



МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

Тернопільський  
національний  
медичний  
університет  
імені І. Я. Горбачевського



**Жіноче здоров'я:  
імплементация сучасних протоколів  
в клінічну практику**

*27-28 лютого 2020 року*

**Збірник наукових праць  
Всеукраїнської міждисциплінарної  
науково-практичної конференції**

За редакцією  
М. М. Корди, С. М. Геряк, М. І. Шведа



Тернопіль  
Видавництво «Підручники і посібники»  
2020

УДК 618(477)(082)  
Ж66

**Рецензенти:**

- О. М. Юзько** — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології, помічник ректора з питань розвитку ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Президент Української асоціації репродуктивної медицини;
- М. М. Островський** — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Редколегія не завжди поділяє думку авторів публікацій. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях, несуть автори.  
Усі права захищені. Жодна частина цієї книги не може бути відтворена в будь-якій формі без письмового дозволу власників авторських прав.*

Ж66 Жіноче здоров'я: імплементація сучасних протоколів в клінічну практику : зб. наук. праць Всеукр. міждисципл. наук.-практ. конф., 27-28 лютого 2020 року / За ред. М. М. Корди, С. М. Геряк, М. І. Шведа. — Тернопіль : Підручники і посібники, 2020. — 88 с.

ISBN 978-966-07-3601-6

Для сприяння науковому і практичному розв'язку сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері та дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики -сімейної медицини, інтерністів.

УДК 618(477)(082)

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ З ВРАХУВАННЯМ ОНОВЛЕНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА, 2018-2019 РР.**

*ШВЕД М.І., ЛИПОВЕЦЬКА С.Й., ГЕРЯК С.М., КОРДА І.В., ДОБРЯНСЬКА В.Ю.  
Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

У 1-4 % випадках вагітність ускладнюється материнськими захворюваннями. Серцево-судинні захворювання — займають домінуюче місце в популяції Європи. Зокрема артеріальна гіпертензія поширена відповідно серед 5-10 % вагітних жінок.

Знання ризиків асоційованих із серцево-судинними захворюваннями під час вагітності та їхній адекватний контроль є особливо важливими. Одночасно зазначимо, що кількість клінічних випадків є невеликою, щоб опиратись лише на особистий досвід. В зв'язку з цим результати проспективних досліджень обмежені переважно рекомендаціями III класу, коли необхідно враховувати думку експертів.

У серпні 2018 року презентовано нові рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо ведення вагітності у жінок із серцево-судинними захворюваннями (<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/34/3165/5078465>).

У 2019 р. затверджені нові рекомендації щодо ведення пацієнтів із тромбоемболією легеневої артерії та суправентрикулярних тахікардій, де присвячено окремі розділи для ведення вагітних із цією патологією:

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Pulmonary-Embolism-Diagnosis-and-Management-of>.

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Supraventricular-Tachycardia>

На сьогодні стратифікація ризику у всіх жінок здійснюється на основі модифікованої класифікації ВООЗ материнського кардіоваскулярного ризику (IC клас).

#### **Кардіоваскулярна діагностика під час вагітності**

*Електрокардіографія.* Більшість вагітних пацієнток мають нормальну електрокардіограму (ЕКГ), серце повернуте вліво, і на ЕКГ фіксується відхилення електричної осі вліво. При інтерпретації ЕКГ необхідно звертати увагу на зміни сегмента ST і зубця Т, наявність Q та інвертованого зубця Т у III відведенні, зменшення Q у відведенні AVF та інвертованого Т у відведеннях V1, V2, а іноді V3. Зміни на ЕКГ можуть бути пов'язані з поступовою зміною положення серця і можуть імітувати гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) та інші структурні захворювання серця.

Холтерівське моніторування слід проводити у пацієнток із попередньо встановленою і документально підтвердженою пароксизмальною або постійною аритмією (ШТ, фібриляція передсердь (ФП) або тріпотіння передсердь) або в тих, хто скаржиться на симптоми сильного серцебиття.

### Модифікована класифікація ВООЗ материнського кардіоваскулярного ризику

	I клас	II клас	II-III клас	III клас	IV клас
Діагноз	Неускладнений, незначний або помірний стеноз легеневої артерії; Пропалс мітрального клапана; Відкрита артеріальна протока; Успішно прооперовані прості вади (дефект міжпередсердної чи міжшлунокової перегородки, відкрита артеріальна протока, аномальний легеневий венозний дренаж); Ізольовані передсердні чи шлуночкові екстрасистולי	Неоперований дефект міжпередсердної або міжшлунокової перегородки; прооперована тетрада Фалло; більшість аритмій.	Легка дисфункція лівого шлуночка; гіпертрофічна кардіоміопатія; ураження клапанів серця, які не розглядалися у I або IV класі; Синдром Марфана без дилатації аорти, аорта <45 мм; двостулковий аортальний клапан; прооперована коарктація аорти.	Механічний клапан; операція по Фонтену; ціанотичні вади без операції; інші складні ВВС; дилатація аорти >40-45 мм при с-мі Марфана; дилатація аорти >40-45 мм при двостулковому клапані,	Легенева артеріальна гіпертензія будь-якої етіології; тяжка системна дисфункція ЛШІ (ФВ<30%, NYHA III-IV); перенесена перипартальна КМП із будь-якою дисфункцією ЛШІ; тяжкий стеноз мітрального чи аортального клапана; синдром Марфана з аортою >45 мм; дилатація аорти >50мм при двостулковому клапані; тяжка корактація аорти
Ризик	Невизначений ризик материнської смертності і незначний/помірний ризик захворюваності	Малий підвищений ризик материнської смертності і помірний ризик захворюваності	Значний підвищений ризик материнської смертності і високий ризик захворюваності	Високий ризик материнської смертності і високий ризик захворюваності	Особливо високий ризик материнської смертності і високий ризик захворюваності
Частота кардіальних подій	2,5-5 %	5,7-10,5 %	10-19 %	19-27%	40-100 %
Консультування	Так	Так	Так	Так	Експертне заключення
Нагляд під час вагітності	Локальна лікарня	Локальна лікарня	Локальна лікарня	Обласна лікарня	Експертний центр
Мінімальна частота візитів	Раз або двічі	Раз в триместр	Раз на два місяці	Раз на два місяці або щомісяця	Щомісяця
Пологи	Локальна лікарня	Локальна лікарня	Локальна лікарня	Обласна лікарня	Експертний центр

