагітних жінок хворіють на епілепсією. У 12-13% жінок захворювання припадає саме на період вагітності, епілептичні напади під час вагітності спостерігаються у 15% пацієнток.

Розвиток епілептичного приступу під час вагітності може спонукати до розвитку дистресу у плода, відшарування плаценти, порушення кровообігу, гіпоксії та розвитку ацидозу.

Мета та завдання: розробити та вдосконалити алгоритм дії щодо ведення жінок з епілепсією з метою попередження виникнення перинатальних ускладнень.

Результат: на основі отриманих даних, нами на базі Київського міського пологового будинку №5 було розроблено та впроваджено локальний протокол по веденню вагітних жінок з епілепсією та вибору оптимального методу їх родорозрішення.

Алгоритм ведення:

1) Прегравідарна підготовка:

— призначення фолієвої кислоти (5 мг/добу, до зачаття та у перший триместр вагітності);

— підбір антиепілептичних препаратів (АЕП) у мінімальних дозах з максимальним позитивним ефектом.

2) Період гестації:

— консультація генетика до 12 тижня вагітності;

— регулярне спостереження лікарем-неврологом при компенсованому перебігу захворювання -1 раз на 2 місяці, лікарем акушером-гінекологом – у відповідності до наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;

— при наявних випадках–лікарем-неврологом 1 раз на місяць, лікарем акушером-гінекологом 1 раз на 2 тижні;

— визначення концентрації АЕП при компенсованій формі проводити 1 раз на 2 місяці, при наявних нападах- при кожному зверненні до лікаря-невролога;

— починаючи з кінця I триместру і в подальшому не рідше 1 разу на місяць з визначенням концентрації гормонів фетоплацентарного комплексу та альфа-фетопротеїну;

— ультразвукова діагностика плода проводиться у стандартні терміни (11 тиж.+1 дн.- 13 тиж. +6 дн., 18-21 тиж.), з 28 тижнів і надалі 1 раз в 4 тижні;

— з 30 тижня вагітним записується кардіотокограма.

Таким чином, показаннями до передчасного родорозрішення оперативним шляхом є епілептичний статус, серійність виникнення нападів, дистрес плода.

Епілепсія не є протипоказанням для родорозрішення через природні пологові шляхи.

Медикаментозне ведення пологів та їх знеболення не відрізняється від звичайного ведення пологів.

Під час пологів жінці рекомендовано вживати антиконвульсант згідно її графіка.

*Маринчина І.М., Камінська У.А.
кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці*

СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ

Наявність тісних зв'язків між плацентою, плодом і організмом матері робить можливим на основі визначення вмісту в сироватці крові вагітних гормонів фетоплацентарного комплексу здійснити своєчасну діагностику плацентарної дисфункції та внутрішньоутробного страждання плода, що дозволить покращити перинатальні наслідки.

Метою нашої роботи було вивчення прогностичного значення концентрації гормонів фетоплацентарного комплексу щодо виникнення плацентарної дисфункції (ПД) у вагітних з гіперандрогенією.

До основної групи (30 пацієток) - увійшли вагітні жінки з стертими формами ГА, діагностованої в I триместрі вагітності. Клінічні критерії формування основної групи з боку матері були наступні: поєднання даних анамнезу (викидень в 6-7 тиж. вагітності, вагітність, що не розвивається, звичне невиношування, антенатальна загибель плода в анамнезі, тривала загроза викидня, часткове відшарування хоріону, передчасні пологи, як при попередніх, так і при даній вагітності) з наявністю відхилень від норми (підвищений рівень) концентрації дегідроепіандростерон-сульфата (ДГЕАС) і тестостерона під час даної вагітності. Контрольну групу склали 30 вагітних з відсутністю гестаційних ускладнень, обтяженого гінекологічного та акушерського анамнезу.

Стан фетоплацентарної системи й резервні можливості плода оцінювали за рівнем гормонів фетоплацентарного комплексу – естріол (ЕЗ), плацентарний лактоген (ПЛ), прогестерон (Пр). Визначення гормонів проводилося за загальноприйнятими методиками.

Ми встановили, що у вагітних обох груп спостерігається тенденція до поступового збільшення рівня прогестерону, але у вагітних основної групи середні значення концентрації даного гормону були суттєво нижчими на протязі всієї вагітності (в 20-24 тижні - $34,58 \pm 0,48$ нмоль/л, в 34-37 тижнів - $72,16 \pm 3,67$; $p < 0,0001$).

Аналізуючи динаміку ПЛ у жінок обох груп ми відзначили пропорційний підйом цього гормону в міру прогресування гестаційного процесу з вищим значенням у 34-37 тижнів. Однак нами встановлено, що у вагітних основної групи середні значення концентрації даного гормону були суттєво нижчими на протязі всієї вагітності. Так, найбільш виражені розходження між групами (більш ніж в 3 рази) мали місце в 20-24 тижні (контрольна група – $3,48 \pm 0,04$ мг/л, основна група – $1,13 \pm 0,02$ мг/л; $p < 0,0001$). У терміні 34-37 тижнів гестації - рівень ПЛ більш ніж в 2 рази менший, в порівнянні з контрольною групою, відповідно – $8,47 \pm 0,04$ та $3,69 \pm 0,06$ мг/л; ($p < 0,0001$).

У жінок із фізіологічним перебігом гестації рівень естріолу зростав із збільшенням терміну вагітності. Так, в 20-24 тижні середня концентрація гормону становила $18,38 \pm 0,33$ нмоль/л, наприкінці вагітності - $86,23 \pm 0,24$ нмоль/л ($p < 0,0001$). У терміні 20-24 тижні вагітності концентрація естріолу в основній групі була у 1,5 рази нижчою порівняно із контрольною групою і становила $12,36 \pm 0,15$ нмоль/л, а в 34-37 тижнів гестації – у 3 рази нижчою - $28,06 \pm 0,39$ нмоль/л, ніж у групі контролю ($p < 0,0001$).

Висновок. У діагностиці початкових проявів плацентарної дисфункції плаценти найбільш доцільним є визначення в 20-24 тижні гестації репродуктивних гормонів в сироватці крові. Вірогідно нижчими, ніж при фізіологічній вагітності є рівень прогестерону (в 2,2 рази), плацентарного лактогену (в 3 рази) та естріолу в 3 рази. Виявлення даних змін є основою для комплексного обстеження вагітних з ГА за відсутності клінічної симптоматики плацентарної дисфункції.

УДК 618.3:616.24-002.5

*Мацегора Н.А., Лекан О.Я., Голубенко М.Ю., Смоквін В.Д.,
Леоненко-Бродецька О.М., Смольська І.М., Бабуріна О.А.
Одеський національний медичний університет*

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ, СПРЯМОВАНИЙ НА СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Більше ніж 650 млн. жінок у світі інфіковані мікобактеріями туберкульозу (МБТ), і у 3,1 млн. із них щороку розвивається туберкульоз (ТБ). Особливої уваги потребує вивчення причин збільшення показника захворюваності на ТБ легенів серед жінок репродуктивного віку, у тому числі вагітних (В.І.Петренко, 2015).

Мета роботи. Розробити діагностичний алгоритм ведення вагітних, спрямований на своєчасне виявлення та лікування ТБ.

Небезпека виникнення або загострення ТБ більша на початку вагітності, в середині її (5-й місяць) і в останні тижні перед пологами, що пов'язують з гормональними "зламами" (М.М.Савула, 2004). Найбільш складною проблемою являється діагностика ТБ, який вперше виник на фоні вагітності, особливо у ранньому терміні її. У першому триместрі вагітності клінічна картина (симптоми туберкульозної інтоксикації) часто нашаровується на симптоми раннього гестозу (субфебрилітет, загальна слабкість, підвищена пітливість, зниження апетиту та ін.), що може бути причиною пізньої діагностики ТБ. Надалі, у другій половині вагітності, ТБ часто перебігає малосимптомно навіть при поширених інфільтративних і дисемінованих деструктивних процесах у легенях.

У цій ситуації на підставі наказу Одеської ОДА від 03.03.15р. № 74 та наказу Департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради від 23.03.15р. № 95 з метою раннього виявлення ТБ легень у вагітних нами розроблений діагностичний алгоритм, який включає наступні заходи:

1) оцінка скарг (симптоми інтоксикації: загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість, втрата апетиту, зниження маси тіла, головні

болі, тривале підвищення температури до субфебрильних цифр, частіше у вечірній час; бронхолегеневі симптоми: кашель з мокротинням або без нього, кровохаркання, біль в грудній клітці, задишка);

2) збір анамнезу, який включає контакт, супутні захворювання, шкідливі звички;

3) врахування змін у загальному аналізі крові: невеликий лейкоцитоз, прискорення ШОЕ; у другій половині вагітності часто спостерігається гіпохромна анемія;

4) дослідження мокротиння на МБТ методом мікроскопії та бактеріологічного посіву дворазово щоденно при першому зверненні із симптомами схожими на ТБ;

5) проведення рентгенографії органів грудної клітки з екранізацією живота вагітним жінкам, в яких виявлені симптоми, подібні на такі при ТБ; а також у післяпологовому періоді перед випискою із стаціонару;

б) проведення туберкулінодіагностики із застосуванням внутрішньошкірної проби Манту;

7) обстеження членів сім'ї вагітної, в якій діагностований ТБ.

Висновки. Удосконалення алгоритму діагностики ТБ легень у вагітних дозволить своєчасно виявити та лікувати ТБ під час вагітності і після пологів, домогтися одужання жінки і народження здорової дитини.

*Narols'ka A.I., Zadorozhna T.D., Gorban N.E.,
Kondratyuk V.K., Pustovalova O.I.*

FEATURES OF CERVIX EPITHELIAL DYSPLASTIC LESIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH UTERINE LEIOMYOMA

Introduction. The principle direction in cervical cancer prevention is timely diagnostics and qualified treatment of background and precancerous conditions, with special emphasis in patients with combined proliferative genital disorders (leiomyoma, adenomyosis, endometrial hyperplasia etc.).

Objective. Estimation of cervix epithelial dysplastic lesions in women of reproductive age with uterine leiomyoma.

Materials and research methods. 60 women of reproductive age (average age of the patients was 34.5 ± 3.6 years old) with cervical pathology and uterine leiomyoma, on the background of human papillomavirus highly oncogenic strains infection (HPV), were examined: I group – 30 women with uterine leiomyoma and chronic pelvic inflammatory diseases, II group - 30 women with uterine leiomyoma without related chronic pelvic inflammatory diseases. Control group consisted of 30 healthy women of reproductive age.

Results and discussion. According to data of liquid cytology, mild CIN (cervical intraepithelial neoplasia) was found in 18 (60.0%) patients of the I

group and in 22 (73.3%) patients of the II group. Severe CIN was diagnosed in 12 (40.0%) women with uterine leiomyoma and chronic pelvic inflammatory diseases and in 8 (26.7%) patients with uterine leiomyoma without chronic pelvic inflammatory diseases. The specific signs of HPV infection were registered cytologically in both groups examined.

During colposcopy white epithelium was found in: 22 (73.3%) women of the I group in comparison with 15 (50.0%) patients of the II group. Clinically significant sign of atypical transformation zone (keratinizing cancer) was found significantly more in patients of the I group - in 4 (13.3%) cases, than in patients of the II group - in 1 (3.3%) woman, respectively. Atypical vessels with modified structure, which did not respond to treatment with acetic acid solution, occurred more often in patients of the I group - 6 (20.0%) cases, compared with patients of the II group - 4 (13.3%).

For the purposes of estimation of cervical epithelium structural changes results of histological and immune-histological researches of 30 biopsy cervical samples were analyzed. In 9 (30.0%) cases the patients examined had dysplasia of stratified squamous epithelium (CIN I) with weakly positive expression of proliferative antigen Ki-67. Seven (46.7%) patients of the I group and 6 (40.0%) examined patients of the II group had histologically confirmed dysplasia of cervical epithelium of moderate severity (CIN II) with moderate expression of proliferative antigen Ki-67. Five (33.3%) patients of the I group and 3 (20.0%) women of the II group, according to the results of histological and immune-histological researches, had verified severe dysplasia (CIN III).

Endometrial Pipelle biopsy was carried out in patients with CIN II-III. Thus, in women of both groups (n=21) the majority of endometrial pathology was represented by endometrial polyps - in 5 (41.7%) patients of the I group and in 3 patients (33.3%) of the II group.

Conclusions. 1. Liquid cytology improves quality of cervical epithelium research due to obtaining of full material, standardization of drugs preparation method and increases efficiency of diagnostic means. 2. Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) was diagnosed in 18 (60.0%) patients with uterine leiomyoma on the background of chronic pelvic inflammatory diseases (I group) and in 22 (73.3%) examined with uterine leiomyoma without related chronic pelvic inflammatory diseases (II group). High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) was determined in 12 (40.0%) patients of the I group and in 8 (26.7%) of those examined in the II group. 3. Analysis of data of extended colposcopy demonstrated that in presence of cervical pathological changes abnormal colposcopic picture prevailed, being the most expressed in patients with uterine leiomyoma on the background of chronic pelvic inflammatory diseases ($p < 0.05$). 4. Among women with cervical pathology and uterine leiomyoma, on the background of human papillomavirus highly oncogenic strains infection, dysplastic changes with foci of coilocytic

hyperplasia of squamous cervical epithelium and expression of proliferative antigen Ki-67 in nuclei on squamous cervical epithelium were determined morphologically.

Prospects for future research. Given the steady tendency of «rejuvenation» of precancerous cervical pathology, increase of its detection frequency, especially in patients with combined proliferative pathology of myometrium and endometrium, important and prospective is rationalization of approaches to organ preservation treatment of this pathology with consideration given to patient's reproductive intentions.

*Посохова К.А., Олещук О.М., Шевчук О.О., Матюк Л.М.
ДВНЗ «Тернопільський державний університет
імені І.Я. Горбачевського», ДОЗ Тернопільської ОДА*

АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ ВАГІТНОСТІ

При вагітності нерідко виникає потреба у призначенні антибактеріальних, антимікобактеріальних, протигрибкових, противірусних препаратів для лікування уrogenітальної патології чи екстрагенітальних захворювань. Водночас будь-яке медикаментозне втручання у цей період повинне проводитись після ретельного зважування балансу користь для матері/ризик для плода. Протипоказані у вагітних жінок цефазолін, цефпіром, азтреонам, аміноглікозиди, сульфаніламід, хлорамфенікол, фторхінолони, нітрофурані, тетрацикліни, парааміносаліцилова кислота, етамбутол, етіонамід, ітраконазол, кетоконазол, амантадин, римантадин, рибавірин, інтерферон альфа і бета, ганцикловір, фоскарнет тощо. У 1 триместрі вагітності протипоказані амоксицилін/клавуланат, азитроміцин, ванкоміцин, метронідазол, тинідазол, нітроксолін, рифампіцин, клотримазол, занамівір, надалі їх застосування можливе лише за умови, коли користь для жінки суттєво перевищує ризик для плода. За умови суттєвого переважання користі над ризиком застосовуються ампіцилін, тикарцилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам, цефалексин, цефуроксим, цефепім, тієнам, меропенем, кларитроміцин, рокситроміцин, еритроміцин, ізоніазид, піразинамід, сертаконазол, міконазол, тербінафін, арбідол, оксолін, озельтамівір, ацикловір. За життєвими показаннями використовують цефтріаксон, цефоперазон, флуконазол. Можна призначати вагітним жінкам біосинтетичні пеніциліни (з обережністю!), амоксицилін (проте, при його призначенні у кінці вагітності – ризик некротизуючого ентероколіту у новонароджених), спіраміцин, натаміцин, арбідол, лаферон назальний.

При вирішенні питання медикаментозної терапії у вагітних необхідно ретельно ознайомитись з інструкцією до застосування препарату. Перед призначенням (відпуском) будь-яких ліків жінкам репродуктивного віку лікареві (фармацевту) слід з'ясувати питання наявності (відсутності) вагітності.

Постевка І.Д.

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

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕПЛООВОГО ПОТОКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У СКРИНІНГУ ЇЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Рак молочної залози є самим розповсюдженим захворюванням серед жіночого населення. Ефективним методом боротьби з даним захворюванням є рання діагностика, що вказує на необхідність створення нових неінвазивних технологій. Вимірювання теплового потоку з поверхні молочної залози дозволить вдосконалити ранню діагностику її захворювань, зокрема онкологічного генезу.

Тому метою дослідження було вивчити особливості динаміки теплового потоку жіночої молочної залози, залежно від тижня після закінчення фази десквамації менструального циклу.

Обстежено 55 жінок без явної патології молочної залози та 12 – із первинно виявленим раком даної локалізації. Середній вік обстежених осіб склав $31,4 \pm 0,78$ роки. Вимірювання теплового потоку молочної залози проводили кожні 5 секунд, впродовж 5 хвилин, контактним способом, використовуючи прилад АЛТЕК - 10008, з програмним забезпеченням Thermologger 9004 TC-M (Київ, Україна). Термоелектричні сенсори теплового потоку розташовували у горизонтальному положенні, в кожному квадранті правої та лівої молочної залози.

Отримані результати свідчать, що між всіма квадрантами правої та лівої патологічно неураженої молочної залози, впродовж всіх фаз менструального циклу, відсутня вірогідна різниця величини теплового потоку, а також температури поверхні шкіри. При наявності злоякісного новоутворення молочної залози відмічається вірогідно нижчий тепловий потік в проекції розташування пухлини та власне всієї залози.

Отже, тепловий потік молочної залози в повній мірі відображає морфофункціональний стан її тканин, незалежно від фази менструального циклу, це дає змогу використовувати його з метою скринінгу раку молочної залози.

*Сиса О.М., Берестовий В.О., Баришнікова О.П.
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ, Україна*

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ. ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Актуальність: невіношування вагітності є серйозною проблемою у сучасному акушерстві. Близько 10-20% вагітностей у жінок закінчуються самовільними абортами чи передчасними пологамі. На сьогоднішній день однією із основних причин передчасних пологів (до 34тиж. гестації) є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН).

Мета і завдання дослідження: визначити відсоток вагітних із загрозою переривання вагітності, та метод хірургічної корекції ІЦН.

Методи дослідження: аналіз даних київського міського пологового будинку №5.

Результати дослідження. ІЦН - це патологічний стан перешийка та шийки матки не здатні протидіяти внутрішньоматковому тиску і утримувати ростуче плідне яйце у порожнині матки до настання своєчасних пологів (МКХ 10 О343). За 2014 рік у відділенні патології вагітності (ВПВ) було госпіталізовано 2967 пацієнтки, з них 2097 переведено в пологий зал (70% від усіх вагітних, які пройшли через відділення). Із 525 вагітних пролікованих у ВПВ із загрозою переривання вагітності та загрозою передчасних пологів у 197 вагітних, що складає 37.5%, проводилась хірургічна корекція ІЦН мерсиленовою ниткою. Лише у 3 випадках після хірургічної корекції відбулись передчасні пологи до 30 тижнів. 2 випадки передчасних пологів були пов'язані з відходженням вод при багатоводній вагітності та 1 – кровотеча у зв'язку з центральним варіантом передлежання плаценти.

*Ситнікова В.О., Гончаренко Г.Ю.
Одеський національний медичний університет, м.Одеса, Україна*

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОМІОЗУ В ПОСТМЕНОПАУЗІ

В структурі гінекологічних захворювань ендометріоз займає третє місце після запальних процесів та лейоміоми матки. У 70-80% ендометріоз представлений аденоміозом. Незважаючи на значне число досліджень, присвячених аденоміозу, багато питань залишаються невирішеними.

Метою дослідження є уточнення патогенезу, прояву, ускладнень і ефективної терапії аденоміозу у жінок в постменопаузі.

Ми ознайомилися з історіями хвороб 30 жінок. Критеріями відбору хворих слугували встановлений клінічний діагноз аденоміозу і період постменопаузи. В залежності від вираженості основних клінічних проявів (больовий синдром і метрорагія), характерних для аденоміозу, всі обстежені були розділені на дві групи: 1-у склали 13 пацієнток з клінічно активним аденоміозом, 2-у - 17 хворих з клінічно неактивним аденоміозом. Аналіз тривалості захворювання з моменту появи перших симптомів до госпіталізації вияв, що при активному ендометріозі у більшості випадків вона склала 1-5 років, при неактивному - 6-10 років. Дослідження репродуктивного анамнезу не виявило суттєвої різниці в кількості вагітностей і пологів в обох групах. Встановлена закономірність поєднання аденоміозу різної клінічної активності з гіперпластичними процесами в ендометрії: проста неатипова форма залозистої гіперплазії ендометрію (ЗГЕ) частіше зустрічалася в 1-й групі; комплексна без атипії і атипова форми ЗГЕ – у 2-й групі.

Проведена робота свідчить про обґрунтованість поглибленого комплексного вивчення клініко-морфологічних особливостей аденоміозу у зазначеній категорії жінок із залученням сучасних технологій

*Тучкіна І.А., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В.,
Благовещенський Р.Є., Осовський І.К.
кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна*

МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Актуальність: У даний час хірургічні лапароскопічні методи лікування є менш травматичними, та зручними для виконання й супроводжуються меншим відсотком ускладнень, а в ряді випадків навіть більш ефективні для конкретного пацієнта, виходять на передній план серед усіх лікувально-діагностичних втручань.

Мета: Провести ретроспективний аналіз гінекологічної патології за даними історій хвороби для обґрунтування вибору лапароскопії, як малоінвазивного оперативного втручання в гінекологічній практиці.

Матеріали і методи: Було проаналізовано 110 історій хвороб жінок у віці 22-38 років, які перебували в гінекологічному відділенні КЗОЗ «Харківський міський пологовий будинок №1» за період 2013 – 2014 рр. Усі пацієнтки були обстежені відповідно до наказу МОЗ України № 676 (від 31.12. 2004р.)

Результати: Аналіз гінекологічного анамнезу показав, що в 53% обстежених жінок виявлено: хронічний сальпінгофорит, вульвовагініт, ерозію шийки матки, кісти яєчників, безпліддя. Інфекції, що передаються статевим шляхом, було відзначено у 34% пацієток. Діагностовано - хламідіоз, трихомоніаз, бактеріальний вагіноз.

У 36% обстежених виявлена екстрагенітальна патологія переважно хронічна: хронічний пієлонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, хронічний гастрит.

Аналіз менструальної функції хворих показав, що у 81% з них відзначалися аменорея, дисменорея, гиперполіменорея. Хворі госпіталізувалися в клініку, як у плановому, так і в ургентному порядку.

Оперативне втручання проводилося лапароскопічним методом з приводу кіст яєчників – у 78% пацієток, з них: дермоїдних - 32%, ендометріюїдних - 46%. Діагноз позаматкова вагітність встановлено у 66% жінок (порушена - 37%, непорушена - 29%). Лапароскопічні операції на придатках проведено в 42% пацієток: тубектомія - 12%, сальпінготомія - 13%, сальпінгооваріолізіс - 16%, хромосальпінгоскопія - 23%. Прооперовано планово 61% жінок, 39% - ургентно.

Тривалість операцій склала в середньому 41 хвилину. Середній ліжкодень скоротився до 5,3 ліжкодня.

Висновки: Лапароскопічний метод лікування у гінекологічній практиці є малоінвазивними, менш травматичним порівняно з лапаротомією. Післяопераційний період протікає з меншою кількістю ускладнень у хворих. Метод є економічно вигідним, тому що скорочує терміни перебування жінки в стаціонарі і сприятливо позначається на збереженні репродуктивної функції жінки.

Тучкіна І.А., Вигівська Л.А., Меренкова І.М., Арсентьєва А.В.

кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ШИЙКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Шийкова вагітність (ШВ) є рідкісною формою ектопічної вагітності, яка зустрічається з частотою 0,1-0,4% випадків. Виникненню ШВ сприяють медикаментозні та хірургічні аборти, запальні захворювання органів малого таза, пухлини матки, екстракорпоральне запліднення. ШВ діагностують у тих випадках, коли трофобласт прикріплюється в цервікальному каналі нижче внутрішнього зіву. Запліднена яйцеклітина проростає в м'яз шийки матки з утворенням єдиного гіперваскуляризованого комплексу, внаслідок відсутності децидуальної

оболонки в цервікальному каналі. Тому при порушенні цілісності плодового яйця виникає профузна кровотеча.

Проаналізовано історії хвороб жінок з ектопічною вагітністю, які перебували на лікуванні в стаціонарі гінекологічного відділення КЗОЗ «Харківський міський пологовий будинок №1» за останні 5 років.

Проведений у роботі аналіз сучасних методів діагностики ШВ показав, що постановка діагнозу ґрунтується на результатах клінічного обстеження, дослідження рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у крові, ультразвукового дослідження (УЗД), з використанням кольорового доплерівського картування (КДК), магнітно-резонансної томографії (МРТ). Встановлено, що рівень ХГЛ у крові при ШВ не відповідає гестаційному терміну. Збільшення концентрації ХГЛ відбувається повільніше, ніж при нормальній вагітності. За допомогою УЗД з використанням трансабдомінального і трансагінального датчиків, визначалися розміри матки, оцінювалася структура міометрія, наявність або відсутність міоматозних вузлів, ендометріозу, локалізація та розміри плодового яйця. УЗД з КДК кровотоку дозволило візуалізувати розташування судин хоріона, оцінити особливості васкуляризації матки та її шийчного відділу. На томограмах при проведенні МРТ (1 випадок) чітко визначалися кордони між хоріоном і стромою цервікального каналу. Сагітальний і поперечні розрізи забезпечили надійну візуалізацію плодового яйця і допомогли точно визначити його розміри.

Таким чином, у складних випадках проведення диференціальної діагностики, особливо, при не порушеній ШВ, крім традиційного клінічного методу і визначення в крові ХГЛ, вирішальними в діагностичному плані повинні бути сучасні методи обстеження: УЗД з КДК, і МРТ органів малого таза.

*Chubei G., Trohimovych O., Stamboli L.
SE «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology
National Academy of Medical Sciences of Ukraine»*

THE STATE OF SYSTEMIC AND LOCAL IMMUNITY IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA IN CONCOMITANT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS

The aim of this work was to determine the characteristics of the immunity on the local and system level in women with uterine leiomyoma in combination with inflammation of genitals to clarify their meaning in the genesis of disease pathogenesis and for developing the treatment approaches for this group of patients. The study involved 107 women of reproductive age: 46 women with uterine leiomyoma on a background of genital inflammation (first group), 31

women with uterine leiomyoma (second group) and 30 healthy women (control group). The non-specific immunity was studied by examining of the oxygen-dependent metabolic activity of phagocytic cells based on the results of spontaneous and the stimulated NBT-test parameters and the phagocytosis - phagocytic index and phagocytic number. The local and systemic immunity was determined by the the concentration of immunoglobulin A, M, G and lysozyme in blood serum and cervical mucus. The determination of the activity and intensity of phagocytosis and NBT-test allows to evaluate the state of the phagocytic system and the opportunity of phagocytic cells to participate in the pathogenesis of the disease and identify the treatment strategy. In women of both studied groups was revealed the inhibition of phagocytic activity of neutrophils, which was characterized by significant decrease of neutrophils absorption function in almost twice by the indexes of activity of the phagocytosis on a background of significant decrease of phagocytic number. According to the data of spontaneous NBT test in this contingent of patients is preserved the physiological ability of neutrophilic leukocytes to digest microorganisms, however, the phagocytes was unable for efficiently neutralizing of pathogens of the inflammation because of such decrease of phagocytic activity. This also indicates a significant decrease in both examined groups indicators "the stimulated" NBT-test for assessing the ability of granulocytes to complete phagocytosis. The revealed changes of phagocytic activity of white blood cells are unilateral in both study groups and demonstrate a violation of phagocytic function as one of the possible causes of the disease. Reducing of activity and intensity of the phagocytosis can indicate the chronic long-term disease and exhaustion of the immune system in response to the impact of damaging agents. However, the indicators of spontaneous and stimulated NBT-test was significantly different in groups with comorbidity and isolated uterine leiomyoma. In women with presence of concomitant inflammatory process was observed a significantly higher levels of both spontaneous and stimulated NBT-test in relative to the group of women with uterine leiomyoma without chronic inflammatory diseases of the genitals, that indicating a more pronounced strain the immune response and as a result much deeper dysfunction changes of the immunity when combined disease. The study of the major classes of immunoglobulins levels in blood serum was found that the levels of Ig G and Ig A in women with uterine leiomyoma on a background of genital inflammation and women with uterine leiomyomas were significantly higher than similar rates of women of the control group. The analysis of the contents of the main bactericidal factors of biological fluids - lysozyme also showed a significant increase in its patients in of both studied groups. The study of the immune system in women with uterine leiomyoma determined that the course of disease in examined women is accompanied by activation of specific and nonspecific factors at the system level. The study of local immunity was

revealed a significant increase in the concentrations of Ig G and Ig A in the cervical mucus in women of both groups compared with healthy women. The concentration of sIg A in the cervical mucus is not different from that of the control group. In the cervical mucus of women with uterine leiomyoma on a background of genital inflammation and in women with isolated pathology was revealed the sufficiently high concentrations of Ig M, in averaged, $(0,24 \pm 0,06)$ g/l and $(0,30 \pm 0,14)$ g/l, respectively. This indicated the presence of acute inflammation in these patients. It should be noted, that in women of the control group Ig M was not detected. The concentration of lysozyme of cervical mucus in women of both groups were not significantly different from data of the control group. The study of the functioning of the immune system at the local level in the presence of uterine leiomyoma and its combination with inflammation of genitals indicates substantial unidirectional violations in the state of local immunity and protective function of the cervical mucus of surveyed women. Thus, the presence of uterine leiomyoma was accompanied by significant activation of local immune factors that are approved by increasing concentration of Ig G, Ig A, and Ig M in cervical mucus in 57 % of women with uterine leiomyoma on a background of genital inflammation and in 29 % of women with uterine leiomyoma. The obtaining data suggested the intensity of the processes of immunogenesis in women of both studied groups which is more expressed in the presence of inflammation.

ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ: ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

*Боднар Р.Я., Боднар Л.П., Сиваківський М.А..
ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського»*

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АСОЦІАЦІЇ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Обстежено 45 хворих на гострий інфаркт міокарда (ІМ): 1-а група – 24 пацієнта, у яких рівень сечової кислоти (СК) був у межах норми, 2-а – 21 хворий, у яких рівень СК в плазмі крові становив $(0,64 \pm 0,02)$ ммоль/л.

У хворих 1-ї групи до початку лікування спостерігалася гіперкоагуляція. Так, порівняно із даними волонтерів рівень загального фібриногену зріс у 6,04 раза. Прискорення тромбогенезу за внутрішнім шляхом утворення тромбоназного комплексу підтверджується змінами часу згортання крові, який був меншим за контроль у 2,72 раза ($(7,08 \pm 0,19)$ хв. в контролі та $(2,60 \pm 0,09)$ хв. у хворих на ІМ без гіперурикемії (ГУ). Також спостерігається зростання протромбінового індексу на 15,83%, а часу рекальцифікації на 46,32%. Прискорення утворення тромбоназного комплексу поєднувалося із напругою протизгортаючої системи. Водночас майже однаково пришвидшувалася у пацієнтів обох груп фібринолітична активність плазми крові.

Отже, отримані дані засвідчують, що при гострому ІМ поряд із активацією тромбогенезу спостерігається активація антитромбінової системи, проте функція останньої не є достатньою, що спричиняє тромбоутворення. Аналіз співставлення показників коагулограми хворих на ІМ з ГУ, отриманих безпосередньо при поступленні хворих в стаціонар із даними контролю і пацієнтів з ІМ без ГУ засвідчив, що накопичення фібриногену є вищим на 22,08% і 13,24%, відповідно. На наявність високого гіперкоагуляційного потенціалу у пацієнтів з ІМ, асоційованого з ГУ, побічно вказують порівняно із даними пацієнтів 1-ї групи, відносно триваліше сповільнення часу згортання крові, вищий протромбіновий індекс, триваліший час рекальцифікації. Таким чином, розвиток ГІМ з ГУ початково пов'язаний із високим гіперкоагулятивним процесом. Останній також пов'язаний із значною напругою і виснаженням антитромболітичних процесів.

Аналіз показників коагулограми в гостру стадію перебігу ІМ засвідчив тенденцію до зниження показників рівня вмісту фібриногену, порівняно із вихідними даними в 1-й групі. Сповільнення тромбогенезу

підтверджується подовженням часу згортання крові, порівняно із вихідними даними. Слід зауважити, що зменшення показника протромбінового індексу та часу рекальцифікації теж є однонаправленим із несуттєвою міжгруповою різницею, відповідно на (7,25 і 8,02)% та (8,76 і 17,41)%.

Про позитивний вплив стандартної терапії на усунення процесів тромбогенезу свідчить зміна показників, що характеризують тромболітичну активність. Зросла толерантність плазми до гепарину, прискорився еуглобуліновий лізис.

У підгостру стадію перебігу ІМ рівень фібриногену плазми крові у хворих 1-ї групи перевищував контрольний показник на 38,31%, а у пацієнтів 2-ї – на 48,05%. Тобто, при вихідній наявності ГУ рівень фібриногену знизився лише на 51,95%, а при ГУ – на 61,69%. Поряд з цим в обстежених пацієнтів 1-ї групи час згортання крові відхилився від контрольного показника на 17,22%, протромбіновий індекс – на 8,00%, час рекальцифікації – на 21,84%, толерантність до гепарину – на 34,81%, фібринолітична активність – на 67,73%. Водночас у пацієнтів 2-ї групи відсоток відхилення, відповідно становив (20,01; 4,31; 20,66; 27,24; 58,11)%. Тобто незважаючи на високу активізацію протизсідальної системи у хворих на ІМ з ГУ, у підгострий період перебігу хвороби у них залишається більш суттєвий рівень коагулятивної активності.

Виявлені зміни показників системи гемостазу свідчать про поєднану активність як згортальної, так і пригнічення протизгортальної ланок. Симптом гіперкоагуляції початково переважає у хворих на ІМ з ГУ. У подальшому під впливом стандартної терапії цих пацієнтів відмічається інтенсифікація антитромбінової ланки гемостазу, проте у підгострій стадії перебігу ІМ у зазначених хворих ще залишається висока схильність до тромбоутворення. Тому дане дослідження потребує подальшого пошуку нових методів корекції гемостазіологічного стану крові даних пацієнтів.

Бойко Т.В.

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

ГЕТЕРОГЕННІСТЬ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧИННИКІВ РИЗИКУ

Часто причиною розвитку змін кісткової тканини (КТ) є поєднана патологія органів травлення.

Мета роботи: вивчити гетерогенність змін КТ у хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з хронічним панкреатитом на тлі хронічних

гепатитів залежно від чинників ризику. Обстежено 62 хворих на дану мікст-патологію. Вік пацієнтів коливався від 20 до 73 років. Серед обстежених було 29 чоловіків (46,8%) та 33 жінки (53,2%), причому 50,0% жінок знаходились у доменопаузальному періоді та 50,0% – у постменопаузальному. Хворі були поділені на 3 групи: 1-ша – 7 (11,3%) пацієнтів з нормальною МЩКТ, 11-га – 35 (56,5%) – з остеопенією, 111-тя – 20 (32,2%) – з остеопорозом (ОП). У кожній групі проводили оцінку основних денситометричних показників та аналізували їх для встановлення чинників ризику розвитку остеодефіцитних станів за наявності коморбідної патології органів травлення. Діагноз верифікували на основі клінічних та лабораторно-інструментальних досліджень. Денситометричне обстеження поперекового відділу хребта проводили на апараті LUNAR USA. Виявлено, що найбільша кількість ОП припадає на пацієнтів зрілого та похилого віку (30,0% та 35,0% відповідно). При кількісному аналізі денситометричних показників у пацієнтів різних вікових груп відмічено, що МЩКТ на 28,1, 21,3 та 11,3% нижча у хворих похилого віку, порівняно з обстеженими молодого, середнього та зрілого віку ($p < 0,05$) відповідно. У пацієнтів з анамнезом захворювання більше 10 років ОП спостерігався найчастіше.

Аналіз змін КТ у чоловіків і жінок показав, що ОП частіше розвивається у жінок постменопаузального періоду (55,6%) від загальної кількості діагностованого ОП. Серед чоловіків та жінок доменопаузального періоду відмічена однакова частота виявлення ОП.

Висновок. У хворих на коморбідну патологію органів травлення відмічено, що частота розвитку остеопорозу залежить від віку, статі та тривалості захворювання.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні інших чинників ризику розвитку змін мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на дану мікст-патологію.

*Вишиванюк В.Ю., Яцишин Р.І., Шаповал О.А., Скробач Н.В.,
Бабенко О.І., Петрина В.О., Балан У.В., Романів О.П.
Івано-Франківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

ВХ на сучасному етапі характеризується високою поширеністю, переважним дебютом захворювання в молодому та середньому віці, високим рівнем рецидивування, ускладнень та випадків втрати працездатності, тобто ВХ залишається дуже актуальною соціальною проблемою.

Метою нашої роботи стало вивчення гендерних особливостей поширеності та перебігу ВХ.

Для досягнення мети обстежено 148 хворих з верифікованим діагнозом ВХ. Всі пацієнти мали *Helicobacter pylori*-позитивний статус. За даними ендоскопії виразкові дефекти локалізувалися переважно на передній та передньо-нижній стінках дванадцятипалої кишки. Переважна більшість хворих (86,19%) за даними експрес-рН-метрії мали помірну та виражену гіперацидність.

Серед обстежених було 93 (62,84%) чоловіків та 56 (37,16%) жінок. У статеві-віковій структурі пацієнтів чітко виявляється перевага чоловіків молодого віку – 52 (35,13%) хворих. Четверту частину з усіх хворих – 35 (23,64%) – складають чоловіки середнього віку і лише п'яту частину – жінки молодого віку (26 хворих – 17,56%). Пацієнтів похилого віку було лише 9,45% хворих. Тобто, у статеві-віковій структурі обстежених хворих спостерігається значне переважання пацієнтів молодого та середнього віку, що дозволяє характеризувати ВХ як хворобу молодого та, головне, працездатного населення. Серед обстежених хворих на ВХ спостерігалася велика частка чоловіків, які хворіли менше 5 та 6-10 років.

Така перевага чоловіків серед хворих на ВХ, очевидно, пов'язана із деяким протекторним впливом жіночих статевих гормонів на слизову оболонку гастродуоденальної зони, але потребує подальшого вивчення.

*Волошин О.І., Доголіч О.І., Волошина Л.О.
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна*

ОЗДОРОВЧЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Актуальність. Однією із особливостей стану здоров'я популяції на світовому рівні останніх десятиліть є прогресуюче збільшення захворювань щитоподібної залози (ЩЗ), особливо в йододефіцитних регіонах планети. На популяційному рівні зниження функції ЩЗ відмічається в 2% дорослих, але в осіб старше 60 років – у 8%, вузлові утворення ЩЗ виявляють у 30%. Про важливість і глобальність цієї проблеми свідчить запровадження за пропозицією Європейської тиреоїдної асоціації з травня 2012 року відзначення Всесвітнього дня ЩЗ. Наголошується, що більшість захворювань ЩЗ вилікована або цим захворюванням можна запобігти шляхом дієтичних корекцій, зокрема, пов'язаних з дефіцитом йоду в харчуванні. Йодний дефіцит призводить не тільки до ураження ЩЗ, але, впливаючи на організм вагітної жінки, може

викликати незворотні зміни з боку ЦНС плода з різними ступенями розумової відсталості. Отож, йдеться про майбутній інтелектуально-біологічний потенціал націй. Цією проблемою повинні займатися всі лікарі терапевтичного, акушерського, педіатричного профілю під егідою ендокринологів. Одним із важливих завдань медичних працівників є пропаганда програм профілактики і освітніх програм стосовно патології патології ЩЗ.

Мета роботи – поширення інформації про лікарські рослини з підвищеним вмістом йоду серед фахівців медико-біологічного профілю для ширшого впровадження в життя дієтичної профілактики захворювань ЩЗ серед населення.

Матеріал і методи. Проаналізована численна вітчизняна та зарубіжна література про лікарські рослини, що сприятливо впливають на ендокринну систему, зокрема ЩЗ.

Результати дослідження. Встановлено, що серед рослин із підвищеним вмістом йоду є ті, що традиційно використовуються в харчуванні українців, інші – можуть вживатися у вигляді чаїв, відварів, або є перспективними для створення біологічно активних добавок (БАД). Зокрема, такими є наступні рослини:

1. Аронія чорноплода (горобина), плоди;
2. Артишок посівний, кошички;
3. Агрис звичайний, плоди;
4. Брусниці, ягоди;
5. Буряк червоний;
6. Зелений горох, плоди, лущиння;
7. Журавлина, плоди;
8. Капуста (всі сорти);
9. Квасоля (боби, стручки);
10. Кизил (плоди);
11. Крес салат, листя;
12. Ліщина, листя, ядра горішків;
13. Морква червона;
14. Огірки плоди;
15. Соя, боби;
16. Суниці, ягоди;
17. Фейхоа, плоди;
18. Чорнослив, плоди;
19. Береза повисла, листя, суцвіття;
20. Буркун лікарський, трава;
21. Вільха сіра, чорна, супліддя;
22. Вовконіг (зюзник) європейський, трава;
23. Гадючник (лабазник) шестипелюстковий, трава, коріння;
24. Дрік красильний, трава;
25. Живокіст, трава, кореневище;
26. Настурція лікарська;
27. Нетреба звичайна, трава;
28. Ехінацея, квіти, кореневище;
29. Ламінарія;
30. Перстач білий, трава, кореневище;
31. Спіруліна;
32. Цетрарія ісландська, трава;
33. Цикорій дикий, трава, кореневище.

Згідно наведеного списку з п. 19 по п. 33 пункти це – лікарські рослини, які слід вживати у вигляді чаїв, відварів одно- чи декілька компонентних. Майже всі вони доступні для широкого використання, оскільки є дуже поширеними в різних зонах України в дикій природі чи можуть культивуватися в сільській місцевості, на дачних ділянках містян. Цим повідомленням ми хотіли привернути більшу увагу медичної спільноти та населення щодо пропаганди ширшого використання в оздоровчому харчуванні жителів України в нинішніх непростих умовах існування пост чорнобильської епохи і не тільки. В планетарному масштабі життя кожного з них характеризується все зростаючими темпами життя, надмірними хронічними стресами, що вимагає підвищеного рівня функціонування людського організму. Останнє може бути забезпечене адекватним в біологічному сенсі харчуванням як джерелом всіх необхідних речовин та належним функціонуванням «контролера» всіх видів обміну речовин – ЩЗ, яку ще називають «залозою тривалої адаптації організму» до різних варіантів тривалих випробувань на людину, включаючи хвороби.

Принадгдно зазначимо, що ТОВ «Нутрімед» (Україна) виробляє БАД «Зобофіт», вмістом капсули якого є екстракти перстачу білого, дроку красильного, листя берези повислої, гадючника шестипелюсткового, кореня півонії незвичайної та спіруліни. Рекомендується в якості додаткового засобу лікування хворих на гіпотиреоз, аутоімунний тиреоїдит, дифузний зоб. Автори цього повідомлення також мають досвід застосування «Зобофіту» у хворих на остеоартроз, остеопороз та подагру з явищами гіпотиреозу та підтверджують не тільки тиреостатичну дію на ЩЗ, але й на зазначену суглобову патологію.

Висновки.

1. Йододефіцитні стани та захворювання щитоподібної залози є несприятливим чинником людства в нинішню епоху та мають тенденцію до їх зростання. Одним з ефективним шляхів профілактики уражень щитоподібної залози є пропаганда ширшого використання в харчуванні рослин з підвищеним вмістом йоду та чаїв, БАД з лікарських рослин з аналогічними властивостями.

2. Доцільні подальші наукові пошуки з дослідження механізму дії лікарських рослин з підвищеним вмістом йоду та створення нових БАД чи лікарських форм для профілактики патології щитоподібної залози.

ПОДАГРА І КОМОРБІДНІ ЯВИЩА: ВПЛИВ НА РІВНІ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Актуальність. В останні десятиліття у світі відмічено ріст захворюваності на подагру з 0,5 до 2-3,5%. Важкість дослідження проблеми подагри зумовлена ще й тим, що вона є вагомим фактором ризику серцево-судинних захворювань і вирізняється високим рівнем коморбідності. Дослідження особливостей формування коморбідних процесів у хворих на подагру залежно від її стадії та віку хворих є об'єктом уваги науковців останнього десятиліття, особливо крізь призму оцінки кардіоваскулярних ризиків.

Мета роботи – оцінити ризики виникнення кардіоваскулярних подій у хворих на подагру залежно від рівня коморбідності у віковому аспекті.

Матеріал і методи. В дослідження включено 127 хворих на первинну подагру у віці 37-76 років (середній вік 56,3±4,60 років), серед яких домінували чоловіки (99 осіб – 77,95%). Діагноз подагри виставлений на підставі критеріїв S.L. Wallace (APA, 2001). Діагнози коморбідних захворювань підтверджені профільними фахівцями. Розрахунок сумарного кардіоваскулярного ризику здійснювали за шкалою SCORE (2007р.), згідно якої можна розрахувати 10-річний ризик виникнення основних коронарних подій. Основними оцінюючими факторами ризику (ФР) за цією шкалою є: вік, стать хворих, статус паління, рівень систолічного АТ, наявність цукрового діабету (ЦД), рівні загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ) та низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ). Матеріали оброблені статистично.

Результати дослідження. Установлено, що в чоловіків подагра перебігає стадійно, прогресує повільно, із наростанням явищ поліморбідності та коморбідності від першої (інтервальна подагра) до другої (хронічний подагричний артрит) стадій, серед яких домінуючими були прояви прояви метаболічного синдрому (МС). Тільки в 4 чоловіків (4,04%) не виявлено супутніх та коморбідних захворювань. У хворих із першою стадією подагри прояви МС відмічені в 14 із 36 осіб (38,9%), при тому, вони були помірними (АГ I ст., ожиріння I ст., стеатогепатоз, дисліпідемія, початкові явища ІХС).

У пацієнтів із другою стадією подагри прояви МС відмічені у 49 хворих із 63 чоловіків (77,8%) та були більш вираженими (АГ II ст., ожиріння II-III ст., стеатогепатоз чи стеатогепатит, ІХС в більш значних формах, ЦД II типу, вищі рівні дисліпідемій).

У віці до 50 років (як правило, подагра першої стадії) в середньому у хворих відмічено 2-5 коморбідних явищ, у віці 51-60 років – 5-7

коморбідних процесів, в осіб старше 60 річного віку – 8-9 і більше; при цьому вони наростали не тільки кількісно, але й за вираженості клінічних проявів, зростанням тяжкості перебігу, потребою в частіших звертаннях до спеціалістів по профілю домінуючої коморбідної недуги та відповідного посилення медикаментозної опіки. Це зумовлювало ускладнення мор бідного маршруту пацієнтів із подагрою пізніх стадій: додатково до кардіологів, ендокринологів, гастроентерологів. Більш властивою така тенденція була притаманна хворим в яких домінуючими проявами МС були значні ознаки АГ та ожиріння; в них же без виключень відмічені суттєві рівні дисліпідемії (для порівняння: у хворих із першою стадією подагри та помірними явищами МС дисліпідемії відмічена у 24 із 36 осіб – 66,7%; загалом у вибірці – у 104 осіб – 81,9%).