**Рекомендації по лікуванню суправентрикулярних тахікардій під час вагітності**

Катетерна абляція рекомендується у пацієток із симптомами рецидивуючої СВТ при плануванні вагітності	I	C
<b>Невідкладна терапія</b>		
При пароксизмі СВТ з порушенням гемодинаміки виконується ургентна електрична кардіоверсія	I	C
При невдалих вагусних пробах — використовується аденозин для фармакологічної кардіоверсії	I	C
В/в бета I селективні адреноблокатори (крім атенололу) — для гострої кардіоверсії або контролю ЧСС	II a	C
При передсердній тахікардії при неефективності бета блокаторів — можна дігосин для контролю за частотою.	II a	C
В/в ібутилід — при тріпотінні передсердь	II b	C
<b>Хронічна терапія</b>		
В першому триместрі вагітності рекомендовано уникати застосування антиаритмічних препаратів	I	C
Бета I селективні блокатори (крім атенололу) або верапаміл для попередження СВТ без WPW синдрому	II a	C
Флекаїнід або пропafenон для профілактики СВТ з WPW синдромом без структурної патології серця.	II a	C
Флекаїнід або пропafenон у пацієнтів без структурної патології серця при неефективності блокаторів AV вузла	II a	C
Дігосин або верапаміл для контролю за частотою при передсердній тахікардії при неефективності бета блокаторів у пацієнтів без WPW синдрому	II a	C
Аміодарон не рекомендований вагітним жінкам	III	C
Флуоресцентна катетерна абляція рекомендована при медикаментозно рефрактерних СВТ у відібраних професійних центрах	II a	C

*Ехокардіографія.* Оскільки ехокардіографія не пов'язана зі шкідливим впливом випромінювання, легко виконується і може повторюватися необхідну кількість разів, вона стала важливим інструментальним дослідженням під час вагітності, якому віддають перевагу при скринінгу оцінки функції серця.

*Навантажувальні проби.* Навантажувальне тестування необхідне для об'єктивної оцінки функціонального стану, хронотропної і АТ реакції, а також провокації аритмії. Метод став невід'ємною частиною діагностики у зростаючій кількості пацієток із ВВС, а також у жінок з безсимптомними клапанними вадами серця. Навантажувальне тестування має виконуватися у пацієток з відомими кардіальними захворюваннями, бажано до вагітності, для допомоги в оцінці ризику. Експерти рекомендують виконувати дослідження із субмаксимальним навантаженням, щоб досягти 80% від необхідної максимальної ЧСС у безсимптомних вагітних пацієток з підозрою на ССЗ. Не існує жодних доказів, що дослідження збільшує ризик спонтанних абортів. Найзручніша модель ергометрії

— у положенні напівлежачи, втім, може бути використана і ходьба біговою доріжкою або велоергометрія у вертикальному положенні. Стресової проби з добутаміном слід уникати. Якщо застосовують аналіз дихального газообміну, дихальний коефіцієнт обміну 1,0 є обмеженням.

Стрес-ехокардіографія з використанням велоергометрії може допомогти у діагностиці наявності і визначенні ступеня ішемії міокарда у пацієнок високого ризику з можливою ішемічною хворобою серця (ІХС). Це також може бути корисним ще до зачаття для оцінки міокардіального резерву у хворих з перипартальною кардіоміопатією (ПКМП) і відновлення функції ЛШ (фракція викиду лівого шлуночка [ФВЛШ]), а також у пацієнок з іншими кардіоміопатіями, при клапанних або ВВС із граничною або дещо зниженою ФВ ЛШ. Під час вагітності слід уникати застосування ядерної сцинтиграфії через вплив радіаційного опромінення.

*Радіаційне опромінення.* Вплив радіації на плід залежить від дози опромінення і гестаційного віку, в якому чиниться вплив. За можливості, процедури повинні відкладатись як мінімум до завершення періоду основного органогенезу (>12 тижнів після останньої менструації). Немає жодних доказів збільшення ризику вроджених вад розвитку, розумової відсталості, затримки росту плода або переривання вагітності при дозі опромінення вагітної жінки <50 мГр. Може спостерігатися незначне підвищення ризику (1:2000 проти 1:3000) виникнення онкологічних захворювань у дітей. Поріг підвищеного ризику вроджених вад розвитку остаточно не з'ясовано. Деякі дані дозволяють припустити, що ризик вад розвитку підвищується при дозах >100 мГр, тоді як ризик від 50 до 100 мГр явно менший. Протягом перших 14 днів після зачаття більшість плодів виживають при експозиції радіаційного випромінювання >50 мГр без відхилень у їхньому розвитку. Після перших 14 днів доза радіаційного опромінення >50 мГр може бути пов'язана з підвищеним ризиком виникнення вроджених вад розвитку, затримки росту та розумової відсталості. При більшості медичних процедур плоди не піддаються впливу такого високого рівня радіації. При більшості діагностичних медичних процедур дози опромінення, що впливають на плід, сягають ~1 мГр, тому ризик онкологічних захворювань у дітей дуже низький. Основне правило відповідно до принципу "так низько, як тільки можливо" — всі дози впливу опромінення при медичних процедурах мають бути настільки низькими, наскільки це можливо.

*Рентгенографія грудної клітки.* Доза, що її отримує плід при рентгенографії грудної клітки, становить <0,01 мГр. Тим не менше, до рентгенографії потрібно вдаватися лише в разі, якщо інші методи діагностики не можуть прояснити причину задишки, кашлю чи інших симптомів. За необхідності діагностичної інформації можна застосовувати візуалізуючі методи, при яких не використовують іонізуюче випромінювання і вони мають бути методом вибору першої лінії. При дослідженні, в якому використовується іонізуюче опромінення, його доза для плода повинна бути якомога меншою (бажано <50 мГр). Ризики і переваги виконання чи невиконання дослідження повинні обговорюватись з вагітною. В медичній документації повинна вказуватись доза опромінення матері, особливо, якщо плід опиняється в полі впливу.