У відповідності до Європейських рекомендацій з використання в клінічній практиці шкали SCORE нами здійснена оцінка сумарного 10-річного ризику серцево-судинних подій у обстежених хворих. Згідно цього аналізу встановлено, що в більшості хворих на подагру є високий (більше 5%) рівень кардіоваскулярного ризику (101 пацієнт – 79,53%). Із них ймовірність розвитку тяжкої форми ІХС (кардіоваскулярний ризик більше 20%) відмічена в 23 (18,1%) осіб. Тільки в 26 (20,47%) пацієнтів рівень розвитку фатальної серцево-судинної події був низький і середній (1-4%); як правило, це були хворі на подагру у віці до 50 років без коморбідних процесів чи з мінімальними (кількісно і якісно) їх проявами, лише у половини з них були незначні чи помірні явища дисліпідемії.

У віковому аспекті в старших вікових групах хворих зростає відсоток сумарного кардіоваскулярного ризику: у віці 51-60 років – до 7-9%, 61-70 років – до 14-16%, старше 70 років – більше 20%. Тобто, у віковому аспекті у хворих на подагру дуже суттєво зростає рівень судинного і кардіоваскулярного ризику.

Певним підтвердженням цьому є наше двохрічне спостереження за обстеженим контингентом хворих: у чоловіків (4,04%) хворих на подагру у відповідних лікувальних установах документально підтверджено інфаркт міокарда (3) та інсульт (1); із 27 жінок хворих на подагру в двох встановлена транзиторна ішемічна атака, в однієї – інфаркт міокарда (10,7%).

Висновки. У хворих на подагру із зростанням стадії, тяжкості її перебігу, рівня коморбідності та віку хворих суттєво зростає рівень сумарного кардіоваскулярного ризику. Формами запобігання розвитку кардіоваскулярних подій можна вважати своєчасне і адекватне лікування коморбідних процесів та вдосконалення антиагрегантних лікувальних комплексів.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З КОМОРБІДНИМИ ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Актуальність. Відомо, що остеоартроз (ОА) є вік-залежним захворюванням, якому притаманні зростаючі кількісно і якісно явища поліморбідності та коморбідності. Одними із найбільш частих із них є ожиріння, жирова хвороба печінки, різні прояви атеросклерозу та його патогенетична основа – дисліпідемії. У зв'язку з останніми в стандарти лікування ОА мимоволі включають гіполіпідемічні засоби, статинам серед яких надається перевага. Проте в спектрі поліморбідних процесів при ОА часто зустрічаються хронічний панкреатит, синдром подразненого кишечника, дисбіоз, які разом із жировим ураженням печінки уповільнюють окислення холестерину в останніх і виділення його метаболітів в кишечник, погіршують мікробну біотрансформацію холестерину мікробіотою, зменшуючи його виділення з калом у вигляді копростенолу, холестенолу тощо. Саме тому, в таких ситуаціях спостерігаються вищі рівні дисліпідемій та гірші результати від застосування статинів. Додатковим фактором стійкості таких дисліпідемій є побічні ефекти від тривалого застосування статинів, зумовлених їх гепато- та панкреатотоксичністю.

Метою дослідження є вдосконалення способу корекції дисліпідемій у хворих на ОА з коморбідними проявами метаболічного синдрому (МС) та супутніми ураженнями підшлункової залози із зовнішньосекреторною недостатністю.

Матеріал і методи. Серед обстежених 296 хворих на ОА у віці 43-78 років (жінок було 242 особи - 81,75%) явище МС відмічено в 201 пацієнтки (67,9%), однак із супутнім хронічним панкреатитом із зовнішньосекреторною недостатністю, явищами синдрому подразненого кишечника та схильністю до проносів та дисбіозу кишечника виявлено лише в 41 випадку (13,85%). Як правило, це були пацієнти з вираженим МС (ожиріння II-III ст, артеріальна гіпертензія II ст, ІХС, стеатогепатоз, інсулінорезистентність чи цукровий діабет типу 2) у віці за 50-55 років, поліостеоартрозом з тривалим анамнезом, прогресуючим перебігом. Дисліпідемія в амбулаторних картах зафіксована впродовж 5-7 років, при цьому рівень загального холестерину (ЗХС) в них був на 1-2 ммоль/л вище, ніж у подібного контингенту хворих без зазначеного панкреато-інтестинального синдрому, а індекс атерогенності на 30-55% вище, сягаючи цифр 5-7. Поряд із стандартними методами лікування ОА (НПЗП,

хондропротектори, гастропротектори, місцеве лікування), врахування лікування найбільш виражених коморбідних процесів – артеріальної гіпертензії та ІХС (комбіновані гіпотензивні та антиішемічні засоби) в цих хворих у попередні періоди були здійснені спроби застосування гіполіпідемічних засобів в середньодобових дозах (аторвастатин, розувастатин). Однак тривалість їх використання складала лише 1,5 - 3 місяці і була припинена через побічні ефекти (проноси, біль у животі, нудота, метеоризм). При цьому, контрольні дослідження ліпідограми на момент припинення прийому статинів показували зниження ЗХС крові лише на 20-35% від вихідного та ще значно (на 2-3 ммоль/л) перевищувала верхні допустимі межі. Суттєві прояви атеросклерозу, ІХС та артеріальної гіпертензії диктували необхідність вдосконалення програми гіполіпідемічної терапії.

З цією метою на першому етапі (7-12 днів) спочатку призначали гепатопротекторно-жовчогінний комбінований засіб (гепабене), один із поліферментних препаратів (мезим-форте) та про-пребіотик (біфілакт-екстра) в рекомендованих інструкціями до них дозах. З досягненням стабілізації кишкових випорожнень, усуненням проявів біліарної та кишкових диспепсій додатково призначали мінімальні дози статинів (10 мг). Тривалість застосування гепатопротекторно-жовчогінного засобу в середньому складала 1,5-2 місяці, про-пребіотика – 1-1,5 місяця. В подальшому пацієнтів переводили на рослинні БАД чи чай подібної дії та молочнокислі продукти. За такого підходу в перші 3 місяці застосування статинів побічних ефектів не відмічено, в контрольних ліпідограмах тенденція до покращення була чіткішою (при в 2-3 рази нижчих дозах статинів порівняно з початковими спробами). 20 із 41 хворого дозову дозу статину підвищили до 20 мг, переносимість в 14 з них була доброю, в 6 – відмічено схильність до прослаблень, метеоризм, які були усунуті повторним (укороченим в 1,5-2 рази) курсом апробованого гепатопротекторно-жовчогінного засобу та про-пребіотика. Повторні контрольні ліпідограми через 6 місяців від початку застосування статинів вказували на вірогідне ($p < 0,05 - 0,01$) зниження рівнів ЗХС та індексу атерогенності, які, однак, ще перевищували на 15-25% верхні межі норми. Ведуться подальші спостереження.

Зазначений спосіб корекції гіперліпідемій у хворих на ОА із коморбідними явищами МС, панкреато-ентерального синдрому захищений патентом на корисну модель (патент України №93428, А61/к/31/00, 25.09.2014, бюл. №18).

Висновок. Створений спосіб лікування гіперліпідемій у хворих на ОА з коморбідними явищами метаболічного та панкреато-ентерального синдромів сприяє зменшенню побічних ефектів від основного ліпідемічного засобу (статину), досягнення стану ремісій уражень

гепатобілярної системи і кишечника, прискоренню покращення показників ліпідограми крові.

*Купновицька І.Г., Губіна Н.В., Кутинська І.П.,
Белегай Р.І., Клименко В.І.*

*кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет" Україна*

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ КАТЕХОЛАМІНІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Значення рівня катехоламінів у становленні та перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) до кінця не встановлене, а літературні дані про їх роль на різних етапах розвитку захворювання є суперечливими (Визир В.А., Березин А.Е., 2001).

Мета дослідження: вивчення метаболізму катехоламінів, а саме екскреції одного з метаболітів – ваніліл-мигдалевої кислоти (ВМК) з сечею у хворих на АГ в залежності від стадії.

Матеріали і методи: Обстежено 190 хворих на АГ (137 жінок і 53 чоловіки) віком від 24 до 72 років (середній вік $48,09 \pm 1,64$ року). Згідно класифікації залежно від уражень органів-мішеней, I стадія АГ діагностована у 25 хворих, II – у 138, III ст. – у 27 хворих. Контрольну групу (КГ) склали 20 практично здорових осіб. Окрім загальноклінічних методів обстежень, всім хворим визначали концентрацію ВМК в добовій сечі імуноферментним методом за допомогою набору VMA Pantex 81.1 (USA) до і після лікування (на 14 день).

Результати: визначення концентрації ВМК в добовій сечі залежно від стадії АГ засвідчило, що у хворих на АГ I ст. достовірно підвищується її рівень порівняно із здоровими (в 2,2 разу, $p < 0,05$), а у пацієнтів з II ст. – в 3,4 разу ($p < 0,05$). У хворих на III ст. АГ спостерігався достовірно вищий ($p < 0,05$) рівень ВМК порівняно із здоровими, однак він був нижчим, ніж у пацієнтів з II стадією захворювання. Отже, на початках формування АГ спостерігається посилення активності симпатичної ланки вегетативної нервової системи і збільшення екскреції норадреналіну, при АГ II ст. – зниження біосинтезу норадреналіну і посилена його утилізація шляхом синтезу адреналіну та утворення ВМК, а при III ст. - поступове виснаження гуморальної регуляції (Bataineh A., Raij L., 1998).

Очевидно, визначення ВМК може служити одним із маркерів розвитку гіпертензії.

*Кучер С. В., Легка І. В., Олексяк О. І.
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) однією з провідних причин тяжкості перебігу захворювання є ендогенна інтоксикація (ЕІ), пов'язана, насамперед, зі запальним процесом, який охоплює всі легеневі структури, неухильно прогресує і стає причиною функціональних і морфологічних проявів захворювання та його ускладненнями у вигляді поліорганної недостатності.

ХОЗЛ, як правило, є хворобою другої половини життя і зазвичай виникає після 45 років, досягаючи найбільшої вираженості до 60. Діагностика даного захворювання у осіб похилого та старечого віку залишається важливою проблемою в усьому світі, враховуючи старіння населення, прогресуючий характер захворювання і неухильне зростання числа хворих.

Метою нашого дослідження було провести кореляційний аналіз клінічних та лабораторних показників імунотоксикозу (інтерлейкінів (ІЛ) 1 β і 10, фактору некрозу пухлин α (ФНП- α)) у хворих на ХОЗЛ різного віку.

Під спостереженням був 161 хворий на ХОЗЛ у стадії загострення, які перебували на стаціонарному лікуванні. Серед обстежених було 105 чоловіків (65%) і 56 жінок (35%).

За класифікацією ВООЗ, всі хворі належали до чотирьох вікових категорій: зрілий вік (40-44 роки) – 24 (14,9%), середній (45-59 років) – 69 (42,9%), похилий (60-74 роки) – 51 (31,7%) та старечий (75 років і старші) – 17 (10,5%) хворих.

Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. При проведенні кореляційного аналізу застосовували метод параметричної кореляції з визначенням лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона (r) з подальшою перевіркою достовірності результату за допомогою критерію Ст'юдента.

При вивченні кореляційної залежності між показниками ендотоксикозу і віком хворих на ХОЗЛ вдалося встановити велике число достовірних зв'язків, що підтверджує взаємозв'язок між досліджуваними параметрами.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що з клінічних симптомів ХОЗЛ у всіх пацієнтів відмічався кашель. Так, у всіх вікових групах мав місце достовірний прямий кореляційний зв'язок між кашлем і цитокіновою системою. У зрілому віці цей зв'язок встановлено з протизапальним інтерлейкіном (ІЛ-10) ($r=0,537$, $p<0,01$), а в середньому – з прозапальними інтерлейкінами ІЛ-1 β ($r=0,261$, $p<0,05$) і ФНП- α ($r=0,268$, $p<0,05$). В похилому віці кореляція збереглася тільки між кашлем і ФНП- α ($r=0,284$, $p<0,05$), а в старечому взагалі не було.

Оскільки наростання показників ЕІ пов'язане з погіршенням функцій зовнішнього дихання, що проявляється зниженням ОФВ1 у хворих, можемо розглядати її як один з важливих патогенетичних чинників, що впливає на прогресування вентиляційної недостатності та гіпоксії у хворих на ХОЗЛ.

У хворих на ХОЗЛ наявний сильний обернено пропорційний кореляційний зв'язок між ОФВ1 і показниками ендотоксикозу у всіх вікових категоріях.

Було виявлено достовірні кореляційні зв'язки середньої сили між ОФВ1 і прозапальними (ІЛ-1 β , ФНП- α) та протизапальним (ІЛ-10) інтерлейкінами. Кореляційний аналіз імунної реактивності і функцій зовнішнього дихання виявив депресію імунної системи, що проявлялось зворотними кореляційними зв'язками сильної сили у зрілому і старечому віці та середньої – у середньому та похилому. Варто відмітити, що кількість кореляційних зв'язків у старечому віці зменшувалася й спостерігалася лише між ОФВ1 і протизапальним (ІЛ-10) інтерлейкіном.

Отже, наростання ЕІ корелює зі збільшенням віку і найбільше проявляється в середньому віці. Характер зв'язків вказує на те, що наростання ендотоксикозу посилює вентиляційну недостатність та є ймовірно наслідком впливу його запальних компонентів на відповідну патогенетичну ланку ХОЗЛ. Підвищення ЕІ та збільшення тривалості захворювання корелює з посиленням неспецифічного захисту організму. Сила кореляційних зв'язків більш виражена в середньому віці хворих і вони практично відсутні у старечому віці, що може бути пов'язано з виснаженням захисних сил та хронізацією хвороби. Тривалий рецидивний перебіг хвороби супроводжується виснаженням захисних механізмів і порушенням імунного гомеостазу в похилому та старечому віці.

*Кучер С. В., Олексяк О. І., Легка І. В.
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ В РОЗПАЛ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ БРОНХООБСТРУКЦІЇ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є одним із найбільш частих і важких прогресуючих захворювань дихальної системи. Незважаючи на поліпшення діагностики та підвищення обізнаності населення, воно залишається значною медико-соціальною проблемою сьогодення.

В Україні хвороби органів дихання залишаються найбільш розповсюдженою патологією в структурі захворюваності населення.

У патогенезі багатьох хвороб важливу роль відіграє ендогенна інтоксикація (ЕІ), яка пов'язана з накопиченням у тканинах і біологічних рідинах організму надлишку метаболітів нормального та патологічного обміну речовин, продуктів життєдіяльності різних патогенних мікроорганізмів. Синдром ЕІ супроводжує кожне хронічне захворювання, обтяжуючи клінічну картину хвороби та погіршуючи прогноз.

Метою нашого дослідження було з'ясувати особливості перебігу ХОЗЛ в розпал хвороби у пацієнтів з різним ступенем бронхообструкції.

Під спостереженням був 161 хворий на ХОЗЛ у стадії загострення, які перебували на стаціонарному лікуванні. Серед обстежених було 105 чоловіків (65%) і 56 жінок (35%).

За тяжкістю хворі були розділені на три групи. У першій групі було 37 пацієнтів (23%) з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (GOLD 1), у другій – 65 пацієнтів (40,4%) з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (GOLD 2), у третій – 61 хворий (36,6%) з тяжкою бронхообструкцією (GOLD 3).

В етіологічній структурі захворювання переважало тютюнопаління. У 90 хворих (55%) захворювання розвинулося на фоні тривалого куріння, з них 73 особи (81%) були чоловічої статі. Розрахувавши індекс пачко/років у курців виявили, що він був вищим ($p < 0,05$) у хворих з тяжкою бронхообструкцією порівняно з показниками пацієнтів з бронхообструкцією легкого та середнього ступеня тяжкості.

Серед інших причин виникнення хвороби можемо розглядати шкідливі умови виробництва та перенесені гострі захворювання респіраторної системи в анамнезі.

Для оцінки клінічних симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ застосовували Модифіковану шкалу тяжкості задишки, затверджену Медичною дослідницькою радою (МДР), та тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ).

Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки МДР відображає один симптом – задишку, ТОХ ширше показує вплив захворювання на повсякденну активність пацієнта та його самопочуття. Оцінка задишки ≥ 2 та загальний результат тесту з оцінки ХОЗЛ ≥ 10 свідчили про вираження симптомів ХОЗЛ.

Усі хворі, яких ми спостерігали перебували на лікуванні в період загострення захворювання. З клінічних симптомів у всіх пацієнтів відмічався кашель: здебільшого ранковий при легкій бронхообструкції, ранковий та нічний при бронхообструкції середнього ступеня тяжкості та постійний при тяжкій бронхообструкції. Задишка наростала з прогресуванням хвороби. У ранню стадію захворювання хворі її не відчували, проте вона виникала при фізичному навантаженні за якого раніше не з'являлася. Мала експіраторний характер. При бронхообструкції середнього ступеня тяжкості задишка була персистуюча змішаного типу, виникала при помірному фізичному навантаженні, а при тяжкій бронхообструкції – турбувала в спокої і посилювалась при мінімальній фізичній активності, мала змішаний характер. Всі пацієнти скаржилися на загальну слабкість, в'ялість, головний біль, порушення сну та апетиту.

Оцінивши ступінь задишки за модифікованою шкалою, затвердженою МДР, бачимо, що вона наростає з прогресуванням ХОЗЛ, про що свідчать відповідні бали: $(1,08 \pm 0,09)$ у хворих з легкою бронхообструкцією, $(1,62 \pm 0,07)$ – із середньою і $(2,62 \pm 0,09)$ – з тяжкою. На виділення харкотиння в різній кількості в ранкові години вказували 130 хворих (80%).

При фізикальному обстеженні виявлено зміну форми грудної клітки (бочкоподібна) у 93 (57%) пацієнтів. 140 хворих (86%) мали тахіпное, у 126 (77%) при перкусії визначався легеневий звук з коробковим відтінком, при аускультатії – ослаблене дихання, подовжений видих, розсіяні множинні сухі звучні хрипи, з них у 54 (33%) – в нижньо-базальних відділах вислуховувались дрібноміхурцеві вологі хрипи. У 37 пацієнтів (23%) перкуторний звук був ясним легневим, аускультативно вислуховувалося жорстке дихання і поодинокі малозвучні сухі хрипи.

За даними комп'ютерної спірографії та пневмотахометрії у всіх хворих виявлено порушення функції зовнішнього дихання за обструктивним чи змішаним типом, що наростало з прогресуванням ХОЗЛ. У 23% хворих мала місце вентиляційна недостатність легкого ступеня (ОФВ1/ЖЄЛ 60-70%, ОФВ1 понад 80%), у 40% – середнього (ОФВ1/ЖЄЛ 40-59%, ОФВ1 від 50 до 80%), у 37% – тяжкого (ОФВ1/ЖЄЛ $\leq 40\%$, ОФВ1 $\leq 50\%$).

Виконання тесту на зворотність бронхообструкції засвідчило приріст ОФВ1 під дією бронхолітика на 4-10%, що свідчить про наявність незворотної бронхообструкції.

У всіх хворих спостерігалось зниження сатурації кисню в крові: при легкій бронхообструкції на 4,5% відносно контролю, при середній – на 5,8%, при тяжкій – на 7,4%. Рентгенологічно у всіх хворих було виявлено зміни бронхолегеневого малюнка: у 110 пацієнтів (67%) – базальний пневмофіброз, у 57 (35%) – дифузний, у 161 (100%) – розширені, тяжисті корені, у 135 (83%) – емфізема легень.

Таким чином, узагальнюючи результати нашого дослідження, можемо зазначити, що ХОЗЛ супроводжується ендотоксикозом, про що свідчать скарги хворих на загальну слабкість, в'ялість, головний біль, порушення сну та апетиту. Виразність клініки ХОЗЛ варіювала залежно від ступеня тяжкості.

*Левицька Лариса,
кафедра медичної реабілітації
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Бенів Мар'яна,
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Дмитерко Уляна, Іванків Лідія, Левицька Соломія,
Панасюк Марія, Сивик Марта, Хім'як Юлія
студенти медичного факультету
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань займає перше місце серед різних причин всього населення України (61,7%), і друге місце серед осіб працездатного віку. За даними епідеміологічних досліджень основними факторами ризику (ФР) розвитку серцево-судинних подій є артеріальна гіпертензія, куріння, гіподинамія, порушення ліпідного та вуглеводного обміну. Серед факторів, пов'язаних зі способом життя, стратегічними в профілактиці хронічних неінфекційних захворювань є куріння, незбалансоване харчування, недостатня фізична активність і зловживання алкоголем. Їх корекція сприятиме зниженню індивідуального ризику.

Мета. Оцінка поширеності основних модифікованих ФР серцево-судинних захворювань серед жителів Тернопільської області.

Результати та обговорення. Нами обстежено 30 людей різного віку, які проживають в межах Тернопільської області. Із них жінок було 18 (60,0%), чоловіків – 12 (40,0%). Середній вік пацієнтів складав $48,6 \pm 14,5$ років. До 45 років – 12 осіб, 45-60 років – 10 чоловік, більше 60 років – 8 обстежених. Під час аналізу основних ФР, підвищений артеріальний тиск ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) був виявлений у 8 осіб (26%). Курили 2 (6,7%) чоловіків із усіх опитаних. За розрахунками індексу маси тіла, надлишкову масу мали 4 (13,3%), гіподинамія виявлена у 50% пацієнтів. У 3 осіб (10%) інтерв'юерів виявлено одночасне поєднання 2-х ФР, у 1 (3,3%) – 3-х ФР. Було виявлено також, що у 80% пацієнтів запропоноване інтерв'ю було першим медичним контактом з приводу виявлення серцево-судинних ризиків, а 83, 3% опитаних не знали, як правильно діяти у випадку серцевого нападу.

Висновок. Згідно даних нашого дослідження встановлено, що структура факторів ризику серцево-судинних подій серед обстежених жителів Тернопільської області дещо відрізняється від загальнонаціональної, проте, остаточні висновки можна буде зробити на розширеній вибірці пацієнтів. Необхідно проводити інформаційну роботу серед населення з визначення факторів ризику серцевих подій та конкретних рекомендацій по їх корекції.

*Липовецька С.Й., Гриценко М.С., Гриценко І.Й.
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського*

СИНДРОМОМ СЛАБОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Мета: визначити діагностичну цінність спектрального і часового аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) у хворих із синдромом слабості синусового вузла (СССВ) залежно від рівня ЧСС і наявності шлуночкових порушень ритму.

Матеріали і методи: Обстежено 36 хворих віком $69,0 \pm 9,1$ років, 15 жінок, 21 чоловік. Умови включення в дослідження: документований СССВ, етіологічний фактор розвитку порушень провідності: ІХС і/або контрольована артеріальна гіпертензія. Проведено стандартне клініко-інструментальне обстеження хворих, в тому числі холтерівське моніторування ЕКГ апаратом LABTECH Ltd. Пацієнти були розділені на 2 групи залежно від рівня ЧСС відповідно $< 60/\text{хв.}$ і $> 60/\text{хв.}$, а також інших 2 групи залежно від наявності чи відсутності шлуночкових порушень ритму (екстрасистолії високих градацій II-V градації за Lown-Wolf).