*Магнітно-резонансна і комп'ютерна томографія.* Магнітно-резонансна томографія (МРТ) може бути корисною в діагностиці складних захворювань серця чи патології аорти. Дослідження виконується лише тоді, коли інших діагностичних заходів, у тому числі трансторакальної і черезстравохідної ехокардіографії, недостатньо для повного діагнозу. Доступні обмежені дані щодо впливу МРТ на плід під час органогенезу, проте, найімовірніше, метод є безпечним, особливо після I триместру. Гадоліній може проникати через матково-плацентарний бар'єр, проте інформація про ці дані обмежена. Довгострокові ризики впливу на плід вільних іонів гадолінію невідомі, тому його використання слід уникати.

Комп'ютерна томографія (КТ) для діагностики ССЗ під час вагітності зазвичай не використовується через високодозове опромінення. Єдиним винятком для її застосування є точна діагностика наявності чи виключення тромбоемболії легеневої артерії. Цей метод рекомендується, якщо інших діагностичних засобів недостатньо. В таких ситуаціях можуть бути використані низькі рівні випромінювання КТ (1—3 мЗв).

*Катетеризація серця.* Під час проведення коронарної ангіографії середня доза радіаційного опромінення незахищеної ділянки живота становить 1,5 мГр, близько 20% цього опромінення сягає плода через зниження щільності тканин. Екранування вагітної матки від прямого впливу випромінювання і, особливо, скорочення часу рентгеноскопії дозволять мінімізувати можливі негативні наслідки радіаційного впливу. Кращим є радіальний підхід, він повинен проводитися досвідченим оператором.

Більшість електрофізіологічних досліджень, пов'язаних з абляцією, повинні виконуватися лише при стійких до медикаментозної терапії аритміях і порушеннях гемодинаміки, нею викликаних. В цьому випадку повинні застосовуватися електроанатомічні візуалізуючі системи для зменшення дози опромінення.

*Генетичне тестування і консультування.* Важливим аспектом охорони здоров'я молодих жінок із ССЗ є оцінка ризику успадкування вад серця їхніми нащадками. Якщо в майбутніх батьків, які не мають ССЗ, ризик розвитку вади серця в їхніх дітей становить ~1%, то для батьків із ССЗ цей ризик значно підвищується. Крім того, існують значні відмінності між спадковими причинами хвороби серця, і ризик для нащадків залежить від того, чи тільки мати, чи тільки батько, чи вони обоє страждають на спадкові кардіоваскулярні дефекти. У цілому, ризик вищий, коли носієм захворювання є мати, ніж батько. Залежно від типу захворювання серця у матері повторення ризику наслідування варіює від 3 до 50%. Діти від батьків із ураженням ССЗ, успадкованим за автосомно-домінантним типом (наприклад, синдром Марфана, гіпертрофічна кардіоміопатія або синдром подовженого Q-T), мають ризик успадкування 50%, незалежно від статі хворого члена родини. Остаточний фенотип також буде визначатися неповною пенетрантністю і плейотропністю і може суттєво відрізнятися. Для дефектів, успадкованих полігенним чином, ризик їх повторення визначається менш чітко. Автосомно-рецесивне і зчеплене з X-хромосомою рецесивне успадкування виникають рідко.

Генетичне тестування може бути корисним:

- при кардіоміопатії і тубулопатії (синдром подовженого Q-T);

- коли інші члени сім'ї страждають на ССЗ;
- при дисморфозі функцій, затримці розвитку/розумовій відсталості або коли присутня інша не вроджена кардіальна патологія, представлена в синдромах: Марфана, делеції 22q11, Вільямс-Beuren, Alagille, Noonan і Holt-Oram.

Враховуючи постійне зростання кількості генетичних дефектів, на 1-,2-,3-му тижні вагітності доцільно пропонувати генетичний скринінг — біопсія ворсин хоріона. Всім вагітним із вродженими вадами серця (ВВС) необхідно пропонувати ехокардіографію плода в терміні вагітності з 19 по 22 тиждень. Вимірювання товщини потиличної складки на 12—13 тижні вагітності є раннім скринінговим тестом для жінок старше 35 років. Чутливість методу щодо серйозних вад серця становить 40%, специфічність — 99%. Частота ВВС за нормальної товщини потиличної складки становить ~1/1000.

Успадковані дефекти можуть бути різноманітними, тому генетичне консультування наполегливо рекомендується як для пацієнтів, так і членів їхніх родин. Генетичне тестування після ретельного консультування — обґрунтоване визначення ризику безсимптомних хвороб.

Клінічне спостереження від початку захворювання сприяє підвищенню ефективності лікувальних заходів. Такий підхід виправданий у пацієнтів з відомими генетичними порушеннями і є доцільним у разі доступності лікування.

#### **Протипоказання до вагітності при серцево-судинній патології**

- Вагітність не рекомендована у пацієнок із важкою дилатацією аорти (синдром Марфана > 45 мм, бікуспідальний аортальний клапан > 50 мм, > 27 мм/м<sup>2</sup> BSA бо синдром Турнера ASI > 25 мм/м<sup>2</sup> BSA);
- Loeys-Dietz синдром (висхідна аорта > 45мм або > 40 мм у випадку обтяженого спадкового анамнезу розшарування і раптової серцевої смерті);
- Turner (ASI > 25 мм/м<sup>2</sup>);
- Судинний Ehlers-Danlos синдром;
- Важкий мітральний стеноз (навіть асимптомний);
- Важкий аортальний стеноз із порушенням функції лівого шлуночка і патологічним навантажувальним тестом;
- Відсутність нормалізації ФВ лівого шлуночка у пацієнок, що перенесли перипартальну кардіоміопатію.

#### **Пологи у пацієнок із кардіальною патологією**

Індукція пологів здійснюється на 40 тижні вагітності у всіх пацієнок із кардіальною патологією, перевагу надають вагінальним. Показаннями до кесарського розтину є передчасні пологи у пацієнок на пероральних антикоагулянтах, агресивна аортальна патологія, гостра СН, важкі форми легеневої гіпертензії. Профілактика ендокардиту не рекомендована.



### Нативні клапанні захворювання серця

<b>Мітральний стеноз</b>	Клас	Рівень
У симптомних пацієток та з легеневою гіпертензією рекомендовано обмеження фізичної активності та застосування бета-1- селективних блокаторів	I	B
Діуретики рекомендовані при явищах застійної СН, що персистують, незважаючи на терапію бета блокаторами	I	B
Втручання у жінок із мітральним стенозом та площа отвору < 1 см <sup>2</sup> здійснюється перед вагітністю	I	C
Терапевтична антикоагуляція здійснюється за допомогою гепаринів або антагоністів вітаміну К при наявності фібриляції передсердь, тромбозі лівого передсердя або попередніх емболіях в анамнезі	I	C
<b>Аортальний стеноз</b>		
Втручання рекомендовані перед вагітністю у пацієток з важким стенозом якщо:		
- Вони симптомні	I	B
- Або є лівошлуночкова дисфункція (ФВ < 50 %)	I	C
- Або наявність симптомів під час фізичних навантажень	I	C

### Ішемічна хвороба серця

ЕКГ та визначення рівня тропоніну рекомендовані при наявності болю в грудній клітці у вагітній жінки	I	C
Первинна коронарна ангіопластика має перевагу як метод реперфузійної терапії при гострому коронарному синдромі з елевацією сегменту ST	I	C
Інвазивна стратегія має братись до уваги при гострому коронарному синдромі без елевації сегменту ST з відповідними критеріями ризику	IIa	C
Консервативна тактика обирається при гострому коронарному синдромі без елевації сегменту ST/нестабільній стенокардії з низьким ризиком	IIa	C
Спостереження здійснюється протягом щонайменше трьох наступних місяців	IIa	C
Грудне вигодовування не рекомендується для пацієток, які отримують антитромбоцитарні засоби, окрім аспірину, через відсутність достатньої кількості даних щодо безпеки	III	C

### Кардіоміопатії і серцева недостатність

Антикоагулянти показані пацієнткам з інтракардіальним тромбом, визначеним за допомогою візуалізаційних методик і при ймовірності системної емболії.	I	A
Лікування вагітних із СН здійснюється відповідно до останніх рекомендацій для дорослих, враховуючи протипокази для певних груп препаратів	I	B
Необхідно інформувати жінок із СН та зниженою ФВ про ймовірність ускладнень	I	C
Терапевтична антикоагуляція низькомолекулярними гепаринами або антагоністами вітаміну К залежно від терміну вагітності рекомендована пацієнткам із фібриляцією передсердь	I	C
При СН із зниженою ФВ терапію бета блокаторами необхідно продовжувати під час вагітності	I	C
Пацієнтки з кардіогенним шоком на інотропній підтримці мають бути транспортовані у відділення, де є можливість проведення механічної підтримки кровообігу	II a	C
Лікування бромкрептином при перипартальній кардіоміопатії має супроводжуватись адекватним режимом антикоагуляції. Годування грудьми на фоні прийому бромкрептину не показане	IIa	B
При важкій СН годування грудьми не рекомендоване	IIb	B
У пацієнток із перипартальною та дилатаційною кардіоміопатіями наступні вагітності не рекомендовані за умови відсутності нормалізації ФВ	III	C

### Артеріальна гіпертензія

Розпочинати лікування антигіпертензивними засобами рекомендовано у всіх жінок з персистуючим підвищенням АТ  $\geq 150/95$  мм рт.ст. і  $> 140/90$  мм рт. ст. при:

- Гестаційній гіпертензії (з або без протеїнурії);
- Наявності артеріальної гіпертензії до вагітності;
- Гіпертензії з субклінічним ураженням органів-мішеней або наявності симптомів.

Пацієнткам із високим або середнім ризиком прееклампсії рекомендовано приймати ацетилсаліцилову кислоту 100-150 мг щоденно з 12 до 36-37 тижнів гестації.

При САТ  $\geq 170$  мм рт ст., ДАТ  $\geq 110$  мм рт.ст. показна госпіталізація. Метилдопа, лабетолол і антагоністи кальцію є препаратами вибору для контролю АТ.

У пацієнток з гестаційною гіпертензією або легкою прееклампсією пологи рекомендовані на 37 тижні вагітності. При прееклампсії та набряку легень показана в/венна інфузія нітроглицерину. При важкій гіпертензії — в/венно лабетолол, внутрішньо метилдопа або/і ніфідипін.

Для пацієнок з ожирінням рекомендують обов'язкове зменшення ваги на 6-8 кг. ІАПФ, АРА II і прями інгібітори ренину протипоказані.

### Венозна тромбоемболія

Низькомолекулярні гепарини є препаратами вибору для профілактики і лікування венозної тромбоемболії. Для жінок високого ризику рекомендовані профілактичні дози з врахуванням маси тіла (наприклад, еноксапарин 0,5 мг/кг 1 раз на день). Необхідно моніторувати антиХа — рівень або aPTT щотижня для корекції дози (в межах 36 годин) (IC клас). У жінок із високим ризиком тромбоемболічних ускладнень рекомендовано переходити з низькомолекулярних на нефракціоновані гепарини 36 год до пологів і зупиняти інфузію за 4-6 годин, aPTT має бути нормальним перед анестезією (IC клас).

У жінок з низьким ризиком тромбоемболізму на терапевтичних дозах низькомолекулярних гепаринів, кесарський розтин рекомендований 24 год після останньої дози (IC клас). У пацієнок із ТЕЛА тромболітична терапія показана лише у випадку важкої гіпотензії чи шоку. Під час II і III триместру (до 36 тижня) антагоністи вітаміну К рекомендують отримувати жінкам в низьких дозах (варфарин < 5 мг/добу, аценокумарол < 2 мг/добу, фенпрокумон < 3 мг/добу) (IC клас).