Результати: У пацієнтів із СССВ більшість часових показників ВСР перевищували загальноприйняті нормальні значення, що визначаються у здорових людей, зокрема SDNN, SDANN, RMSSD. При спектральному аналізі виявлено зниження показників, що характеризують симпатичну активність та симпато-парасимпатичний баланс, а саме LF, LF/HF вдень і вночі, та зростання HF (парасимпатична активність) вночі. При порівнянні часових показників ВСР у пацієнтів з і без шлуночкових порушень ритму статистично достовірної різниці не виявлено, окрім RMSSD та SDNN-і. Разом з тим отримано достовірне зростання VLF, LF, HF. За даними літератури ці зміни можуть свідчити про посилення автономної регуляції вегетативної нервової системи на роботу серця, а вираженість показників у всіх 3 діапазонах частот може бути проявом наростання «виснаження». Відсутність суттєвої різниці між часовими показниками ВСР у хворих з і без шлуночкових порушень ритму можуть бути обумовлені наявністю інших причин аритмогенезу, непов'язаними із СССВ чи механізмами вегетативної регуляції. Переважання парасимпатичного тону є закономірним явищем у формуванні СССВ. Таким чином, отримані дані можуть служити підґрунтям для подальшого діагностичного пошуку і вибору тактики лікування таких хворих.

Таблиця 1.

Варіабельність серцевого ритму у хворих із синдромом слабості синусового вузла

Показники	ЧСС < 60/хв. (n=18)	ЧСС > 60/хв. (n=18)	3 ШЕС (n=21)	Без ШЕС (n=15)
Сер ЧСС	60,3±5,7	54,6±3,2	61,1±5,5	53,2±2,4
Макс ЧСС	119,7±13,8	114,2±13,0	116,8±13,6	116,5±13,3
Мін ЧСС	31,5±1,4	32,3±1,7	30,0±1,7	33,9±1,0
SDNN	226,2±21,2	285,5±18,3	263,3±23,2	255,0±21,0
SDANN	145,6±25,0	206,0±17,3	157,2±21,0	201,1±22,9
RMSSD	213,6±37,8	238,4±44,3	305,0±32,7*	149,8±32,3*
SDNN-і	147,5±19,4	174,6±26,4	205,1±22,6*	120,0±15,8*
PNN 50	54,3±6,8	54,2±6,9	62,3±7,6	46,2±4,8
VLF (день)	19,2±3,2	26,2±8,3	31,7±8,4	14,4±2,6
LF (день)	16,6±4,1	23,5±7,3	31,3±6,9*	9,5±2,1*
HF (день)	37,0±10,9	36,9±13,5	54,0±13,7*	19,8±7,8*
LF/HF (день)	0,6±0,1	0,8±0,1	0,68±0,9	0,9±0,2
VLF (ніч)	20,7±6,1	41,5±19,5	55,2±20,0*	9,3±1,2*
LF (ніч)	23,6±8,2	46,0±20,9	57,1±21,3	15,0±8,2
HF (ніч)	59,1±18,7	44,0±16,3	72,3±17,5	29,1±13,9
LF/HF (ніч)	0,6±0,1	1,1±0,2	0,8±0,1	0,9±0,3
*P < 0.05				

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕКСІЛАНТУ ТА ЛАКТІАЛЕ

Виразкова хвороба, гастрити, дуоденіти надзвичайно поширені захворювання і займають близько 70% від загальної чисельності хвороб органів травлення. Ефективність ерадикації *H. pylori* в останні роки зменшилась до 70%, що вимагає корекції та удосконалення лікувальної тактики.

Мета роботи – вивчити ефективність стандартної потрійної терапії, в складі якої в якості інгібітора протонної помпи міститься дексілант та пробіотик лактіале. Обстежено 27 хворих (жінок 15, чоловіків 12) віком від 25 до 70 років. Хворі були поділені на 2 групи: 1 – 14 осіб (контрольна) приймали стандартну антигелікобактерну терапію 7 днів; 2 – 13 пацієнтів (основна) одержували дексілант по 30 мг 2 рази на день на тлі цієї терапії впродовж 7 днів. Одночасно хворі приймали лактіале по 2 капсули 2 рази на день протягом 14 днів. Через місяць після закінчення лікування хворим проводили ЕГФДС з уреазним тестом – за яким оцінювали ефективність ерадикації. Результати досліджень показали, що під впливом проведеного лікування ефективність ерадикації *H. pylori* в 2 групі становила 92%, тоді як у 1 – 68%. Також у 2 групі після лікування прояви кишкової диспепсії зникли (закрепи, діарея), або зменшились (метеоризм). У 1 групі спостерігалися закрепи у 16%, діарея у 14%, метеоризм у 10%.

Висновок: Включення до складу антигелікобактерної терапії дексіланту та лактіале підвищує ефективність ерадикації гелікобактерної інфекції, та покращує клінічну картину захворювання.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових схем антигелікобактерної терапії виразкової хвороби.

*Мартинюк Л.П., Макаруч Н.Р., Сов'як І.В.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ

Цукровий діабет (ЦД) належить до важливих медико-соціальних проблем сучасності, що пов'язано із зростанням ризику розвитку інвалідизуючих ускладнень, зокрема, діабетичної периферійної полінейропатії (ДПН). Незважаючи на значні успіхи у лікуванні даного ускладнення ЦД, ДПН погано піддається терапії. Аналіз літературних даних виявив позитивний вплив келтікану на перебіг ряду неврологічних захворювань, що супроводжуються больовим та парастетичним синдромами.

Мета: Встановити ефективність використання келтікану у комплексному лікуванні діабетичної полінейропатії.

Матеріали і методи: Нами було обстежено 32 хворих на ЦД 2 типу з наявністю ДПН у віці 47-79 років (середній вік - $58,1 \pm 5,1$ роки). Тривалість захворювання склала від 8 до 16 років ($12,4 \pm 3,6$ роки) Серед обстежених було 16 чоловіків і 16 жінок. Крім рутинного обстеження, яке додатково включало оцінювання вираженості парестезій, оніміння, больового синдрому за допомогою модифікованого опитувальника діагностики нейропатичного болю DN4, досліджували вібраційну чутливість за допомогою камертона REF 08.12012.111.

Всі хворі отримували цукрознижуючу терапію, препарати -ліпоєвої кислоти, актовегін, тівортін, комплекс вітамінів групи В. Пацієнти були розділені на дві репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання групи. До першої групи увійшли пацієнти які отримували стандартну схему лікування полінейропатичного болю. Пацієнти другої групи, додатково отримували келтікан по 1 капсулі тричі на день 1 місяць. Контроль ефективності лікування проводився через 10 днів від початку терапії та шляхом телефонного опитування через 2 місяці. Результати. Після проведеного курсу стаціонарного лікування було відмічено зниження больових і парастетичних відчуттів у хворих обох груп. Дослідження вібраційної чутливості показало збільшення чутливості до вібрації $2,3 \pm 1,2$ сек у першій групі і на $3,1 \pm 0,9$ сек у другій вже через 10 днів від початку лікування. Більш виражене зменшення ознак нейропатичного болю і триваліше ослаблення парастетичних відчуттів відмічено у пацієнтів 2 групи, яке визначали шляхом телефонного опитування. Дане покращення стану відмічено в середньому через три

тижні після початку лікування і воно зберігалось на час телефонного опитування (2 місяці після початку лікування).

Висновок: Препарат келтікан дозволяє досягти тривалого позитивного клінічного ефекту у зв'язку з чим його доцільно використовувати у комплексному лікуванні хворих на діабетичну полінейропатію.

*Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.
кафедра внутрішньої медицини № 3
ДВНЗ «Тернопільський державний
медичний університет ім.І.Я. Гобачевського»*

ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Мета: вивчити вплив амінофенілмасляної кислоти на перекисне окислення ліпідів (ПОЛ) та психо-емоційні розлади у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та зниженою швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ).

Матеріали та методи. У дослідження було включено 84 пацієнта з ЦД 2-го типу зі зниженою ШКФ ($84,5 \pm 9,3$ мл/хв). Серед пацієнтів було 36 (43%) чоловіків і 48 (57%) жінок. Середній вік пацієнтів склав ($64,7 \pm 5,3$) років, середня тривалість ЦД – ($12,6 \pm 0,95$) років, діабетичної нефропатії – ($3,4 \pm 0,32$) років. Всі пацієнти були розділені на дві групи: пацієнти 1-ої групи (n=26) отримували стандартну терапію, хворі 2-ої групи (n=68), крім стандартної терапії, приймали амінофенілмасляну кислоту по 250 мг тричі на день курсом протягом чотирьох тижнів. Критеріями ефективності лікування були зміни концентрації малонового діальдегіду (МДА) та глутатіону відновного (ГТ), активності супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ). Психо-емоційні розлади вивчали за допомогою Симптоматичного опитувальника Александровича та Шкали депресії Бека.

Результати дослідження. Встановлено, що психо-емоційні розлади спостерігаються в 100% хворих (легкі у – 44% пацієнтів, помірні – у 41% пацієнтів, важкі – у 15% пацієнтів). Покращення психо-емоційного статусу спостерігалось достовірно частіше у пацієнтів, які додатково отримували амінофенілмасляну кислоту, порівняно з контрольною групою. Так, покращення сну відмічено у 72,4% хворих з 2 групи проти 34,6% у контрольній групі (p < 0,01), апетиту – у 65,5% проти 30,8% (p < 0,01), пам'яті – у 46,6% проти 11,5% (p < 0,01), концентрації уваги – у 67,2% проти 23,1% (p < 0,01), зниження депресії – у 84,5% проти 26,9% (p < 0,01), що свідчить про значне покращення якості життя даних пацієнтів.

У пацієнтів 2 групи було виявлено значне поліпшення ПОЛ: зниження концентрації МДА і активності КТ, підвищення активності СОД і рівня ГТ ($p < 0,01$). У групі, яка отримувала стандартну терапію, суттєвих змін показників перекисного окислення ліпідів не виявлено. ШКФ не змінилася після лікування в обох групах. У жодного з пацієнтів не спостерігалось побічних ефектів.

Висновки. Включення до стандартної терапії амінофенілмасляної кислоти сприяє позитивній динаміці психо-емоційних розладів і покращенню показників перекисного окислення ліпідів у хворих з діабетичною нефропатією.

*Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.
кафедра внутрішньої медицини № 3
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім.І.Я. Гобачевського»*

ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Мета: вивчити вплив амінофенілмасляної кислоти на перекисне окислення ліпідів (ПОЛ) та психо-емоційні розлади у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та зниженою швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ).

Матеріали та методи. У дослідження було включено 84 пацієнта з ЦД 2-го типу зі зниженою ШКФ ($84,5 \pm 9,3$ мл/хв). Серед пацієнтів було 36 (43%) чоловіків і 48 (57%) жінок. Середній вік пацієнтів склав ($64,7 \pm 5,3$) років, середня тривалість ЦД – ($12,6 \pm 0,95$) років, діабетичної нефропатії – ($3,4 \pm 0,32$) років. Всі пацієнти були розділені на дві групи: пацієнти 1-ої групи ($n=26$) отримували стандартну терапію, хворі 2-ої групи ($n=68$), крім стандартної терапії, приймали амінофенілмасляну кислоту по 250 мг тричі на день курсом протягом чотирьох тижнів. Критеріями ефективності лікування були зміни концентрації малонового діальдегіду (МДА) та глутатіону відновного (ГТ), активності супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ). Психо-емоційні розлади вивчали за допомогою Симптоматичного опитувальника Александровича та Шкали депресії Бека.

Результати дослідження. Встановлено, що психо-емоційні розлади спостерігаються в 100% хворих (легкі у – 44% пацієнтів, помірні – у 41% пацієнтів, важкі – у 15% пацієнтів). Покращення психо-емоційного статусу спостерігалось достовірно частіше у пацієнтів, які додатково отримували амінофенілмасляну кислоту, порівняно з контрольною

групою. Так, покращення сну відмічено у 72,4% хворих з 2 групи проти 34,6% у контрольній групі ($p < 0,01$), апетиту – у 65,5% проти 30,8% ($p < 0,01$), пам'яті – у 46,6% проти 11,5% ($p < 0,01$), концентрації уваги – у 67,2% проти 23,1% ($p < 0,01$), зниження депресії – у 84,5% проти 26,9% ($p < 0,01$), що свідчить про значне покращення якості життя даних пацієнтів. У пацієнтів 2 групи було виявлено значне поліпшення ПОЛ: зниження концентрації МДА і активності КТ, підвищення активності СОД і рівня ГТ ($p < 0,01$). У групі, яка отримувала стандартну терапію, суттєвих змін показників перекисного окислення ліпідів не виявлено. ШКФ не змінилася після лікування в обох групах. У жодного з пацієнтів не спостерігалось побічних ефектів.

Висновки. Включення до стандартної терапії амінофенілмасляної кислоти сприяє позитивній динаміці психо-емоційних розладів і покращенню показників перекисного окислення ліпідів у хворих з діабетичною нефропатією.

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

ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧНІ ВІДНОШЕННЯ ЕКЗОКРИННИХ ПАНКРЕАТОЦИТІВ ПРИ ГІПЕРТЕНЗІЇ У МАЛОМУ КОЛІ КРОВООБІГУ

Забезпечення зовнішньосекреторної діяльності підшлункової залози визначається морфологічним станом екзокринних панкреатоцитів. Особливо важливим є визначення морфофункціональних особливостей секреторних клітин при розладах кровообігу, які формують порушення локального кровотоку. Одним із об'єктивних критеріїв оцінки функціонального стану клітин є об'ємні співвідношення ядра та цитоплазми.

Метою дослідження було встановити особливості зміни структурних змін екзокринних панкреатоцитів при гіпертензії у малому колі кровообігу.

Дослідження проведено на 24 білих щурах різного віку. Гіпертензію у малому колі кровообігу моделювали шляхом виконання правосторонньої пульмонектомії.

Проведеними дослідженнями встановлено, що через 3 місяці після моделювання гіпертензії у малому колі кровообігу відбуваються структурні зміни у екзокринних панкреатоцитах, глибина яких має прямі кореляційні зв'язки з віком тварин. У молодих тварин виявлялися дистрофічні зміни органел цитоплазми, дезимогенізація, апоптичні

процеси та ознаки вакуолізації. При цьому площа ядра зменшувалася на 3,48%. Площа цитоплазми становила $(47,31 \pm 0,19)$ мкм² і була 6,06% ($p < 0,001$) меншою від контрольних даних інтактних тварин. Ядерно-цитоплазматичні співвідношення у екзокринних панкреатоцитів при гіпертанзії у малому колі кровообігу збільшувалися і становили $0,29 \pm 0,01$, що характерно для клітин із зниженою функціональною активністю.

У старих експериментальних тварин значно більше вираженими були дистрофічні зміни екзокриноцитів, які супроводжувалися загальним зменшенням площі ацинарних відділів. Діаметр ядер зменшувався на 5,2%. Останні у більшості клітин були різні за формою та вмістом хроматину. Площа ядра була меншою контролю на 8,3%, а площа цитоплазми зменшувалася на 28,13%. Параметри показника показника ядерно-цитоплазматичних відносин зростали на 24,01%. Причому даний параметр у старих щурів, яким виконано правосторонню пульмонектомію був на 6,90% більшим ніж у молодих статевозрілих щурів.

Таким чином, при гіпертензії у малому колі кровообігу настають структурні зміни у екзокринних панкреатоцитах, які полягають у порушенні об'ємних співвідношень ядра та цитоплазми. Зростаючі параметри ядерно-цитоплазматичних відношень характеризують зниження функціональної активності клітин, що більше вираженим є у старих експериментальних тварин.

*Т.О. Паламар, Р.Р. Коморовський, О.К.,
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського"*

*Дзюжинська, Я.В. Чорна
КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня"*

ПРОФІЛЬ РИЗИКУ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТРОФІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Вступ. Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – це ураження серця, яке характеризується гіпертрофією міокарда (товщина стінки ≥ 15 мм у ≥ 1 сегменті), яку не можна пояснити умовами гемодинаміки. Найгіршим ускладненням ГКМП є раптова серцева смерть (РСС), частота якої при цьому захворюванні становить 2% на рік, а у дітей - до 6%. При тривалості захворювання понад 10 років частота РСС зростає до 20% на рік.

Мета. Оцінити РСС у госпіталізованих пацієнтів із ГКМП згідно із настановами Європейського товариства кардіологів (2014) за допомогою

онлайн калькулятора "HCM Risk-SCD Calculator" (<http://doc2do.com/hcm/webHCM.html>).

Результати та обговорення. Проаналізовано медичні карти 39 послідовних пацієнтів з ГКМП віком від 21 до 56 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня" за період від січня 2012 р. до січня 2015 р. Середній вік пацієнтів становив 44 ± 8 років, чоловіки становили 59%, переважали пацієнти із необструктивною формою ГКМП (69%). Синкопальні стани спостерігались у 5 (13%) пацієнтів, епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії - у 12 (31%) пацієнтів. Позитивний спадковий анамнез був у 5% хворих. Загалом, низький 5-річний ризик РСС (<4%) констатовано у 35 (90%) пацієнтів, середній (4-6%) - у 4 пацієнтів (10%). Хворих із високим ризиком РСС виявлено не було.

Висновок. Серед госпіталізованих хворих із ГКМП домінують хворі із низьким ризиком РСС, яким імплантація кардіовертер-дефібрилятора не показана. Питання, чи відображають ці дані профіль ризику РСС усієї популяції хворих із ГКМП, потребує додаткового вивчення.

*Поворознюк В.В., Мартинюк Л.П.,
Бистрицька М.А., Дзерович Н.І.
НДІ геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України*

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЖІНОК КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Метою дослідження було визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) поперекового відділу хребта та шийки стегнової кістки у жінок Київської області залежно від віку та індексу маси тіла (ІМТ).

Нами було обстежено 5678 жінок з у віці від 59 до 79 років (середній вік $62,2 \pm 0,8$ років). Середній зріст і маса обстежених склали $161,1 \pm 0,9$ см та $80,7 \pm 0,4$ кг відповідно. Менопауза тривала від 2 до 31 року (в середньому $18,3 \pm 0,3$ років). 2643 (45,52%) жінки мали підвищену масу тіла. Ожиріння I ступеня виявлено у 2019 (35,6%) осіб, II – у 778 (13,7%) обстежених, III ступеня у 238 - (4,2%) пацієнток. У дослідження не брали жінок, які приймали менш ніж за 6 місяців до обстеження препарати, чи мали захворювання, що впливають на обмін кісткової тканини (КТ). Окрім антропометричного дослідження проводили визначення МЩКТ на рівні поперекового відділу хребта (L1-L4) та шийки стегнової кістки методом рентгенівської двохенергетичної абсорбціометрії за допомогою денситометра Prodigy (GE Medical systems, Lunar, модель 8743, 2005).

Проведене обстеження показало, що у 3496 осіб (61,6%) була знижена МЩКТ ($T < -1$), в том у числі ОП ($T < -2,5$) спостерігався у 449 випадках (7,9%). Найбільша частка хворих з останнім припала на вікову групу 70-79 років - 59,0%. Остеопенія частіше спостерігалася у віці від 60 до 69 років (59,4%). Для жінок 50-59 років більш притаманною була нормальна МЩКТ.

Аналіз результатів МЩКТ на рівні поперекового відділу хребта показав більш виражене зниження показників у віковій групі 60-69 років.

ОП та остеопенія частіше зустрічалися при ІМТ 25,0 – 29,9 кг/м². Збільшенні показники маси тіла мали протекторний вплив на КТ.

Таким чином, виявлені особливості втрати МЩКТ з віком за даними рентгенівської двохфотонної абсорбціометрії вимагають регулярного обстеження жінок та лікувально-профілактичних заходів з метою попередження розвитку остеопенії та остеопорозу в майбутньому.

*Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М., Прокопович О.А.,
Чорна Я.В., Стефанишин О.В.
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

РИЗИК ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ І ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Вступ. Фібриляція передсердь (ФП) — часте порушення серцевого ритму в клінічній практиці, поширеність якого складає 1-2% в загальній популяції. Ця аритмія спостерігається у 7-21% хворих на інфаркт міокарда (ІМ). Асоціація ФП з ІМ зумовлює зростання госпітальної смертності у даної категорії пацієнтів до 9,9%, збільшує ризик розвитку ішемічного інсульту до 1,3% та ризик розвитку великих кровотеч до 14,6%.

Мета. Оцінити ризик розвитку тромбоемболічних і геморагічних ускладнень у хворих з неклапанною формою фібриляції передсердь та інфарктом міокарда.

Результати та обговорення. Нами було обстежено 33 пацієнти з діагнозом «Гострий ІМ та ФП» віком від 43 до 85 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ГУЛ» за період січень 2015 – січень 2016 року. Середній вік пацієнтів становив 68,8±9 років. Серед досліджуваного контингенту переважали чоловіки (61%). Обрахунок ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) проводили за шкалою CHA₂DS₂-VASc. За результатами нашого дослідження було встановлено, що більшість обстежених пацієнтів – 94%

- мали високий ризик розвитку тромбоемболій, 6% - помірний ризик. Пацієнтів з низьким ризиком виявлено не було.

Ризик кровотеч оцінювали за шкалою HAS-BLED. Встановлено, що 45% хворих мали високий ризик геморагічних ускладнень (≥ 3 балів), причому у 13% з них було зафіксовано кровотечу. Відповідно, у 55% хворих був виявлений низький ризик розвитку кровотеч (0-2 бали), проте, все ж таки, у 6% даної категорії пацієнтів спостерігали геморагічні ускладнення. Всі пацієнти з групи високого ризику геморагічних ускладнень одночасно мали високий ризик ТЕУ. Серед пацієнтів з високим ризиком кровотеч у 53% хворих спостерігали епістенокардитичний перикардит та у 13% поєднання епістенокардитичного перикардиту з тромбендокардитом. Це, у свою чергу, зумовлює додаткове призначення до лікування селективних інгібіторів циклооксигенази-2 та глюкокортикостероїдних гормонів, які суттєво впливають на стан гемостазу та підвищують ризик кровотеч.

Висновок. Таким чином, хворі на ІМ з ФП часто мають високий ризик розвитку геморагічних ускладнень, що зумовлює особливу обережність щодо призначення антитромботичної терапії даному контингенту пацієнтів і регулярне спостереження в подальшому.

*Ружицька О.О., Філюк А.А.
кафедра внутрішньої медицини №3
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна*

ГІПЕРУРИКЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК VД СТАДІЇ

В останні роки зростає інтерес науковців до вивчення питання безсимптомної гіперурикемії (ГУ) та її ролі в розвитку кардіоваскулярних та метаболічних порушень, що обумовлено неухильним зростанням кількості осіб з порушеним обміном сечової кислоти (СК) в популяції. Однак в даний час залишаються маловивченими питання особливостей пуринового обміну у пацієнтів з хронічною патологією нирок в умовах лікування гемодіалізом (ГД).

Мета: вивчити поширеність, виразність та особливості перебігу ГУ у хворих з ХХН VД стадії, які лікуються ГД.

Матеріали і методи обстеження. Обстежено 119 хворих з ХХН VД стадії, які лікуються ГД. Середній вік обстежених становив $(51,14 \pm 1,2)$ років, середня тривалість лікування ГД – $(51,9 \pm 4,5)$ місяців. Серед обстежених було 78 (66%) чоловіків та 41 (34)% жінок. Вивчали рівень СК у сироватці крові. Згідно з рекомендаціями Європейської

антиревматичної ліги (EULAR) гіперурикемією вважали рівень СК в сироватці крові понад 360 мкмоль/л. У пацієнтів з ГУ з'ясовували присутність в анамнезі приступів гострого артриту, припухання і болю 1-го плесне-фалангового суглоба, а також обстежували на наявність тофусів. Візуалізацію гіперехогенних включень у нирках здійснювали за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД).

Результати. При аналізі результатів виявлено, що середній рівень СК у хворих з ХХН VD стадії становив $(331,7 \pm 8,8)$ мкмоль/л, при цьому достовірно не відрізнявся в осіб різної статі ($p > 0,05$). ГУ спостерігалася у 47 (39,5%) обстежених. Середній рівень СК у чоловіків з ГУ становив $(431,3 \pm 10,1)$ мкмоль/л, у жінок – $(437,8 \pm 14,6)$ мкмоль/л. Поширеність та рівень ГУ не залежали від статі ($p > 0,05$). Приступи гострого артриту були в анамнезі у 14 (30%) пацієнтів з ГУ, припухлість і біль 1-го плесне-фалангового суглоба – у 8 (17%) хворих. У 12 (26%) пацієнтів з ГУ виявлено тофуси. При УЗД нирок кристали солей візуалізувалися у 9 (19%) хворих з ГУ, конкременти – у 18 (38%) осіб.