Визначення D-димеру є ненадійним засобом діагностики під час вагітності. Якщо компресія при ультразвуковому обстеженні негативна, рекомендовано провести магніто-резонансну венографію для діагностики венозного тромбоемболізму (IIa C клас).

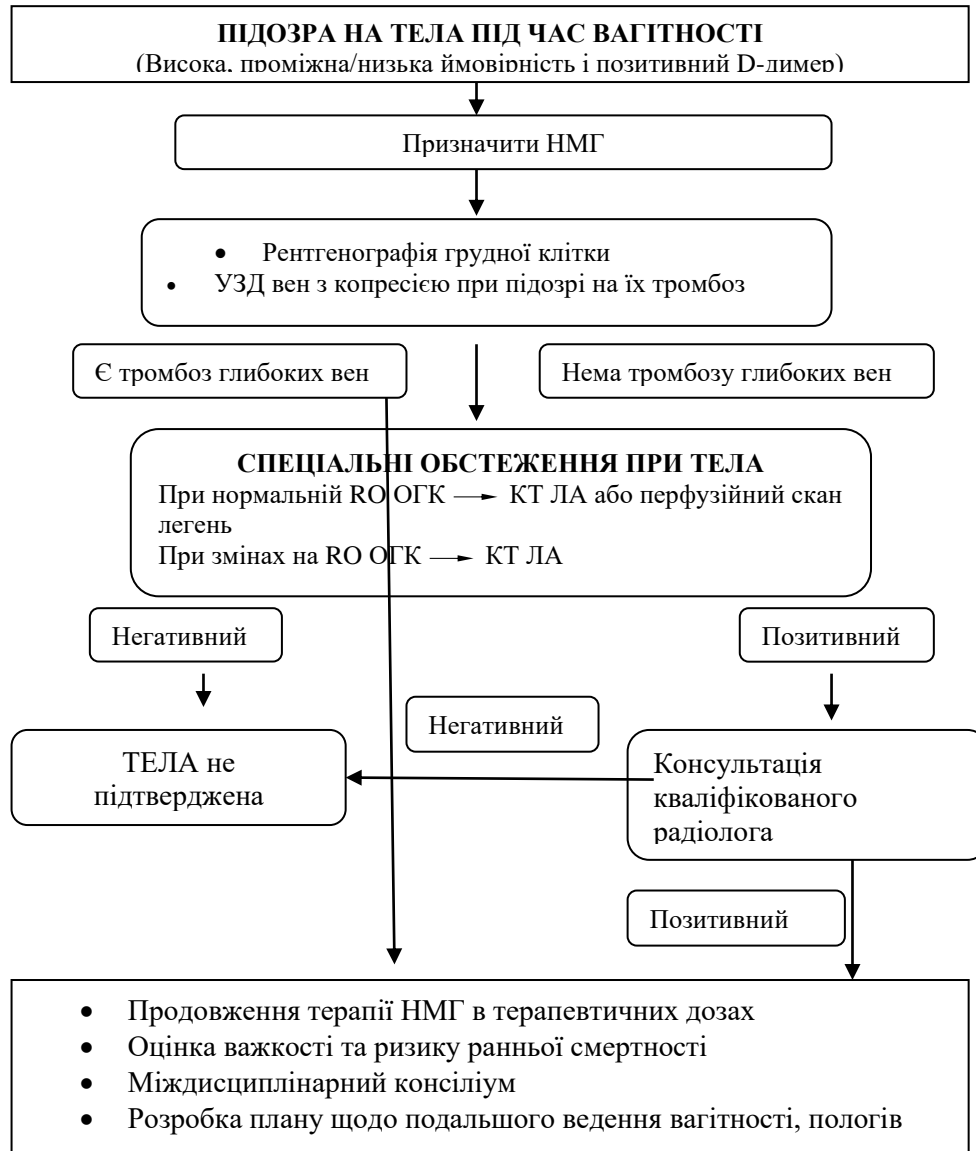
У лікувальних закладах III рівня рекомендується створення команди в складі кардіологів та акушер-гінекологів для ведення пацієнок із високим кардіоваскулярним ризиком.

### Рекомендації для ТЕЛА під час вагітності

Рекомендації	Клас	Рівень
<b>Діагноз</b>		
При підозрі на ТЕЛА під час вагітності дотримуються весь діагностичний алгоритм	I	C
Визначення D димеру і використання прогностичних шкал необхідно використовувати при ТЕЛА під час вагітності і після неї	II a	B
При підозрі на ТЕЛА при наявності симптомів ТГВ виконується компресійна УЗД	II a	B
Перфузійна сцинтиграфія або КТ ангіографія ЛА проводиться для виключення діагнозу ТЕЛА під час вагітності. КТ ангіографія є обстеженням першої лінії при патологічних змінах на рентгенографія органів грудної порожнини	II a	C
<b>Лікування</b>		
Терапевтичні фіксовані дози НМГ з розрахунком на масу тіла вагітної рекомендуються при ТЕЛА із стабільною гемодинамікою	I	B

Тромболісис або хірургічна емболектомія використовуються при ТЕЛА високого ризику	II a	C
Спінальні або епідуральні голки не рекомендовано поки не минуло 24 год після останньої дози НМГ	III	C
Застосування НМГ не рекомендовано в межах 4 год після видалення епідурального катетера	III	C
Нові пероральні антикоагулянти не рекомендуються під час вагітності.	III	C
<b>Емболія навколоплідними водами</b>		
Емболія навколоплідними водами має підозрюватись під час або після вагітності при незрозумілих зупинках серця, стійкій гіпотензії, дихальних розладах зокрема при поєднанні з дисимінованим внутрішньосудинним згортанням крові	II a	C

**Діагностичний алгоритм при підозрі на ТЕЛА під час вагітності та 6 тижнів після пологів**



**ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ  
ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ У ВАГІТНИХ ЖІНОК**  
**БАБІНЕЦЬ Л.С., ЗЕМЛЯК О.С., ШВЕД М.І., МАРТИНЮК Л.П., САСИК  
Г.М., БАГНІЙ Н.І.**

*Тернопільський національний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського*

**Вступ.** Згідно із даними центру медичної статистики України, хвороби ПЗ демонструють стабільний щорічний приріст, зокрема, захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) за останні 10 років зросла на 74,0%. Поширеність панкреатиту серед вагітних коливається від 1:1000 до 1:12000 [Калінкін А.В.,2016], а за даними зарубіжних досліджень — лише 12%. Частота серйозних ускладнень (самовільний аборт, передчасні пологи) у вагітних при маніфестації панкреатиту — 3,9%. Перинатальна смертність складає 3,6%.