Висновки. Гіперурикемія спостерігається у 39,5% хворих на ХХН VD стадії, які лікуються ГД, не залежить від статі, супроводжується клінічною симптоматикою у 30% пацієнтів та наявністю конкрементів у нирках у 38% осіб.

*Сидоренко О.Л., Ковбаса Н.М., Дзюжинська О.К.,
Чорна Я.В., Бенів М.Я.*

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

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Вступ. Фібриляція передсердь (ФП) — часте порушення серцевого ритму в клінічній практиці, поширеність якого складає 1-2% в загальній популяції, а питома частка у структурі госпіталізації з приводу аритмій становить майже 40%. Згідно даних світової статистики, ФП спостерігається у 7-21% хворих на інфаркт міокарда (ІМ).

Мета. Встановити частоту поєднання неклапанної форми ФП з гострим інфарктом міокарда.

Результати та обговорення. Нами здійснено ретроспективний аналіз 199 випадків гострого ІМ, зареєстрованих у кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» за період січень 2015 – січень 2016 року. За результатами нашого дослідження, частка пацієнтів, у яких ІМ асоціювався з ФП становила 16,6% віком від 43 до 85 років. Середній вік цієї категорії

пацієнтів становив $68,8 \pm 9$ років. Серед досліджуваного контингенту переважали чоловіки (61%). Q-ІМ було виявлено у 84% хворих, без зубця Q – 16%. У групі пацієнтів з ФП розподіл щодо типу ІМ був наступним: Q-ІМ було виявлено у 69% хворих, без зубця Q – 31%. У 33% пацієнтів у даній групі діагностували пароксизми ФП, у 37% – персистуючу форму, у 3% – тривало персистуючу. У 27% хворих ІМ виник на фоні постійної форми ФП. Також нами встановлено, що у хворих з ФП ІМ у 64% хворих мав передню локалізацію.

Висновок. Таким чином, згідно нашого дослідження у 16,6% пацієнтів ІМ асоціювався з ФП. Причому, найчастішою формою ФП серед цих хворих є персистуюча, а локалізація некрозу міокарда – передня стінка лівого шлуночка.

*Сусла О.Б., Т.О. Мильнікова, С.В. Данилів
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ І МЕЛЬДОНІУ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕДІАЛІЗНОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Проблема лікування і профілактики кальцифікації клапанів серця (ККС) як предиктора розвитку кардіоваскулярних подій у хворих на додіалізній стадії хронічної хвороби нирок (ХХН) далека від свого задовільного вирішення. Тому, доцільним при недіалізній ХХН є пошук нових терапевтичних стратегій для корекції зазначених уражень серця, спираючись на досягнення науки про важливу роль пошкодження ендотелію, зокрема дефекту метаболізму оксиду азоту (NO), в механізмах клапанної кальцифікації.

Мета дослідження – оцінити ефективність комбінації попередника NO аргініну глутамату і універсального цитопротектора мельдонію на прогресування ККС у комплексному лікуванні хворих із недіалізною ХХН.

У дослідження було включено 40 хворих на ХХН II-IV стадій, ускладнену ККС і артеріальною гіпертензією (чоловіки, 18; середній вік, $(57,7 \pm 1,4)$ років; середня швидкість клубочкової фільтрації, $(45,8 \pm 3,3)$ мл/хв на $1,73 \text{ м}^2$). Переважали пацієнти з хронічним пієлонефритом (45%). Інтенсивність (0-4 бали) кальцифікації мітрального (КМК) та аортального (КАК) клапанів, сумарний ступінь виразності КМК+КАК визначали за допомогою ультразвуку. Кількісний аналіз циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) як маркера пошкодження ендотелію у плазмі крові

проводили згідно з методикою (Hladovec J. et al., 1978) в нашій модифікації. Хворі були розподілені на 2 групи: 1-ша (основна) група (n=20) на тлі базисного лікування (антигіпертензивна терапія, за показаннями – корекція анемії, гіперпаратиреозу, гіперфосфатемії тощо) отримувала комбінацію аргініну глутамату (4 г/д парентерально протягом 10-12 днів, в подальшому – 3 г/д перорально) і мельдонію (0,5 г/д парентерально протягом 10-12 днів, в подальшому – 0,5 г/д перорально), 2-га (порівняння) група (n=20) знаходилась лише на базисній терапії. Лікування хворих здійснювалося згідно з протоколом надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Комплексне лікування складалось із трьох 2-місячних курсів на рік. Дослідження у групах хворих проводили на початку та після 12-місячного лікування. Дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ($M \pm m$). Застосовували Т-тест Вілкоксона для порівняння залежних величин, U-критерій Манна-Уїтні для порівняння незалежних кількісних, а критерій χ^2 – якісних порядкових величин.

До кінця спостереження встановлено збільшення інтенсивності КМК (на 11,9%; $Z=2,02$, $p=0,043$), КМК+КАК (на 11,9%; $Z=2,55$, $p=0,011$), тенденцію до вищих значень ступеня виразності КАК ($p=0,091$) у недіалізних хворих, які перебували на базисному лікуванні, водночас у пацієнтів, які отримували модифіковану терапію, зареєстровано зменшення інтенсивності КАК (на 16,2%; $Z=2,20$, $p=0,028$), КМК+КАК (на 14,1%; $Z=2,80$, $p=0,005$), тенденцію до нижчих значень ступеня виразності КМК ($p=0,091$). Через 12 місяців терапії інтенсивність КМК+КАК у хворих на ХХН II-IV стадій 2-ї групи перевищувала ($(4,70 \pm 0,24)$ vs. $(3,35 \pm 0,20)$ балів; $\chi^2=17,43$, $p=0,008$) таку у пацієнтів 1-ї.

Кількість ЦЕК у хворих, які на тлі базисного лікування отримували комбінацію аргініну глутамату і мельдонію, склала 58,2% ($p < 0,001$) від вихідного рівня, а у хворих, які перебували на базисній терапії, – 80,7% ($p < 0,001$), причому до кінця спостереження показник ЦЕК основної групи і групи порівняння відрізнявся ($(6,4 \pm 0,5)$ vs. $(9,2 \pm 0,5) \times 10^4/\text{л}$; $Z=3,41$, $p < 0,001$).

Таким чином, (1) поєднане застосування аргініну глутамату і мельдонію у хворих із недіалізною ХХН у складі 12-місячного комплексного лікування порівняно з базисною терапією перешкоджає прогресуванню КМК, КАК та обох клапанів, сприяє їх регресу. (2) Відновлення цілісності ендотелію може бути одним із ефективних інструментів лікування і профілактики ККС у хворих на додіалізній стадії ХХН.

*Швед М.І., Гурський В.Т.,
Дзюжинська О.К., Чорна Я.В.
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Гобачевського МОЗ України».*

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ НИРОК.

Мета роботи: вивчити ефективність лікування пацієнтів з функціональними змінами нирок в гострий період інфаркту міокарда шляхом введення в стандартну терапію препарату канефрону Н.

Групу дослідження склали 64 хворих на гострий інфаркт міокарда (53 чоловіків та 11 жінок) віком від 36 до 74 років, які знаходились на лікуванні в палаті інтенсивної терапії кардіологічного відділення Тернопільської університетської лікарні. Клінічні та інструментальні дослідження проводили при поступленні хворих в стаціонар та на 14 добу лікування.

Хворі були розподілені на 2 групи: 1 група – 33 хворих, приймали стандартне лікування згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України (антиагрегант та антикоагулянт, β -блокатор, інгібітор АПФ або сартан, статин, на терапія); 2 група – 31 хворий, які додатково до стандартної терапії отримували канефрон Н по 1 табл 3 рази на добу протягом двох тижнів.

Для оцінки ефективності лікування всім хворим при поступленні та на 14 добу лікування проводилось визначення рівня креатиніну та сечовини в біохімічному аналізі крові, а також розраховувалась швидкість клубочкової фільтрації (за формулою СКД-ЕРІ). Зазначимо, що функціональний стан нирок за даними досліджуваних показників у пацієнтів обох груп у вихідному стані статистично не відрізнялись. В результаті проведеного комплексного лікування через 14 діб встановлено, що рівень креатиніну та сечовини у пацієнтів першої групи виявився відповідно на 18 та 14% вищим, ніж у пацієнтів другої групи. Швидкість клубочкової фільтрації у пацієнтів першої групи була на 25% нижчою, ніж у пацієнтів другої групи.

Висновок: введення в стандартну програму лікування канефрону Н достовірно покращує функціональні параметри нирок, що обґрунтовує доцільність його використання в гострий період інфаркту міокарда.

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

*Левицька Лариса, Дмитерко Уляна,
кафедра медичної реабілітації*

*Левицький Ігор, Павлов Валерій
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КАРОТИДНО-СТЕГНОВОГО ІНДЕКСУ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ

Каротидно–стегнова швидкість пульсової хвилі (показник артеріальної жорсткості) визначається часом, необхідним для артеріального пульсу, щоб пройти шлях від сонної до стегнової артерії. Артеріальна жорсткість–це поняття, що визначає властивості стінки артерії, яка у свою чергу змінює її функціональні можливості, а відповідно, позначається на зміні тиску, кровотоку та діаметрі артерії з кожним серцевим скороченням.

Артеріальна жорсткість є основною детермінантою судинного опору. Для еластичних судин швидкість хвилі залежна від жорсткості стіни, так що зміни жорсткості будуть впливати на рівень тиску. Хвороби, вік і інші ризики зазвичай знижують еластичну властивість і сприяють розвитку колагенового (сполучнотканинного) компоненту, таким чином, що артеріальна жорсткість, як правило, збільшується з віком у більшості людей. Виділяють активний і пасивний компоненти змін артеріальної жорсткості. До пасивного компоненту відноситься еластична складова артеріальної стінки. Активний компонент включає ендотеліальну функцію, що залежить від різних складових, в тому числі від концентрації оксиду азоту, ендотеліну і гладкої мускулатури судин. Запальний процес, окидантний стрес і зміна позаклітинного матриксу стінки судини є додатковими активними чинниками артеріальної жорсткості. До того ж, симпатичний тонус і генетичні поліморфізми теж регулюють жорсткість артерій у деяких судинних басейнах.

Вимірювання швидкості пульсової хвилі проводяться декількома методами, деякі з яких вимагають складного обладнання і програмного забезпечення. Вони поділяються на 4 основні категорії:

- пристрої, в яких використовується зонд або тонометр для запису пульсової хвилі з датчика;

- пристрої за допомогою манжети, розміщені навколо кінцівок або шиї, що записують поширення пульсової хвилі осцилометрично;
- ультразвукове дослідження поширення хвилі;
- на основі МРТ.

Визначення каротидно-стегнового індексу є перспективним в плані оцінки серцево-судинних ризиків у хворих на інфаркт міокарда, оскільки численні дослідження із залученням когорт людей з різними захворюваннями продемонстрували, що значення каротидно-фemorального індексу швидкості пульсової хвилі корелює із ризиком кардіо-васкулярних подій.

*Швед М.І., Бенів М.Я., Ковбаса Н.М.
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Левицька Л.В.,
кафедра медичної реабілітації
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Вступ. Згідно даних ВООЗ, у 2013 році, в світі 17 млн осіб померло від хвороб системи кровообігу, 7,3 млн з них – в результаті ішемічної хвороби серця. Найвища частка летальних випадків та інвалідизації саме у молодому віці займає її гостра форма – інфаркт міокарда (ІМ). Фремінгемське дослідження серця довело наявність зв'язку між надлишковою масою тіла (НМТ), ожирінням (ОЖ) та розвитком ІМ.

Мета. Оцінити ризик розвитку негативних наслідків (смерть або повторний ІМ) у хворих на ІМ в поєднанні з НМТ.

Результати та обговорення. Нами було обстежено 30 пацієнтів з діагнозом ІМ віком від 39 до 85 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ПІТ кардіологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». 70,0% з них склали чоловіки, жінки відповідно – 30,0%. Середній вік пацієнтів становив $63,4 \pm 11,5$ роки, причому переважали хворі старше 60-ти років. Більшість пацієнтів мали НМТ чи ОЖ, – індекс маси тіла (ІМТ) становив $28,7 \pm 4,1$ кг/м². Розподіл хворих щодо ІМТ був таким: нормальна маса тіла – 16,7%, зайва маса тіла – 50,0%, ОЖ I ступеня – 23,3%, ОЖ II ступеня – 10,0%. У всіх пацієнтів з ОЖ був виявлений його абдомінальний тип (окружність талії/окружність

стегон $> 1,0$ у чоловіків та $> 0,85$ у жінок). Пацієнтів з дефіцитом маси тіла та з ОЖ III ступеня виявлено не було. Обрахунок ризику розвитку серцево-судинних подій проводили за шкалою GRACE. За результатами нашого дослідження згідно шкали GRACE було встановлено, що в категорії пацієнтів з нормальною масою тіла у 60,0% хворих ризик був середнім (1- 3%), у 20,0% - високим ($> 3\%$), також лише 20,0% пацієнтів мали низький ($< 1\%$) ризик смерті чи повторного ІМ. У групі пацієнтів з НМТ більшість – 52,0% хворих мали високий ризик, по 24,0% припадало на середній та низький ризик. Причому, у всіх пацієнтів з ОЖ II ступеня ризик був високим.

Висновок. Таким чином, за результатами даного дослідження, можна припустити, що зайва маса тіла впливає на ризик розвитку негативних наслідків інфаркту міокарда. Перспективним є вивчення залежності перебігу інфаркту міокарда, його ускладнень і наслідків від ступеня збільшення маси тіла.

*Швед М.І., Бенів М.Я.,
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Левицька Л.В.,
кафедра медичної реабілітації
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ШКАЛИ GRACE У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Вступ. Невід'ємним етапом у веденні хворих з ішемічною хворобою серця є виконання програм кардіореабілітації, що в першу чергу стосується хворих на інфаркт міокарда (ІМ). В Україні використовується досить складна диференційована програма фізичної реабілітації хворих на ІМ (Ніколаєва Л.Ф., Аронов Д.М., 1988), яка враховує глибину і поширеність ІМ, наявність ускладнень та функціональний клас (ФК) коронарної недостатності. Сучасні підходи до визначення прогнозу ІМ пропонують використовувати загально визнані калькулятори ризиків серцево-судинних подій, які включають незалежні прогностичні фактори. Однією з основних таких шкал є шкала GRACE.

Мета. Оцінити зв'язок між диференційованою програмою фізичної реабілітації та шкалою GRACE.

Результати та обговорення. Нами проведено обстеження 32 хворих на гострий ІМ, які знаходились на госпітальному етапі реабілітації в ПІТ кардіологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Середній вік пацієнтів становив $63,8 \pm 11,2$ роки. Q-ІМ було виявлено у 84,4% хворих, без зубця Q відповідно – 15,6%. Розподіл щодо локалізації був наступним: передньо-перегородково-верхівково-боковий ІМ – у 43,8% пацієнтів, задньо-діафрагмальний – у 40,6%, передньо-перегородково-верхівковий – у 6,3%, задньо-базальний, циркулярний та задньо-діафрагмальний з поширенням на перегородку, бокову стінку та правий шлуночок – по 3,1% хворих. Повторний ІМ був виявлений у 15,6% пацієнтів. За результатами нашого дослідження, згідно шкали GRACE частка хворих з групи високого ризику становила 50,0%, середнього – 28,1%, низького – 21,9%. За реабілітаційною класифікацією до II ФК увійшло 6,25% хворих, до III ФК – 25,0%, до IV ФК – 68,75%. Пацієнтів I ФК виявлено не було.

Висновок. Отже, отримані результати, на даному етапі дослідження, засвідчують наявність певного зв'язку між поділом пацієнтів на функціональні класи за диференційованою програмою фізичної реабілітації та шкалою GRACE. Інтерпретація результатів дослідження ускладнюється специфічним контингентом хворих, як правило, III і IV ФК. Перспективним є продовження дослідження на вибірці пацієнтів різних функціональних класів.

*Швед М.І., Михайлів Л.М., Зоря Л.В., Гурик О.О., Кіцак Я.М.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА АРТРОСОНОГРАФІЧНУ КАРТИНУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Недостатньо вивченим є вплив комплексної урикозуричної терапії на динаміку ультразвукової картини уражених суглобів і не розроблені сонографічні критерії контролю ефективності профілактичних заходів та прогнозування перебігу суглобових уражень у хворих на подагру, особливо у поєднанні з коморбідною патологією.

Мета роботи - оптимізація лікувально - діагностичного алгоритму в хворих на подагру в поєднанні з артеріальною гіпертензією та урахуванням стану суглобів, шляхом включення до діагностичного алгоритму артросонографії і диференційованим використанням в комплексному лікуванні алопуринолу, аторвастатину та лозартану.

Матеріали і методи. Обстежено 118 хворих на подагру у віці від 47 до 69 років ($54 \pm 1,4$ роки). У 54 (39,13%) діагностовано артеріальну

гіпертензію. Групу контролю склали 20 здорових осіб. Пацієнти I групи (35 осіб) отримували алопуринол, в середньому 300 мг на добу. Хворі другої групи (39 пацієнти) - алопуринол і аторвастатин у дозі 20 мг на добу. Пацієнти третьої групи (20 хворих) отримували алопуринол і лозартан по 100 мг на добу. Пацієнти четвертої групи (24 осіб) приймали алопуринол, аторвастатин і лозартан у вищенаведених дозах.

Результати і обговорення. Клініко - функціональні суглобові тести (ВАШ, больовий і запальний індекси) і артросонографічні показники подагри прямопропорційно корелюють з рівнем гіперурикемії, віком, тривалістю захворювання у хворих на подагру. Тривалий прийом алопуринолу призводить до поліпшення клінічного перебігу подагри, зменшенню проявів суглобового синдрому. Додаткове включення в програму лікування хворих на подагру аторвастатину та лозартану дозволяє досягнути цільового рівня артеріального тиску та достовірно скоротити терміни регресу метаболічних сонографічних проявів подагри до 8 тижнів, а запальних до 2 тижнів.

Висновок: Артросонографія дозволяє на ранніх етапах виявляти причину артриту, своєчасно призначати адекватне лікування і проводити моніторинг ефективності терапії.

*Швед М.І., Михайлів Л.М., Джус М.Я.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕБЮТУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

Мета роботи - вивчення гендерних та вікових особливостей дебюту подагричного артриту

Матеріали і методи. Обстежено 138 хворих на подагру у віці від 47 до 69 років ($54 \pm 1,4$ роки). Усім проведено повне клініко-лабораторне та артросонографічне обстеження.

Результати і обговорення. Класичний дебют подагри у вигляді артриту першого плюсне - фалангового суглоба діагностували лише в 67 хворих, що складає 48,55%, в інших випадках спостерігалася інша локалізація ураження що ускладнювало своєчасну діагностику подагри, як причини артриту

Звертає на себе увагу той факт, що в 25,9% хворих середнього віку (I група) в дебюті подагри встановлено ураження гомілковостопного суглоба і в 14,8% - колінного. У 29,3% пацієнтів похилого віку (II група) подагра дебютувала з пошкодження суглобів кисті. Крім того, у більшості обстежених пацієнтів з подагрою діагностували моноартрит, проте у 45

осіб (32,60%) виявили одночасне ураження двох або більше суглобів. Кількість уражених суглобів зростала із збільшенням тривалості захворювання.

Уражений суглоб	Загальна група (n=138)		I група (n =78)		II група (n =60)	
		%		%		%
Перший плесне-фаланговий	67	48,55	38	48,72	29	48,33
Колінний	18	13,04	14	17,95	4	6,67
Гомілковостопний	25	18,12	20	25,64	5	8,33
Променезап'ястковий	5	3,62	1	1,28	4	6,67
Суглоби кисті	16	11,59	2	2,56	14	23,33
Дрібні суглоби стоп	3	2,17	0	0	3	5,00
Ліктьовий	4	2,90	3	3,85	1	1,67

У жінок, порівняно з чоловіками, частіше виявляли метаболічні порушення, які проявлялися мікрокальцинатами і подвійним контуром гіалінового хряща. Тофуси різного ступеня зрілості у жінок діагностували в майже в два рази частіше, ніж у чоловіків (63,89% і 39,22% відповідно). Морфометричні розміри тофусів у жінок в середньому в 1,5 рази більші, ніж у чоловіків.

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

*Швед М.І., Припхан І.Б., Прокопович О.А., Кіцак Я.М.,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Дзюжинська О.К., Зубанюк В.М.,
КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня"*

*Мончак Г.В.
КЗ ТОР "Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф"*

КОРЕКЦІЯ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ

Мета: встановити особливості корекції змін варіабельності ритму серця (BPC) у хворих на стабільну стенокардію та субклінічний гіпотиреоз.

Методи: клінічне обстеження, інструментальні методи (ЕКГ, доплерехокардіографія, Холтерівське моніторування ЕКГ з оцінкою BPC).

Результати: обстежено 115 пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом. У всіх хворих встановлено достовірне пригнічення вегетативної регуляції серцевої діяльності та гіперсимпатикотонію порівняно із контрольною групою, яка налічувала 20 здорових осіб. Хворі обох груп були розподілені на підгрупи залежно від тривалості стабільної стенокардії. Хворі 1 групи (57 осіб) отримували стандартне лікування та L-тироксин, а пацієнти 2 групи (58 осіб) - стандартне лікування, L-тироксин та L-карнітин.

Через 6 місяців від початку лікування у пацієнтів 1 групи із тривалістю стабільної стенокардії до 5 років загальна потужність спектру (TP) була значимо вищою на 27,6% порівняно із вихідними даними, тоді як TP при тривалості стабільної понад 5 років зростала лише на 8,7%. У пацієнтів 2 групи із тривалістю стабільної стенокардії до 5 років TP була значимо вищою на 32,2% порівняно із вихідними даними, а при тривалості стабільної понад 5 років - на 37,8%.

У хворих 1 групи із тривалістю стабільної стенокардії до 5 років через 6 місяців від початку лікування симпато-вагусний індекс (LF/HF) був значимо нижчим на 21,1% порівняно із вихідними даними, тоді як LF/HF при тривалості стабільної понад 5 років зменшувався лише на 3,4%. У хворих 2 групи із тривалістю стабільної стенокардії до 5 років LF/HF був значимо нижчим на 29,8% порівняно із вихідними даними, а LF/HF при тривалості стабільної понад 5 років - на 16,4%.

Висновки: 1. Терапія з включенням L-тироксину є ефективною та позитивно впливає на параметри варіабельності ритму серця при

тривалості стабільної стенокардії до 5 років. 2. В осіб із тривалістю захворювання понад 5 років через 6 місяців терапії відмічено гіперсимпатикотонію та суттєве пригнічення варіабельності ритму серця. 3. Найбільш виражений та довготривалий клінічний ефект, а також суттєве зростання показників варіабельності ритму серця та пригнічення активності симпатичної нервової системи, порівняно із вихідними даними., відмічено під впливом стандартного лікування з включенням L-тироксину та L-карнітину.

*Швед М.І., Прокопович О.А., Сидоренко О.Л., Михайлів Л.М.,
Припхан І.Б., Чорна Я.В., Качанюк І.А., Ковбаса Н.М.
кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Гобачевського»*

ВИБІР АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІХС ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕЧІНКИ

Мета: дослідити зміни показників антикоагулянтного гомеостазу у хворих з різними формами ІХС та фібриляцією передсердь (ФП) при функціональних порушеннях печінки (ФПП) для призначення адекватного комплексного лікування таких пацієнтів.