Багатогранність патофізіологічних механізмів перебігу ХП потребує комплексного лікувального і реабілітаційного підходів, зокрема, дуже важливу роль у перебігу ХП відіграє синдром метаболічного ацидозу, що необхідно враховувати при формуванні комплексу лікування [Guyton АС., 2007].

**Мета** — проаналізувати наукові роботи щодо ролі метаболічного ацидозу у патогенезі хронічного панкреатиту серед вагітних жінок.

**Основна частина.** Метаболічний ацидоз — це накопичення кислот внаслідок підвищеного їх утворення або споживання, зниженого виведення з організму або втрати  $\text{HCO}_3^-$  через шлунково-кишковий тракт або нирки. Найпоширенішою причиною розвитку гострого або загостренні хронічного панкреатиту під час вагітності, є біліарна патологія, перш за все жовчно-кам'яна хвороба, особливо при наявності дрібних жовчних каменів, що блокують сфінктер Одді і панкреатичний протік.

Під час вагітності створюються умови як для маніфестації вже наявної жовчно-кам'яної хвороби, так і розвитку даної патології на тлі властивих вагітності порушень моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (частіше — його гіпокінезії з застоєм жовчі), а також підвищення в'язкості жовчі з формуванням біліарного сладжа і жовчних каменів. Ризик розвитку жовчно-кам'яної хвороби та її ускладнень збільшується при повторних вагітностях у жінок, які страждають на хронічний холецистит, біліарними дисфункціями і мають кілька факторів ризику. При вагітності збільшується залишковий обсяг жовчного міхура через зниження його скорочувальної здатності, внаслідок чого в організмі вагітної жінки у 30% випадків до кінця II триместру розвивається біліарний садж, у 12% вагітних при УЗД виявляються камені в жовчному міхурі, причому у 30% з них розвиваються напади жовчної кольки.

Причиною виникнення персистуючого метаболічного ацидозу при ХП є наступні: хронічне запалення тканини ПЗ з розвитком набряку і порушенням мікроциркуляції та перфузії і, як наслідок, гіпоксії; оксидативний стрес тканин ПЗ з переважанням продукції кислих метаболітів; активність кишкової мікрофлори в разі дисбактеріозу (грибки *Candida* чи надмірна колонізація мікрофлорою тонкого кишечника, *small intestine bacterial overgrowth*, SIBO); зниження ємності буферних систем крові [Guyton АС.,2007].

Основною буферною системою організму є бікарбонатно-гемоглобіновий буфер ( $\text{CO}_2\text{-/ HCO}_3\text{-}$ ), що займає понад 70% загальної буферної ємності організму. Бікарбонатний буфер, крім регуляції сталого рН людської крові, додатково захищає просвіт шлунка від пошкодження синтезованою соляною кислотою, нейтралізує рН хімусу, який переміщається зі шлунка до 12-ти палої кишки, а також є основним регулятором лужності соку ПЗ [Scratcherd T, Case RM., 2003] і разом з печінкою і жовчним міхуром є органами, які активно задіяні в підтримці кислотно-лужного балансу. Вміст бікарбонатів є основним чинником лужності в підшлунковому соці. Більшість бікарбонатів ПЗ забезпечуються плазмою крові. Scratcherd і Dexter припустили, що секреція її безпосередньо пов'язана з концентрацією бікарбонату плазми [Case RM, Scratcherd T, D'A Wynne R., 2010]. Секреція бікарбонатів ПЗ знижується при хронічному системному метаболічному ацидозі [Johnson LR, Byrne JH. 2003].

Знижений рівень бікарбонатів може виступати пусковим фактором формування хронічного кальцифікуючого панкреатиту, який є найбільш часто діагностованим (у 70-80% пацієнтів) і який характеризується пошкодженням тканини ПЗ з утворенням внутрішньопрокових білкових корків і каменів, атрофією і стенозом системи протоків [Эйткенхеда AP, Смит Г. 2009].

**Висновок:** Метаболічний ацидоз є важливим предикторним чинником загострення хронічного панкреатиту у вагітних і тригером для поглиблення трофологічної недостатності, що ще більше знижує якість їх життя. Наведені факти свідчать про необхідність компенсації метаболічного ацидозу у II половині вагітності у хворих на ХП.

**УДК 618.9-006-089.168-06-005.93-084**

## **ПРОФІЛАКТИКА ЛІМФОВЕНОЗНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

*БАРАНОВА А.В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Актуальність:** В структурі онкозахворюваності жінок незалежно від віку одне з провідних місць займає рак молочної залози (РМЗ) [Федоренко З.П. та співавт., 2018]. У більшості випадків РМЗ є показанням для радикальної операції, важливою частиною якої є лімфодисекції — видалення лімфовузлів в зонах потенційного метастазування [Senkus E. та спіавт., 2015]. Лімфодисекцію вважають провідною причиною ускладнень раннього та пізнього післяопераційного періоду [Dayan J.H. та співавт., 2018; Nguyen T.T. та співавт., 2017], серед яких найчастішими є лімфовенозні ускладнення — лімфорей, сероми та постмастектомічний синдром (ПМЕС) [Abass M.O. та співавт., 2018; Marinescu S.A. та співавт., 2019]. ПМЕС негативно впливає на якість життя та може бути причиною інвалідизації [Sayegh H.E. та співавт., 2017; Josephine D.S.P., 2019]. Тому пропонуються різноманітні методи, спрямовані на профілактику таких ускладнень під час операції та у ранньому післяопераційному періоді [Josephine D.S.P., 2019].