Методи дослідження: загально-клінічне обстеження (дослідження показників лужної фосфатази (ЛФ), гамаглутамілтрансферази (ГГТ), аргінази, аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ)), коагулограма (визначення активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ), фібриногену (ФГ), міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ), протромбінового індексу (ПІ), протромбінового часу (ПЧ), тромбінового часу (ТЧ)), ЕКГ, ЕхоКС, УЗД печінки, статистичні методи дослідження.

Отримані результати: Обстежено 34 хворих на ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III ФК та постінфарктний кардіосклероз) та ФП з функціональними порушеннями печінки, що проявлялися цитолітичним, холестатичним, мезенхімально-запальним та гепатодепресивним синдромами. Групу порівняння склали 12 хворих на ІХС з ФП без функціональних порушень печінки. Пацієнти отримували стандартну терапію ІХС згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України, зокрема бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, антиагрегантні препарати, статини. З антикоагулянтною метою пацієнти першої та порівнюваної групи отримували варфарин у початковій дозі 2,5 мг/добу (24 хворих) або рівароксабан 10 мг/добу (22 хворих).

У вихідному стані у хворих першої групи були достовірно вищими параметри МНВ, ПІ, ПЧ, ТЧ ($p \leq 0,05$), порівняно з відповідними даними у пацієнтів другої групи, що могло бути пов'язано з порушенням функціонального стану печінки.

З метою корекції ФПП до комплексного лікування пацієнтів першої групи було включено антиоксидантний препарат кверцетин (Корвітин) у дозі 500 мг 1 раз на добу внутрішньовенно протягом 10 днів з подальшим пероральним прийомом впродовж 1 місяця 80 мг на добу. Уже через 5 днів такого лікування спостерігали покращення показників функціональної здатності печінки (зокрема, зниження рівня білірубіну, активності ферментів аленіамінотрансферази, лужної фосфатази, глюнаміноамінотрансферази. У той же час при дослідженні показників згортальної системи крові у всіх досліджуваних виявлено достовірне зростання АЧТЧ, пов'язане з прийомом антикоагулянтної терапії. При цьому відмітимо, що у пацієнтів з ФПП, які отримували варфарин та рівароксабан, гіпокоагуляція була більш значущою, зокрема, достовірно збільшувались МНВ, ПІ, ПЧ, ТЧ ($p \leq 0,05$), ніж у хворих групи порівняння, які одержували ж лікування. Крім того, серед досліджуваних першої групи, лікуваних варфарином, виявлено достовірне зростання МНВ, ПІ, ПЧ, ТЧ ($p \leq 0,05$) у порівнянні з хворими, що отримували рівароксабан ($p \leq 0,05$). В динаміці лікування у пацієнтів групи порівняння без ФПП швидше досягали цільових рівнів показників МНВ, ПІ, ПЧ, ТЧ при прийомі варфарину. В той же час відмічено менший відсоток розвитку геморагічних ускладнень у пацієнтів, які одержували рівароксабан.

Висновок: для покращення моніторингу показників згортальної та фібринолітичної систем організму у хворих на ІХС з ФП та ФПП доцільно в комплексне лікування включати антиоксидантний засіб кверцетин протягом 1 місяця. Для зменшення ризику розвитку кровотеч з антикоагулянтною метою рекомендовано використовувати рівароксабан у дозі 10 мг/добу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАДИ РЕАНІМАЦІЇ (ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ 2015 РОКУ)

БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ У ДОРΟΣЛИХ ТА АВТОМАТИЧНА ЗОВНІШНЯ ДЕФІБРИЛЯЦІЯ.

1. В рекомендаціях ERC 2015 приділяється критична важливість взаємодії між диспетчером екстреної медичної допомоги та особою яка проводить СЛР та своєчасне використання АЗД. Ефективна, скоординована відповідь всіх учасників надання допомоги є ключовим фактором підвищення рівня виживання постраждалих з зупинкою серця на догоспітальному етапі (поза лікарнею).

2. Диспетчер екстреної медичної допомоги відіграє ключову роль в ранній діагностиці серцевого нападу, та проведенні асистенції диспетчером у проведенні СЛР (також відома назва - телефонна СЛР), в локалізації та доставці АЗД.

3. Свідки які навчені та мають можливість повинні швидко оцінити у постраждалого, який втратив свідомість наявність свідомості та адекватного дихання та потім негайно повідомити служби екстреної допомоги.

4. Постраждалі, які без свідомості і у них відсутнє або неправильне дихання повинні ідентифікуватись як з зупинкою серця та вимагають проведення СЛР. Свідки та диспетчери ЕМД повинні підозрювати зупинку серця в будь-якого постраждалого з судомами та повинні ретельно проводити оцінку на предмет нормального дихання у постраждалого.

5. СЛР - провайдери повинні виконувати натиснення на грудну клітку у всіх постраждалих з зупинкою серця. СЛР - провайдери які пройшли відповідне навчання та які мають змогу повинні проводити штучне дихання в комбінації з натисненням на грудну клітку. Наша впевненість в еквівалентності між тільки натисненням на грудну клітку та стандартною технікою проведення СЛР є недостатньою щоб змінити існуючу практику.

6. Високоякісна СЛР залишається необхідною умовою для покращення результатів. Рекомендації щодо частоти та глибини при проведенні натиснень на грудну клітку залишаються незмінними. СЛР провайдери повинні забезпечувати адекватну глибину натиснень (не менше 5 см але не більше 6 см) при частоті 100 - 120 в хв. Після кожного натиснення слід дозволити повернутися грудній клітці у висхідне положення та мінімізувати перерви між натисненнями на грудну клітку. При проведенні штучного дихання слід витратити на нього приблизно 1 секунду з достатнім об'ємом для видимого підняття грудної клітки. Співвідношення між натисненням на грудну клітку та штучним диханням залишається 30:2. Не слід переривати натиснення на грудну клітку більш ніж на 10 секунд для проведення штучного дихання.

7. Дефібриляція протягом 3-5 хв. після зупинки серця забезпечує рівень виживання на рівні 50-70%. Рання дефібриляція може бути забезпечена провайдерами СЛР з використанням АЗД які розміщені в громадських місцях. Програма доступної дефібриляції повинна активно впроваджуватись з розміщенням АЗД в громадських місцях з високою щільністю перебування нам населення.

8. Принципи які використовуються при проведенні СЛР у дорослих можна безпечно використовувати і у дітей без свідомості і відсутністю нормального дихання. Глибина натиснень на грудну клітку у дітей повинні бути щонайменше на 1/3 товщини їх грудної клітки (для немовлят це 4 см, для дітей 5 см).

9. Стороннє тіло, яке викликає обструкцію верхніх дихальних шляхів є екстреною ситуацією та вимагає швидкого реагування - нанесення ковзних ударів в області спини, якщо вони не допомагають слід проводити абдомінальні поштовхи. У випадку коли постраждалий втрачає свідомість слід негайно розпочати проведення СЛР, в той час як викликається допомога.

ПРОФЕСІЙНА СЛР У ДОРΟΣЛИХ.

Керівні принципи викладені у рекомендаціях ЄРР 2015 спрямовані на покращення виживання постраждалих. Основні зміни у порівнянні з 2010 роком наступні:

1. Продовжено важливість у використанні системи швидкого реагування з метою виявлення пацієнтів з погіршенням стану та профілактикою внутрішньо лікарняної зупинки серця.

2. Продовжено важливість виконання високоякісного проведення натиснення на грудну клітку протягом будь яких АЛС втручань: натиснення на грудну клітку слід переривати на короткий термін виключно для проведення специфічних втручань. Це включає зведення до мінімуму перерви в натисненні на грудну клітку менш ніж на 5 сек, з метою проведення дефібриляції.

3. Введення акценту на використання самоклеючих наліпок для дефібриляторів, як елемент стратегії мінімізації перед розрядної паузи, хоча визнається що стандартні ложки для дефібриляторів використовуються в деяких установах.

4. Існує новий розділ стосовно моніторингу протягом АЛС з підвищеним акцентом на використання капнографії для підтвердження та постійного контролю правильного розміщення ендотрахеальної трубки, якості проведення СЛР та раннього індикатора повернення до спонтанного кровообігу.

5. Існує багато підходів до забезпечення прохідності дихальних шляхів під час проведення СЛР, вони повинні використовуватись диференцій-

овано що залежить від факторів пов'язаних з постраждалим та навиків персоналу який надає допомогу.

6. Рекомендації щодо медикаментозної терапії протягом СЛР не зазнали змін, але є уточнення щодо рівноваги при введенні медикаментів з метою покращення результатів при зупинці серця.

7. Рутинне використання механічних пристроїв для проведення натиснень на грудну клітку не рекомендовано, але їх використання є доцільним коли забезпечення високої якості натиснення на грудну клітку ручним натисненням не можливо або існує загроза безпеці медичному персоналу при їх проведенні.

8. Використання УЗД може мати хорошу роль у визначенні зворотних причин зупинки серця.

9. Екстракорпоральні методи підтримки життя можуть мати роль як рятувальна терапія у окремих постраждалих у яких стандартні АЛС заходи є не ефективними.

ЗУПИНКА СЕРЦЯ ПРИ ОСОБЛИВИХ ОБСТАВИНАХ.

Особливі причини.

Цей розділ був структурований з метою розгляду всіх можливих зворотних причин зупинки серця які повинні бути визначені або виключені під час проведення реанімаційних заходів. Вони розподілені на дві групи 4Н та 4Т: гіпоксія; гіпо-/гіперкаліємія та інші електролітичні розлади; гіпо-/гіпертермія; гіповолемія; напружений пневмоторакс; тампонада серця; тромбоз (коронарний та легеневий); токсини (отрута).

1. Вживання після асфіксії, викликаної зупинкою серця є рідким, пацієнти, що вижили як правило мають важкі неврологічні розлади. Під час проведення СЛР раннє ефективна вентиляція легень з додатковим киснем є необхідною.

2. Високий рівень клінічної підозри та агресивне раннє лікування може запобігти розвитку зупинки серця внаслідок електролітичних порушень. Новий алгоритм забезпечує клінічні вказівки екстреного лікування загрозової для життя гіперкаліємії.

3. Пацієнти з гіпотермією без ознак серцевої недостатності повинні зігріватися з використанням зовнішніх методів використовуючи мінімальні інвазивні втручання. Пацієнти з ознаками серцевої недостатності повинні транспортуватися безпосередньо в центри з можливістю екстракорпоральної підтримки життя.

4. Раннє розпізнавання та негайне введення адреналіну внутрішньом'язево залишається основним в лікуванні анафілаксії.

5. Новий алгоритм лікування зупинки серця при травматичних пошкодженнях був розроблений для визначення пріоритетності в послідовності рятувальних заходів.

6. Транспортування з триваючою СЛР може бути корисним у деяких пацієнтів у випадку коли у лікарні є доступ до катетеризації та досвід у проведенні через шкірних коронарних втручань з триваючою СЛР.

7. Рекомендації для введення фібринолітиків при підозрі на легеневу емболію при зупинці серця залишаються без змін.

Спеціальні обставини.

Спеціальні обставини включають рекомендації для лікування зупинки серця які стаються в спеціальних обставинах. До цих місць відносять спеціалізовані медичні установи (наприклад операційна, кардіологічна операційна, відділення діалізу, стоматологічні кабінети), комерційні літаки або повітряний транспорт ЕМД, ігрові площадки, зовнішнє середовище (наприклад утоплення, складний рельєф, високогір'я, лавина, удар блискавкою та вплив електроструму) або місце з масовими жертвами.

1. Новий розділ охоплює загальні причини та відповідну реанімаційних процедур у пацієнтів які перенесли операційні втручання.

2. У пацієнтів після великих кардіохірургічних операцій основою успіху в реанімаційних заходах є розпізнавання необхідності негайного проведення екстреної рестернотомії, особливо в контексті тампонади або кровотечі, коли зовнішні компресії грудної клітки можуть бути не ефективними.

3. Зупинка серця при дефібриляційних ритмах (фібриляція шлуночків (ФШ) або без пульсова шлуночкові тахікардія (ШТ) протягом катетеризації серця повинна негайно бути лікована починаючи з трьох дефібриляцій перед початком проведення натиснень на грудну клітку. Використання механічних пристроїв для проведення натиснення на грудну клітку під час ангіографії рекомендовано для забезпечення високоякісного натиснення на грудну клітку та зменшення променевого навантаження на персонал при ангіографії та триваючій СЛР.

4. АЗД та відповідне обладнання для проведення СЛР повинно бути обов'язково на борту всіх комерційних авіалайнерів в Європі, включаючи регіональні та не дорогі літаки. Розглядається техніка СЛР over- the-head, якщо обмеження доступу включає традиційний спосіб.

5. Раптова та несподівана втрата свідомості у спортсмена на полі ймовірно є зупинкою серця тому потребує швидкого розпізнавання та ранньої дефібриляції.

6. Занурення більш ніж на 10 хв асоціюється з поганим результатом. Свідки грають критичну роль в швидкому рятуванні та реанімації. Реанімаційна стратегія при дихальній або серцевій недостатності є продовження приділяти пріорітетоксигенації та вентиляції.

7. Шансом для хорошого результату при зупинці серця у важкодоступних місцях або горах є зменшення часу доступу та наявність транспорту.

Існує визнана роль повітряних рятувальних груп та наявність АЗД у віддалених але часто відвідуваних місцях.

8. Критерії відсічення для проведення СЛР та екстракорпорального зігрівання у жертв лавини при зупинці серця стали більш жорсткими для зменшення кількості випадків невдалих випадків лікування з використанням екстракорпоральних методів.

9. Підкреслено важливість заходів безпеки при проведенні СЛР жертвам електротравми.

10. Під час інциденту з масовими випадками, якщо кількість постраждалих перевищує ресурси системи ЕМД, утриматись від СЛР у постраждалих без ознак життя.

Специфічні пацієнти.

Цей розділ описує особливості проведення СЛР у пацієнтів з важкою супутньою патологією (бронхіальна астма, серцева недостатність з шлуночковими додатковими пристроями, неврологічні захворювання, ожиріння) та для осіб з конкретними фізіологічними умовами (вагітність, літні люди).

1. У пацієнтів з шлуночковими допоміжними пристроями підтвердження зупинки серця може бути складною. Якщо протягом перших 10 днів після хірургічного втручання, зупинка серця не реагує на дефібриляцію, слід негайно виконати рестернотомію.

2. Пацієнти з субарахноїдальною кровотечею можуть мати зміни на ЕКГ подібні до змін при гострому коронарному синдромі. Чи буде виконана КТ головного мозку перед або після коронарної ангіографії буде залежати від клінічних умов (ознак).

3. Не має змін у послідовності проведення СЛР у пацієнтів з ожирінням однак забезпечення ефективної СЛР може бути утруднено. Слід розглянути частішу зміну рятувальників ніж стандартні 2 хвилини. Рання інтубація є рекомендованою.

4. У вагітних з зупинкою серця, високоякісна серцево-легенева реанімація з мануальним зміщенням матки, рання АЛС та забезпечення кесаревого розтину у випадку не досягнення раннього відновлення кровообігу залишаються ключовими втручаннями.

ПІСЛЯРЕАНІМАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ.

Цей розділ є новим для рекомендацій ЄРР; в рекомендаціях від 2010 року ця тема була разом з розділом АЛС. ЄРР поєднала свої зусилля з Європейською асоціацією Інтенсивної медицини з метою написання цього розділу рекомендацій, який зауважує на необхідності високоякісного після реанімаційного лікування як важливої складової ланки ланцюга виживання.

Найбільш важливі зміни в після реанімаційному лікуванні з 2010 р. є:

1. Існує більший акцент на необхідність термінованої катетеризації коронарних судин та через шкірної коронарної катетеризації після поза госпітальної зупинки серця спричиненої серцевими причинами.

2. Цільова температура залишається важливою, однак зараз важливим є досягнення температури на рівні 36

3. Замість раніше рекомендованих 32-34 температури. Попередження лихоманки залишається дуже важливою.

4. Прогнозування тепер проводиться з використанням мультимодальної стратегії і тепер є акцент на наданні достатнього часу для неврологічного відновлення і для того щоб дія седативних була знята.

5. Новий розділ був доданий та адресований для реабілітації після виживання при зупинці серця. Рекомендації включають системну організацію подальшого догляду яка повинна включати скринінг потенційно когнітивних та емоційних порушень та надання інформації.

СЛР У ДІТЕЙ.

Рекомендації були зроблені у відповідь на наявність нових переконливих даних і використання клінічних, організаційних та освітніх напрямках, вони були адаптовані для забезпечення їх відповідного використання та для навчання.

Базова підтримка життя.

1. Тривалість забезпечення дихання близько 1 сек, для співставлення з практикою у дорослих.

2. Для натиснень на грудну клітку, нижня частина грудини повинна стискатися щонайменше на 1/3 від передньо-заднього діаметру грудної клітки (4 см у немовлят та 5 см у дітей).

Допомога важкохворим дітям.

1. Якщо не має ознак септичного шоку, тоді діти з гарячкою повинні отримувати рідину з обережністю та повторною оцінкою після її введення. При деяких формах септичного шоку, слід обмежити рідину з ізотонічних кристалоїдів, що може бути корисним в порівнянні з ліберальним використанням рідини.

2. Для кардіоверсії при суправентрикулярній тахікардії, початкова доза була переглянута до 1 Дж кд-1

Алгоритм допомоги при зупинці серця у дітей.

1. Багато особливостей є спільними з такими як у наданні допомоги дорослим.

Після реанімаційна допомога.

1. Попередження гарячки у дітей які мали повернення до спонтанного кровообігу на догоспітальному етапі.

2. Метою температурного контролю у дітей з поверненням спонтанного кровообігу повинна бути норма термія або помірна (середня) гіпотермія.

3. Немає жодного одного предиктора для моменту зупинки реанімації.
РЕАНІМАЦІЯ ТА ПІДТРИМКА НЕМОВЛЯТ ПРИ НАРОДЖЕННІ.

Нижче наведені основні зміни до рекомендацій ЄРР від 2015 року для немовлят:

1. Підтримка переходу: визнається унікальна ситуація для немовляти при народженні, які рідко вимагають реанімації але іноді потребують медичної допомоги протягом постнатального переходу. Термін підтримки переходу був введений для кращого розпізнавання між втручаннями які необхідні для відновлення життєво важливих функцій органів (реанімації) або з метою підтримання переходу.

2. Перетиснення пуповини: для дітей без патології затримка в перетисненні пуповини має складати принаймі 1 хвилину після повного народження, в даний час рекомендується для недоношених і доношених немовлят. На разі не має достатніх доказів, щоб рекомендувати певний час для затиснення пуповини для немовлят які потребують реанімаційних дій.

3. Температура: температура новонароджених без асфіксії повинна бути між 36,5 та 37,5 градусів після народження. Важливо досягти цієї мети оскільки вихід за ці межі має сильний зв'язок з зростанням смертності та захворюваності. Досягнення необхідної температури повинен розглядатися також як індикатор якості.

4. Підтримка температури: В <32 тижнів гестації, поєднання заходів може знадобитися на додаток, щоб підтримувати температуру між 36,5 ° C і 37,5 ° C після пологів через надходження і стабілізації. Ці заходи можуть бути наступними - зволожені теплі суміші газів, збільшення температури у приміщенні та використання пластикових упаковок розміщених на тілі та голові плюс термічний матрац або термічний матрац самотійно, все це може бути ефективним в усуненні гіпотермії.

5. Оптимальна оцінка ЧСС: пропонується у дітей які потребують реанімації, що ЕКГ може бути використано для забезпечення швидкої та точної оцінки ЧСС.

6. Меконій: інтубація трахеї не повинна бути звичайною справою при наявності мезонію та повинна виконуватись тільки при підозрі на непрохідність трахеї. Акцент повинен бути зроблений на ініціюванні вентиляції протягом першої хвилини життя в немовлят що не дихають або дихання у них не ефективно і це не повинно відкладатись.

7. Повітря/кисень: респіраторну підтримку доношених дітей слід починати з повітря. Для недоношених дітей, повітря або низьку концентрацію кисню (до 30%) слід використовувати на початковому етапі. Якщо незважаючи на ефективну вентиляцію, оксигенації (в ідеалі визначається оксиметрією) залишається неприйнятною, використання кисню високої концентрації повинно бути розглянуто.

8. СРАР (СДОР): початкова респіраторна підтримка при спонтанному диханні у недоношених новонароджених з респіраторним дистресом повинна бути пріоритетною при СДОР а не інтубація.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ.

Наступне описує найбільш вагомі зміни та погляди у рекомендаціях при лікуванні гострого коронарного синдрому.

Діагностичні втручання при ГКС.

1. Догоспітальний запис 12 каналної ЕКГ рекомендовано пацієнтам з підозрою на підйом сегменту ST при гострому інфаркті міокарду (STEMI). У пацієнтів з STEMI прискорення проведення реперфузійної терапії на догоспітальному та госпітальному етапах зменшує рівень смертності.

2. Інтерпретація ЕКГ STEMI не лікарями, з або без допомоги комп'ютерної програми розпізнавання ЕКГ STEMI пропонується, якщо адекватні діагностичні характеристики можуть здійснюватись шляхом уважного моніторингу якості програмного забезпечення.

3. Повідомлення на етапі догоспітального етапу катетризаційної лабораторії може не тільки зменшити час затримки виконання лікування але й також зменшити рівень смертності у пацієнтів.

4. Використання негативних високочутливих серцевих тропонінів (T⁺-cTn) під час початкової оцінки пацієнта не може використовуватись самостійно для виключення наявності ГКС, однак у пацієнтів з дуже низьким рівнем може виправдати ранню виписку.

Терапевтичні втручання при ГКС.

1. Аденозин дифосфат рецепторний антагоніст (клопідогрель, тікарелор або прасугрель - з особливим обмеженням) можна давати на догоспітальному етапі або в відділенні невідкладної допомоги у пацієнтів з STEMI у яких планується первинна PCI.

2. Нефракційний гепарин можна вводити на догоспітальному етапі або госпітальному етапі у пацієнтів з STEMI та запланованою первинною PCI.

3. введення еноксіпарину може використовуватись як альтернатива догоспітальному введенню низько фракційного гепарину при STEMI.

4. Пацієнтам з гострим болем у грудях та підозрою на ГКС не потрібно забезпечувати додатковим киснем якщо у них не має ознак гіпоксії, діспное або серцевої недостатності.

Рішення щодо реперфузії при STEMI.

Рішення щодо проведення реперфузії повинно прийматись виходячи з локальних ситуацій.

1. Коли планується прийняття стратегії проведення реперфузії, ми рекомендуємо використовувати догоспітальний фібринолізис у порівнянні з госпітальним фібринолізисом при STEMI де час транспортування більше 30 хвилин і медичний персонал на догоспітальному етапі добре навчений цій маніпуляції.

2. В регіоні де відділення РСІ наявні та доступні, пряме сортування та транспортування для проведення РСІ має перевагу догоспітальному проведенню фібринолізу при STEMI.

3. Пацієнти з STEMI в відділенні невідкладної допомоги лікарні без наявного відділення проведення РСІ повинні бути негайно транспортовані в центр де є можливість виконання РСІ за умови, що час затримки проведення РСІ менше ніж 120 хвилин (60-90 хвилин), в іншому випадку пацієнти повинні отримувати фібринолітики та транспортуватись в відповідний центр з можливістю РСІ.

4. Пацієнти які отримали фібринолітичну терапію в відділенні невідкладної допомоги з відсутністю проведення РСІ повинні транспортуватись, якщо це можливо для проведення ранньої ангіографії (протягом 3-24 годин від початку фібринолітичної терапії) ніж можна транспортувати тільки якщо вказано наявність ішемії.

5. РСІ менш ніж 3 години після введення фібринолітика не рекомендується і може бути виконана тільки у випадку невдалого фібринолізу.