Gambardella С та співавт., 2019], але однозначних висновків щодо їх ефективності немає, тому дослідження у цьому напрямку тривають.

**Мета** — розробка заходів профілактики ускладнень після радикальних операцій у хворих на рак молочної залози та оцінка їх ефективності.

#### **Матеріал та методи**

Проаналізовано безпосередні результати хірургічного лікування 147 жінок з РМЗ, що перенесли радикальну операцію в Харківському обласному онкологічному диспансері або в медичному центрі «Молекула» (м. Харків), середній вік яких на момент включення у дослідження складав  $49,1 \pm 11,6$  р. Всі пацієнтки отримали лікування згідно сучасним клінічним рекомендаціям. 113 (76,9%) жінок перенесли радикальну мастектомію (РМЕ), 34 (23,1%) жінки — радикальну резекцію молочної залози (РРМЗ). У всіх хворих виконана ДЛВ 2-3 порядку та дренування зони лімфодисекції.

Хворі були розподілені на дві групи: перша група (порівняння) — 92 жінки, у яких застосовано традиційні методи періопераційного ведення (передопераційні обстеження та підготовка в умовах стаціонару, тривале дренування рани, активація хворих на 2-3-ю добу після операції, компресійне бинтування кінцівки та ін.). Другу групу (основну) склали 55 пацієнток, у яких застосовано принципи «fast track» хірургії та удосконалені методи періопераційного ведення: раннє видалення дренажів з рани (3-4 доба), рання виписка (при відсутності ускладнень на 2-4 добу після операції). Протягом знаходження в стаціонарі хворі отримували комплексну профілактичну терапію: компресія безпосередньо в зоні оперативного втручання в аксилярній западині; компресія на протязі всієї верхньої кінцівки за допомогою компресійного рукава; застосуванням тронексамової кислоти, флєбодії та лімфоміозоту за схемою; обробка всієї поверхні верхньої кінцівки на стороні лімфодисекції маззю Ліотон; комплекс дозованої лікувальної гімнастики, починаючи з 1 доби після операції.

Застосування комплексу профілактичних заходів сприяло достовірному зменшенню частоти післяопераційного набряку (25% проти 50%,  $p < 0,05$ ), частоти ПМЕС (1% проти 17,5%,  $p < 0,05$ ) та сером (11% проти 29%,  $p < 0,05$ ), та недостовірному зменшенню частоти лімфорей (18% проти 29%,  $p > 0,05$ ).

#### **Висновки**

1. Радикальні операції з дисекцією лімфовузлів у хворих на РМЗ характеризуються досить високою частотою ускладнень, пов'язаних з порушеннями лімфовенозного відтоку.

2. Комплекс заходів, що поєдную мінімізацію знаходження у стаціонарі, раннє видалення дренажів, ранню активацію хворих, удосконалену компресійну та медикаментозну терапію сприяє зменшенню частоти та виразності ускладнень та швидкому відновленню хворих.



## **СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЖІНОК В КЛІМАКТЕРИЧНОМУ ПЕРІОДІ**

*БАКАЛЮК Т.Г., СТЕЛЬМАХ Г.О., ВОЛКОВА Л.М., МАКАРЧУК Н.Р.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

Епідеміологічні дослідження вказують на збільшення частоти дисфункції тазового дна у жінок похилого віку.

Тому **метою** дослідження було визначення ефективності фізичної терапії в реабілітації жінок з нетриманням сечі при напруженні (НСН).

**Матеріали і методи:** В дослідження було включено 29 жінок від 46 до 59 років з явним або латентним нетриманням сечі. Усі пацієнтки були рандомізовані на 2 групи: I (n=18), пацієнтки, які застосовували вправи постізометричної релаксації (ПІР) для м'язів тазового дна та привідних м'язів стегна; II (n=11), пацієнтки, які тренували м'язи тазового дна за допомогою фізичних вправ (стоячи, сидячи, лежачи). Результати реабілітації вивчалися через 3 місяці від початку застосування вправ. В якості результату реабілітації вивчалася частота явного і латентного НСН (кашльовий тест і проба Вальсальви) та сила м'язів тазового дна за допомогою мануального м'язового тестування (ММТ).

**Результати:** Через 3 місяці пацієнтки, які застосовували вправи ПІР в порівнянні із застосуванням фізичних вправ менше відчували симптоми явного і латентного нетримання сечі (за даними кашльового тесту, проби Вальсальви, визначення сили м'язів тазового дна за ММТ була достовірною різниця ( $p < 0,05$ ) між групами).

**Висновок:** Застосування вправ ПІР укріплює м'язи тазового дна з більшою силою та ефективністю, ніж фізичні вправи. Не дивлячись на виражені інволютивні процеси в репродуктивній системі у жінок, що супроводжується явним або латентним нетриманням сечі, тренування м'язів тазового дна за допомогою вправ ПІР є ефективною технікою управління захворюванням.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПОЄДНАНИЙ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

*БОДНАР Р.Я., БОДНАР Л.П.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

За даними літератури остеоартрит (ОА) відносять до захворювань з високим рівнем коморбідності. Найчастіше він поєднується з серцево-судинними захворюваннями, артеріальною гіпертензією, ожирінням, цукровим діабетом, хронічним обструктивним захворюванням легень та захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

**Мета** — вивчити вплив метаболічної терапії на ліпідний профіль крові у хворих на ОА поєднаний з ІХС.

**Методи дослідження.** Обстежено дві групи пацієнтів з ОА поєднаним з ІХС. Першу групу становило 22 хворих на ОА асоційований з ІХС, яким додатково

до стандартної терапії ОА та ІХС призначали коректор метаболізму, мельдоній, у добовій дозі 1000 мг (протягом перших 10 днів по 5 мл внутрішньовенно 2 рази на день, з подальшим вживанням капсул по 500 мг 2 рази на день протягом шести тижнів). Порівняння проведено з даними отриманими у 22 хворих (друга група), які отримували базисну терапію відповідно до діючих стандартів.