ГОСПІТАЛЬНА РЕПЕРFUЗІЯ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ ДО СПОНТАННОГО КРОВООБИГУ.

1. Ми рекомендуємо екстрену катетеризацію коронарних судин (та негайну РСІ якщо необхідно) аналогічно як пацієнтам з STEMI без зупинки серця, вибірково у пацієнтів з відновленням спонтанного кровообігу після поза лікарняної зупинки серця з підозрою на серцеву причину з елевацию сегменту ST на ЕКГ.

2. У пацієнтів, що знаходяться в комі з відновленням спонтанного кровообігу після зупинки серця на догоспітальному етапі з підозрою на зупинку серця без підняття сегменту ST на ЕКГ - доцільно розглянути катетеризацію коронарних судин при високій підозрі коронарної причини зупинки серця.

ПЕРША ДОПОМОГА.

Розділ першої допомоги вперше включено в рекомендації ЄРР 2015 р. **ПРИНЦИПИ НАВЧАННЯ В РЕАНІМАЦІЇ.**

В розділ включено найбільш вагомні погляди щодо проведення навчання з 2010 року.

1. Центри які мають змогу придбати високотехнологічні манекени повинні їх використовувати під час навчання. Використання менш технологічних манекенів також підходить під час проведення навчання на всіх курсах ЄРР.

2. Пристрої зворотнього зв'язку при проведенні СЛР корисні для покращення швидкості натиснення на грудну клітку, глибини натиснення, звільнення та положення рук. Тональні пристрої тільки покращують ступінь натиснення і можуть мати згубний вплив на відпрацювання

глибини натиснення поки рятувальники фокусуються на частоті натиснення.

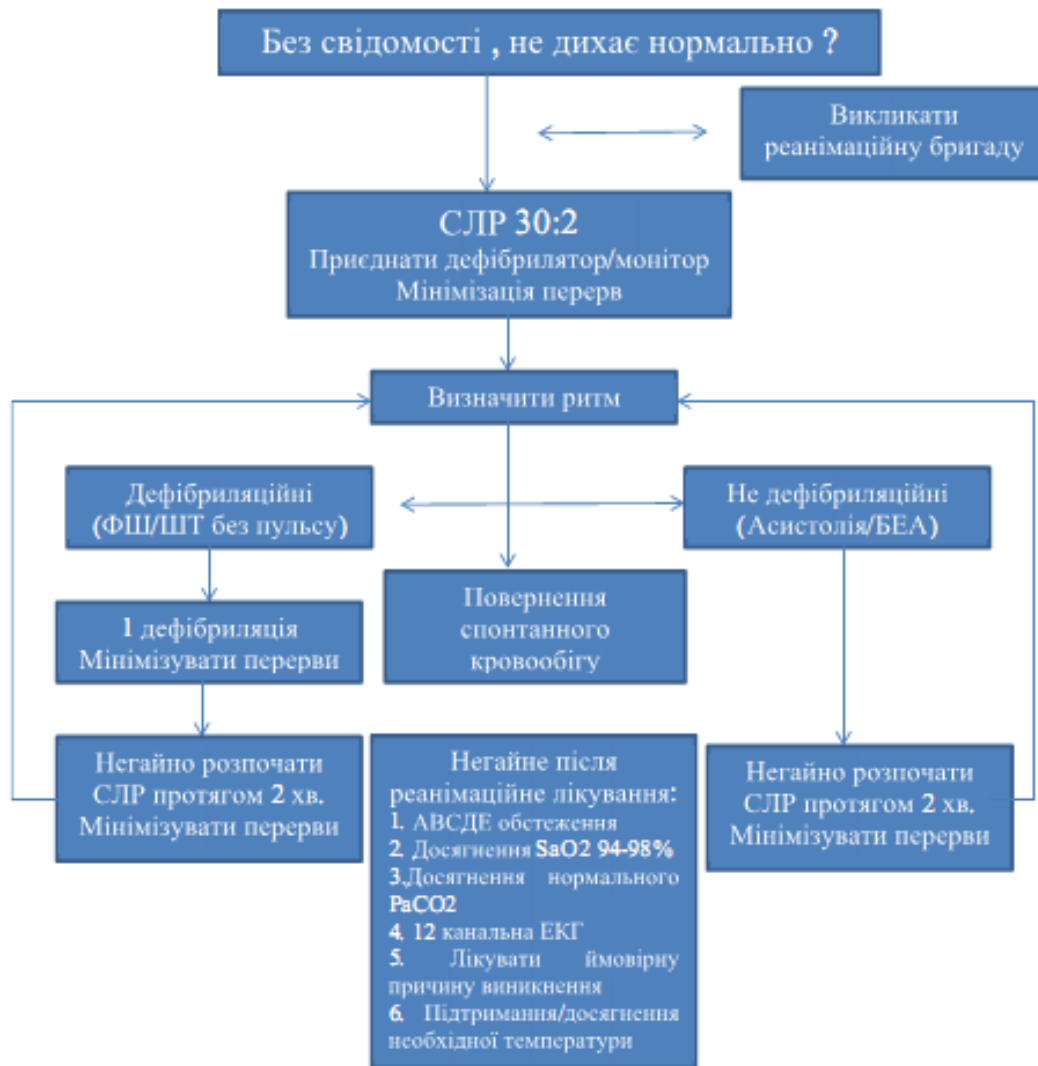
3. Періодичність перепідготовки може відрізнятися залежно від учасників навчання. Відомо, що навички проведення СЛР погіршуються протягом декількох місяців після навчання, тому щорічна перепідготовка може бути недостатньою. Незважаючи на те оптимальні інтервали не відомі, також невідомо чи короткотривалі обмежені ре тренування мають користь.

4. Тренування нетехнічних навичків (наприклад навичків спілкування та керівництво командою) є важливим доповненням до навчання технічних навичків. Цей вид навчання повинен бути включеним в курси життєзабезпечення.

Базова підтримка життя.



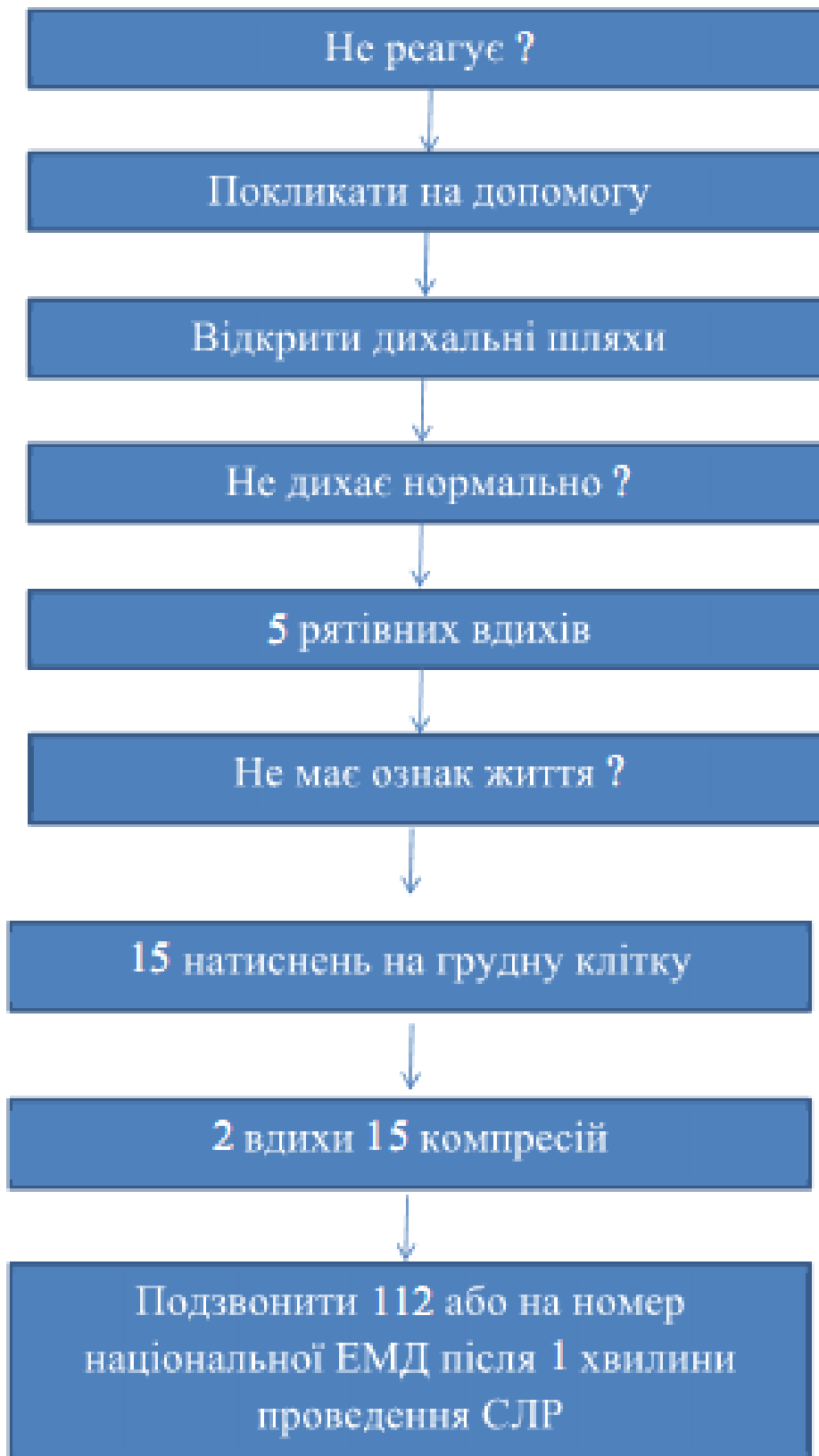
Професійна СЛР.



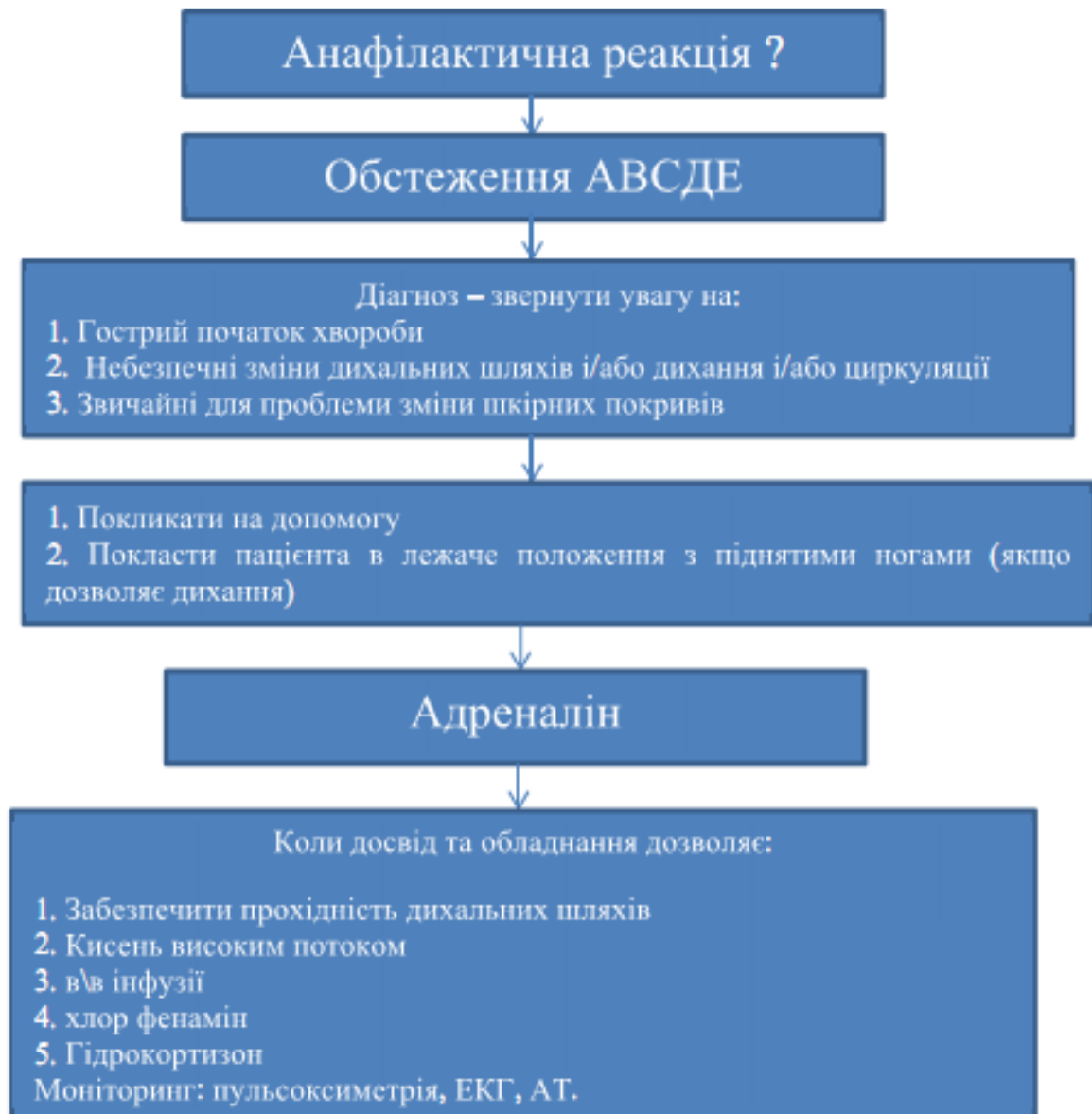
Внутрішньолікарняна СЛР.



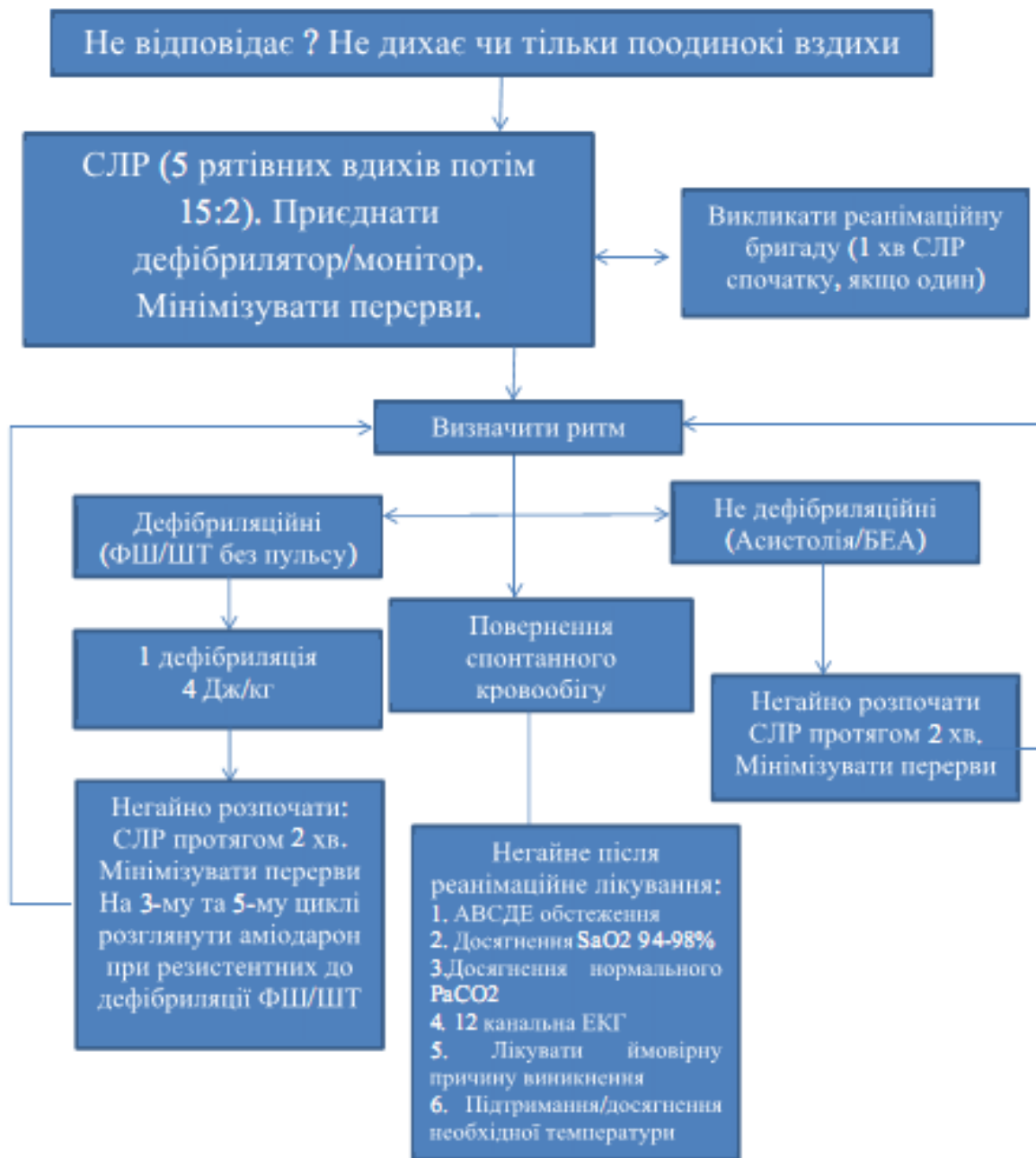
Базова підтримка життя - педіатричний.



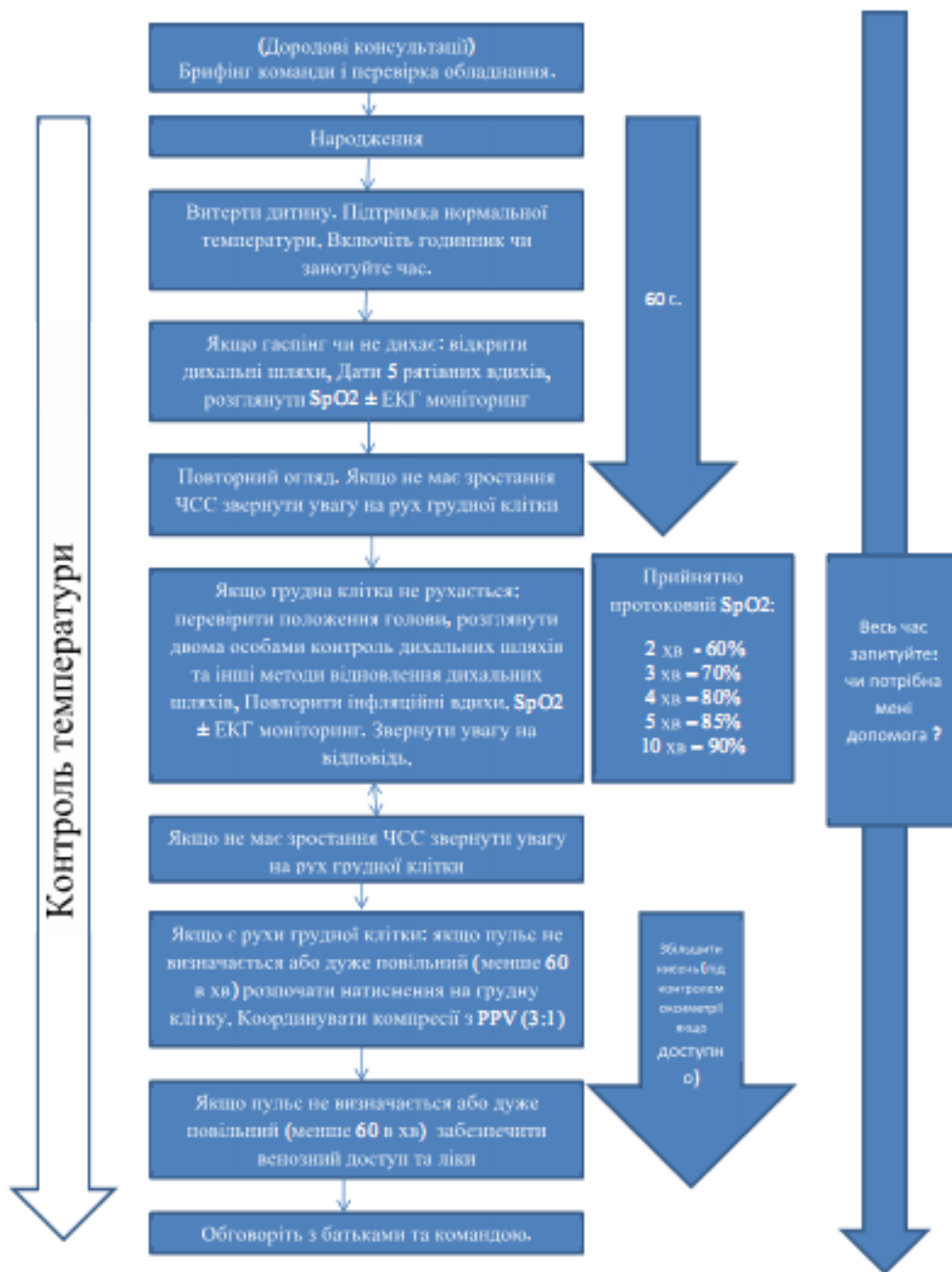
Анафілаксія.



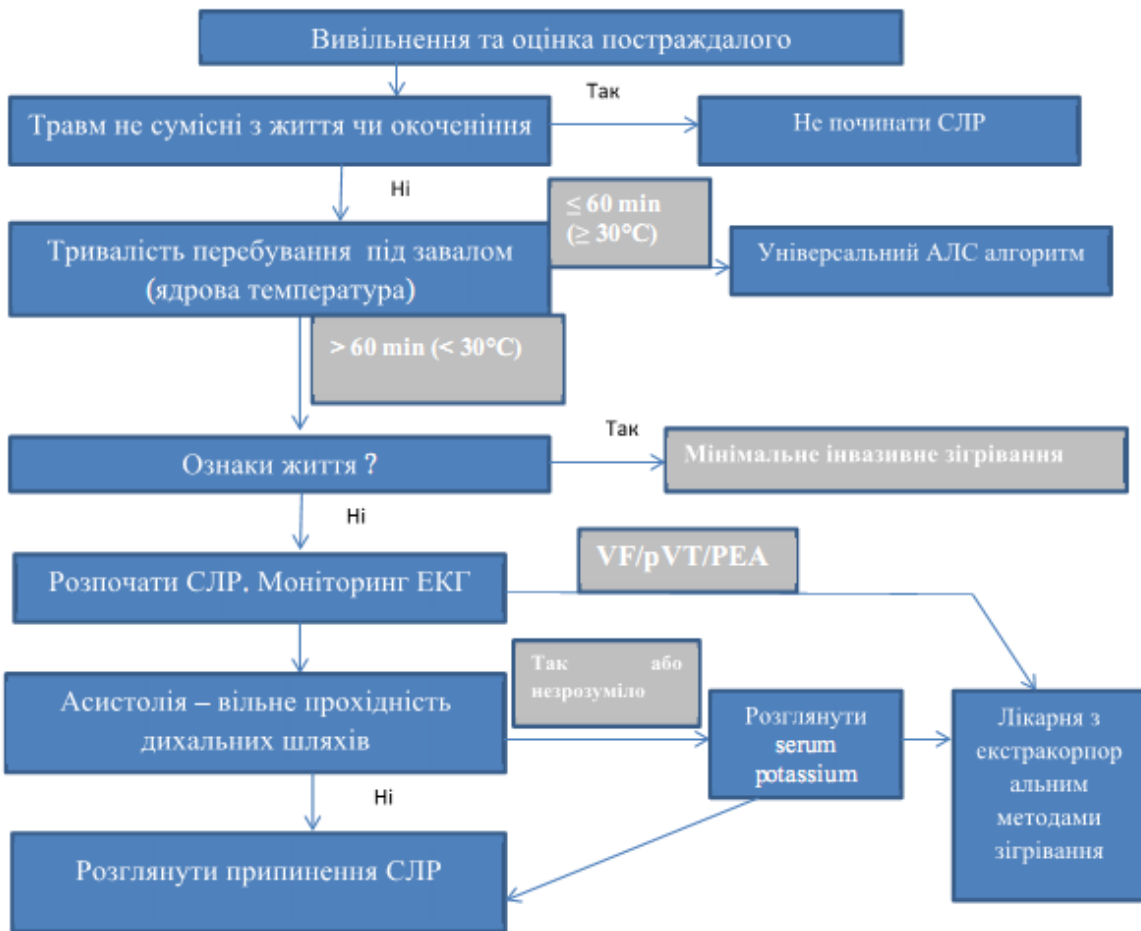
Професійна СЛР - педіатричний.



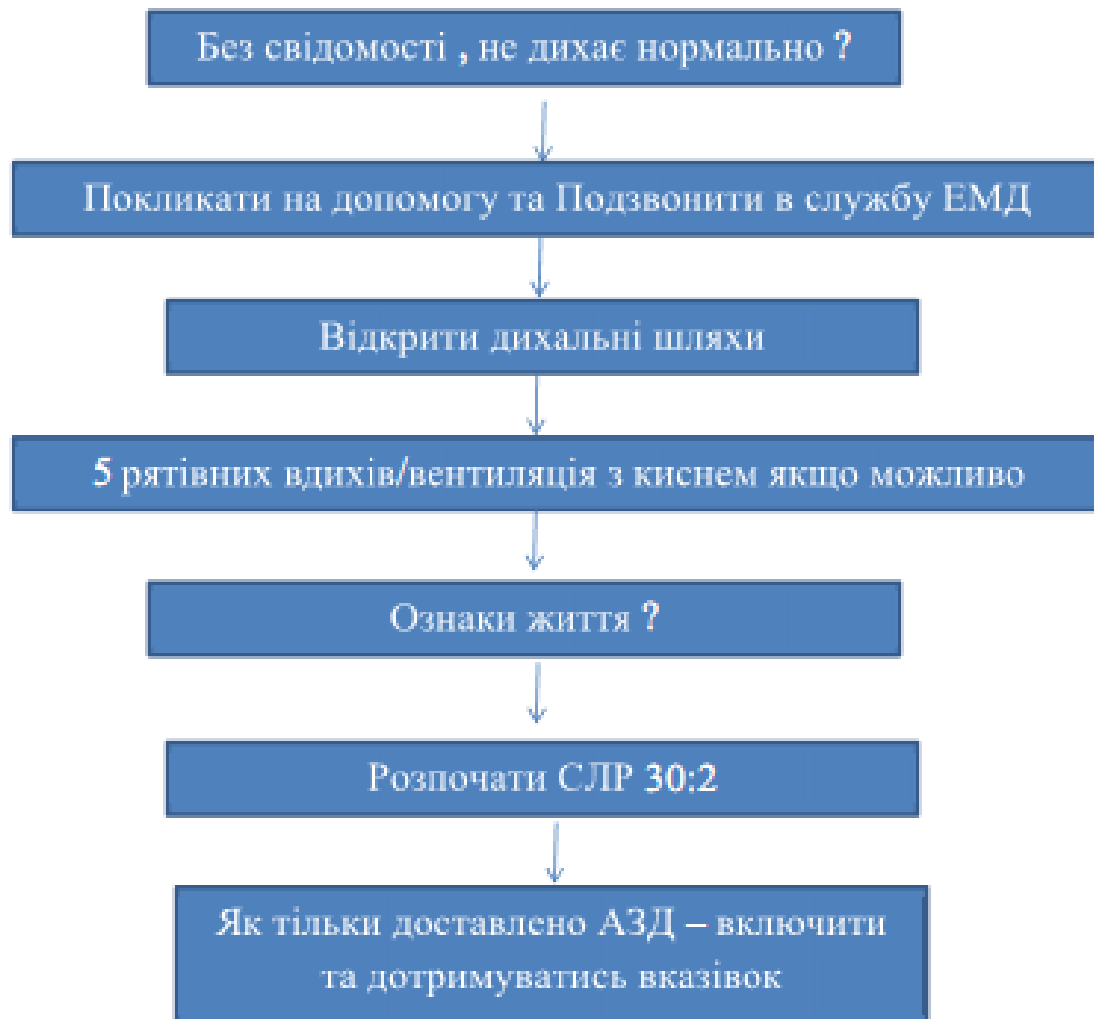
Професійна СЛР – немовлята (щойнонародженні).



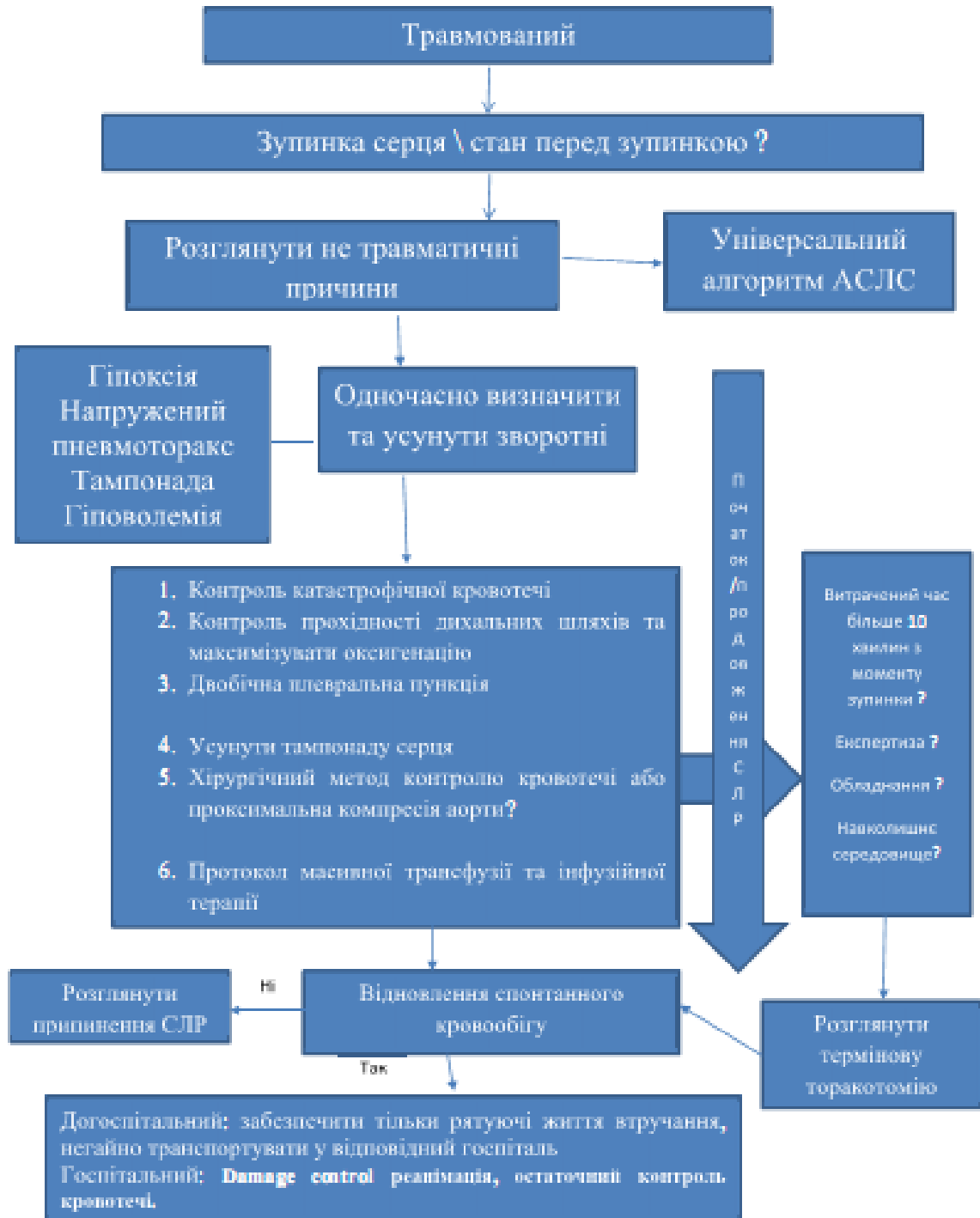
Нещасні випадки при сходженні лавини.



Утоплення.

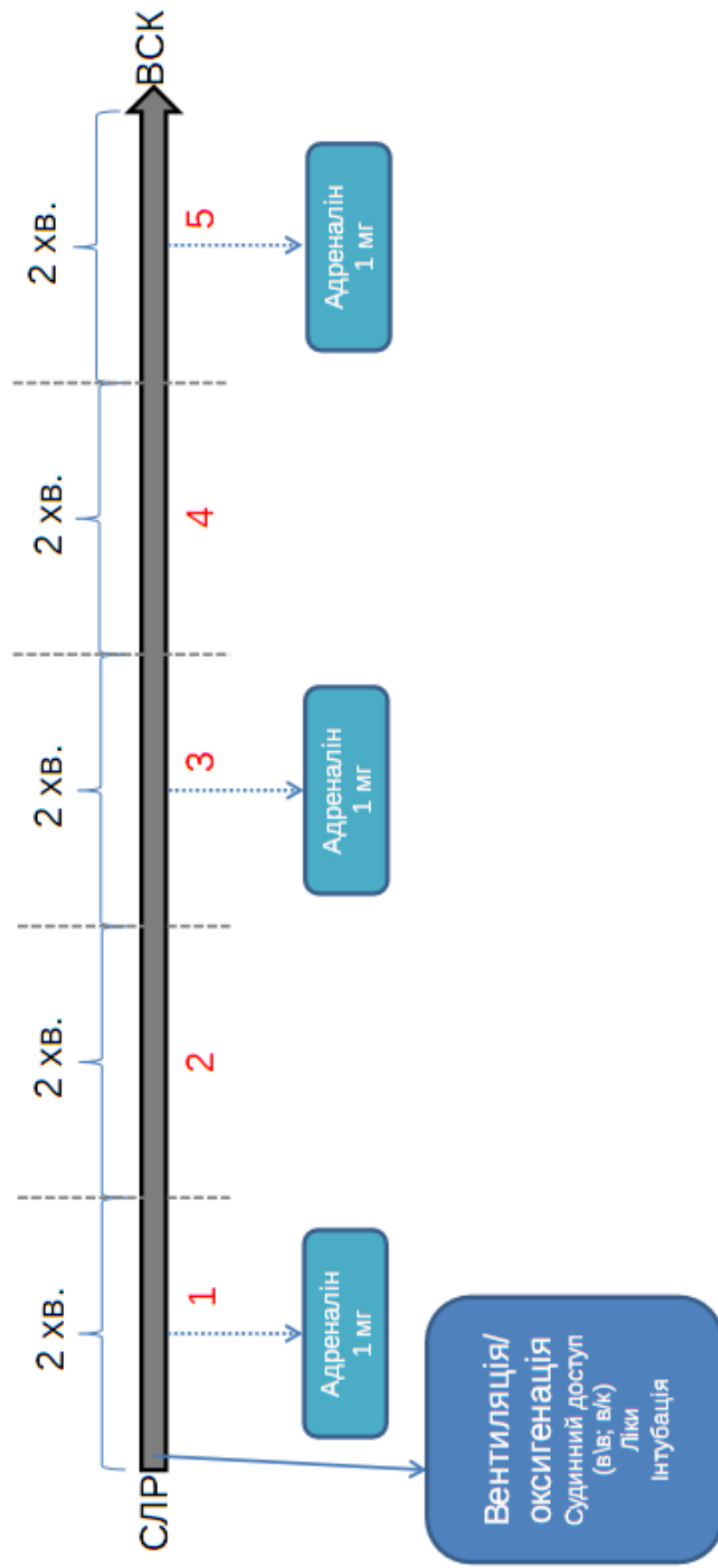


Зупинка серця травматичного генезу.



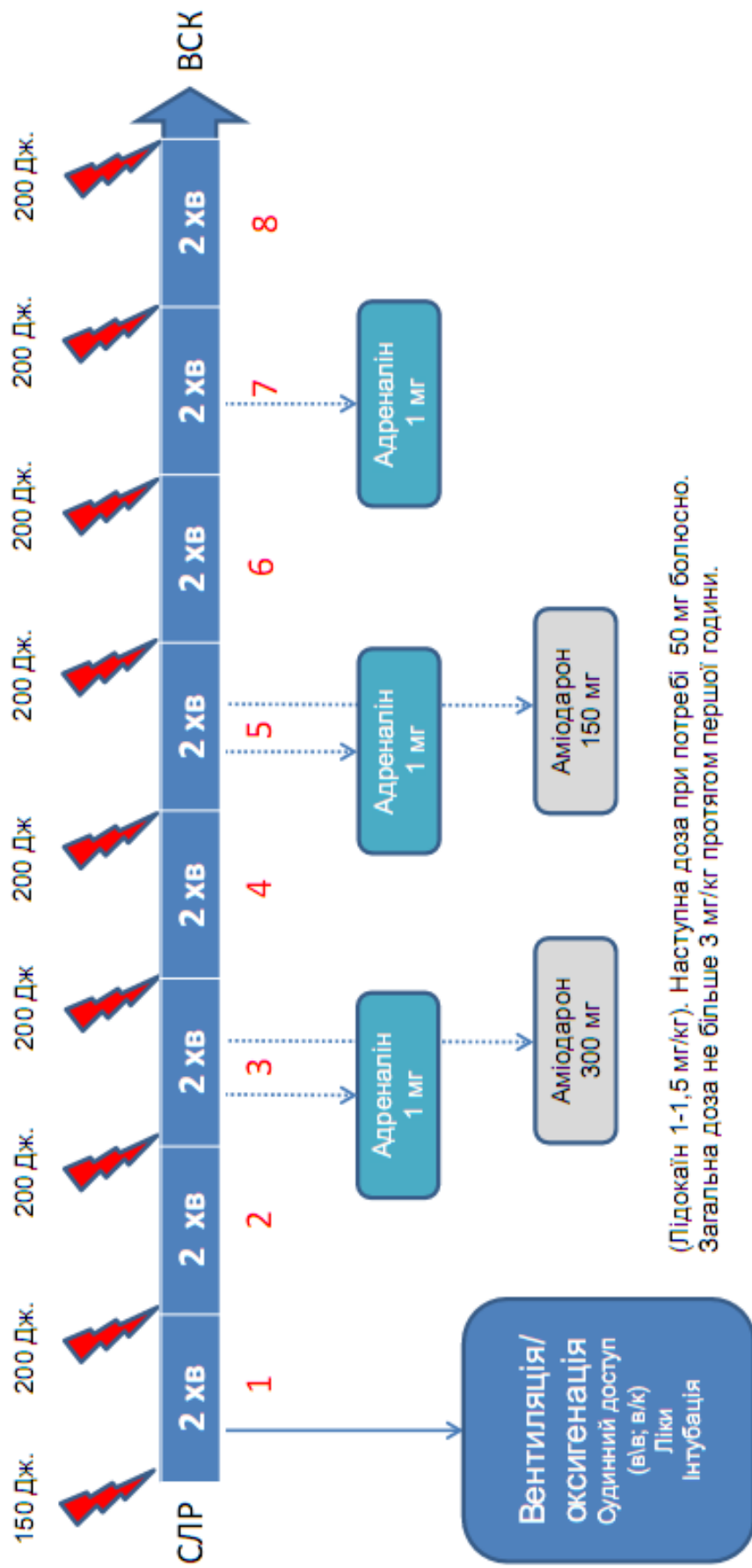
ФАРМАКОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ

не дефібриляційні ритми - дорослі



ФАРМАКОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ

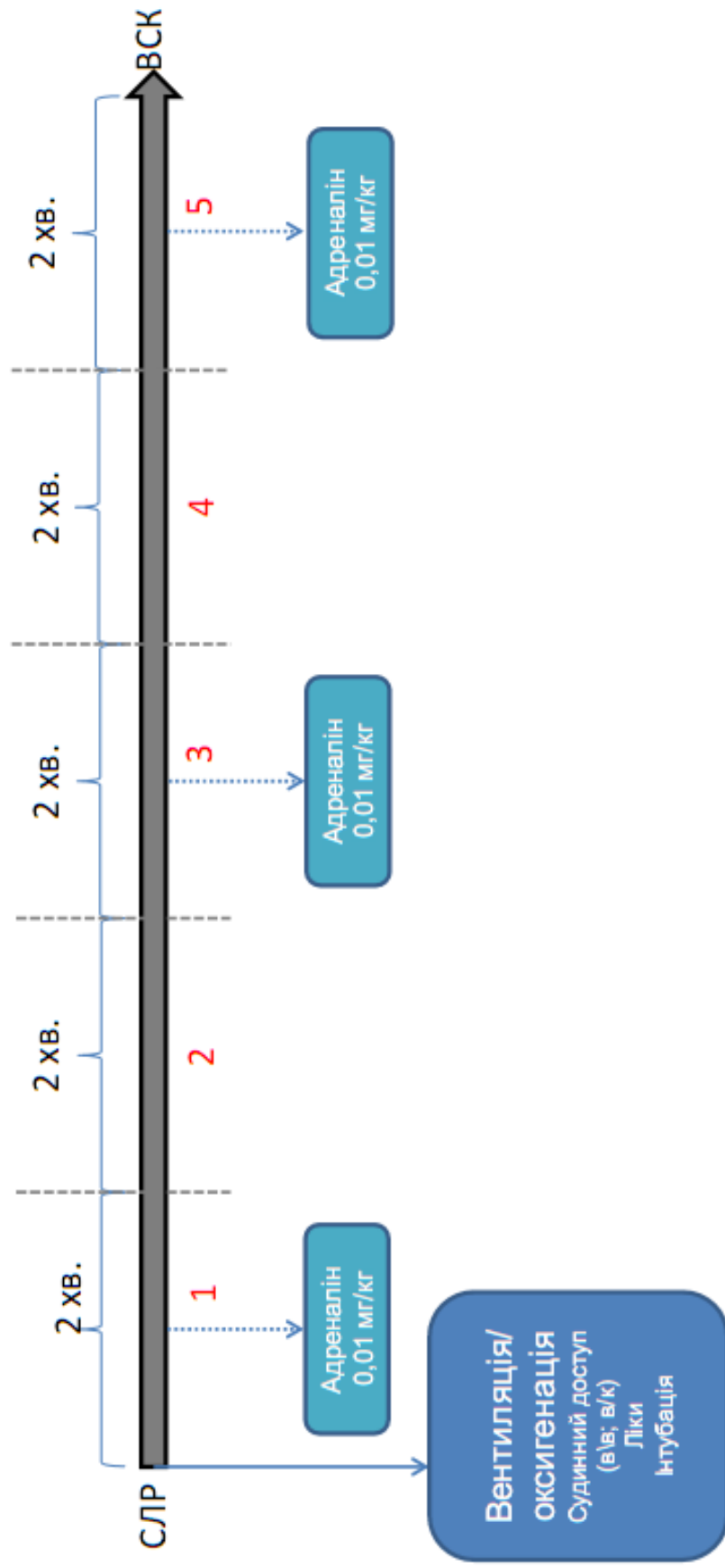
дефібриляційні ритми - дорослі



(Лідокаїн 1-1,5 мг/кг). Наступна доза при потребі 50 мг болюсно.
Загальна доза не більше 3 мг/кг протягом першої години.

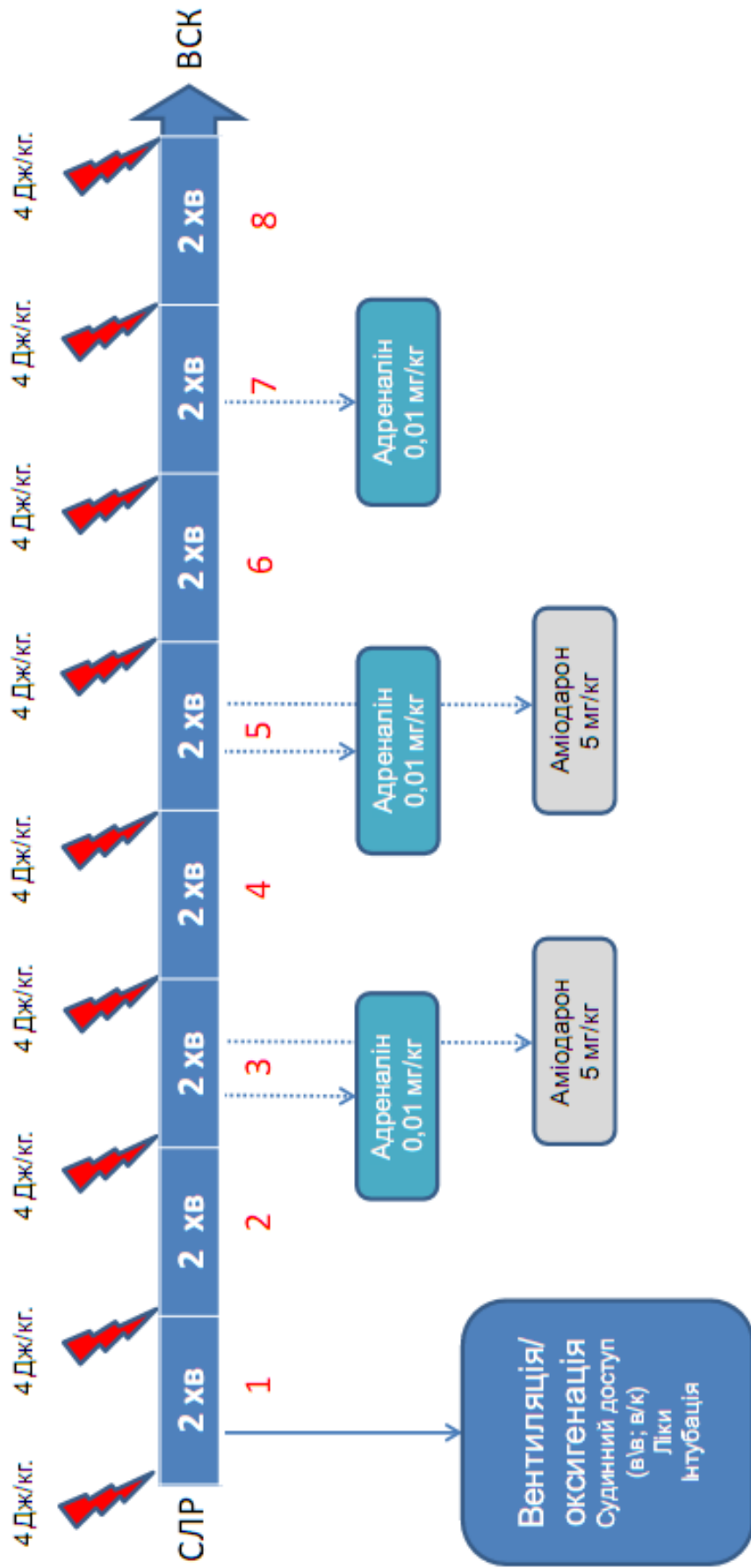
ФАРМАКОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ

не дефібриляційні ритми - педіатрія



ФАРМАКОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ

дефібриляційні ритми - педіатрія



ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

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

03-04 березня 2016 року

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

24-25 березня 2016 року

Підписано до друку 15.03.2016.

Формат 60x 84/16. Гарнітура Times New Roman.
Папір офсетний 70 г/м². Друк електрографічний.
Умов.-друк. арк. 6,86.

Тираж 100 примірників. Замовлення № 03/16/3-9.



®

[прінт • копії • центр]

Віддруковано у видавничому центрі «Вектор»
46018 м. Тернопіль, вул. Львівська, 12
тел. (0352) 40-08-12

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції
серія ТР № 46 від 07 березня 2013 р.
ФО Осадца Ю.В.