**Отримані результати.** Оцінюючи результати проведеного лікування хворих на ОА з ІХС при застосуванні комбінованої терапії у поєднанні з мельдонієм відмічено зміну якісного рівня загального холестерину (ЗХС) у позитивну сторону. Суттєво зменшилася кількість хворих із високим його рівнем. Із даних порівняння із наступною групою пацієнтів зміна дисліпідемії відбувалася переважно за рахунок збільшення кількості хворих з бажаним рівнем ЗХС в плазмі крові.

Таким чином, отримані дані засвідчують, позитивний вплив стандартної терапії даної патології на кінцеві показники вмісту ЗХС в плазмі крові, проте якісний склад його вказує на більш позитивний вплив комбінованої терапії з мельдонієм.

В цілому гіполіпідемічний ефект обох методів лікування мав подібну спрямованість і вираженість по відношенню до тригліцеридемії. Концентрація тригліцеридів (ТГ) поступово знижувалася і досягла при лікуванні базовою терапією ( $2,78 \pm 0,13$ ) ммоль/л, що на 18,47 % ( $p < 0,01$ ) нижче вихідного рівня. Після завершення курсу лікування комбінованою терапією з мельдонієм цей показник знизився на 36,18 % ( $p < 0,001$ ). Таким чином, включення метаболічних препаратів до базової терапії ОА з ІХС сприяє більш вираженому гіпотригліцеридемічному ефекту.

Аналіз отриманих результатів показав деякі відмінності стосовно холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ). Холестерин ЛПНЩ під впливом лікування стандартною терапією знизився на 19,96 %, а при застосуванні комбінованої терапії — на 23,69 %. Рівень ХС ЛПВЩ зріс на 12,09 % при лікуванні у хворих 2-ї групи і на 14,58 % — 1-ї.

Сприяливий вплив використання комбінованої терапії з мельдонієм на ліпідний обмін ілюструється також хронометричною динамікою зменшення ХС ЛПДНЩ. Так, цей показник у пацієнтів даної групи спостереження на 54,55 % менший, в той час як при застосуванні стандартної терапії — лише на 21,45 %.

З метою більш достовірної оцінки ефекту двох методів лікування нами проаналізовано динаміку змін коефіцієнтів співвідношення ліпопротеїдів і атерогенності. Коефіцієнт атерогенності в кінці періоду лікування становив ( $4,88 \pm 0,36$ ) і ( $4,44 \pm 0,84$ ) ум.од ( $p < 0,05$ ). Незважаючи на те, що індекс ЗХС/ЛПНЩ у хворих лікованих із застосуванням метаболічної терапії зріс на 7,75 %, а при застосуванні стандартної — на 5,69 % ( $p > 0,05$ ), все таки індекс ХС ЛПНЩ / ХС ЛПВЩ виявився на 13,47 % нижчим у пацієнтів 2-ї групи ( $p < 0,05$ )

**Висновки.** Таким чином, зазначена хронометрія зміни показників обміну ліпідів свідчить, що використання коректору метаболізму мельдонію в комплексі із стандартною терапією більш суттєво ніж базова терапія пригнічує атерогенність плазми крові.

## **ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*БОДНАР Л.П., БОДНАР Р.Я., БОДНАР Я.Я.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Лікування ХОЗЛ спрямоване на зменшення симптомів, частоти та тяжкості загострень, покращення стану здоров'я. Основний спосіб введення препаратів — інгаляції медичних аерозолів.

**Мета дослідження.** Провести порівняльну оцінку ефективності застосування препарату Беродуал у вигляді дозованого інгалятора та у вигляді розчину для інгаляцій через небулайзер на бронхіальну прохідність у хворих на ХОЗЛ.

**Матеріал і методи.** Обстеження проводили у 24 хворих на ХОЗЛ у віці 55-70 років. Діагноз встановлювали за загальноприйнятими критеріями, об'єм форсованого видиху за 1 секунду ОФВ1 — не менше 55% від належних величин. Вентиляційну функцію зовнішнього дихання (ФЗД), досліджували шляхом проведення комп'ютерної спірографії з аналізом кривої «потік-об'єм», визначення динаміки показників бронхіальної прохідності, а саме -ОФВ1 на початку та через 14 днів лікування. Вивчали ефективність терапії бронхіальної обструкції Беродуалом по 2 інгаляції за допомогою дозованого балончика та Беродуалом в розчині по 20 крапель на прийом через небулайзер «Omron» 2 рази на добу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Застосування Беродуалу у вигляді розчину суттєво підвищувало ефективність лікування, скорочувало термін перебування хворого в стаціонарі, швидше відновлювало бронхіальну прохідність. Хворі, що отримували інгаляції через небулайзер відзначали значне зменшення задишки на 3-5 добу лікування у порівнянні із 6-8 добою у хворих І групи. ПОШвид у хворих II групи після лікування зросла у порівнянні з хворими І групи на 6,22% більше ( $p < 0,05$ ). При дослідженні ФЗД встановлено, що ОФВ1 у хворих II групи зростав після курсу проведеного лікування на 9,5 % у порівнянні з показниками до лікування, що на 5,2% більше, ніж у хворих І групи ( $< 0,05$ ).

Таким чином, отримані нами дані свідчать про підвищення ефективності лікування бронхіальної обструкції у хворих на ХОЗЛ при застосуванні інгаляції Беродуалу через небулайзер.

**Висновки.** Застосування Беродуалу у розчині через небулайзер значно підвищує ефективність терапії бронхіальної обструкції у хворих на ХОЗЛ.

## **ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ПОМЕРЛИХ ВІД РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

*БОДНАР Я.Я.<sup>1</sup>, БОДНАР Л.П.<sup>1</sup>, БОДНАР Р.Я.<sup>3</sup>*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського.*

*<sup>1</sup> Кафедра внутрішньої медицини №3, <sup>2</sup> Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини <sup>3</sup> Кафедра внутрішньої медицини № 2*

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених лікуванню та

профілактиці побічних ефектів у онкологічних хворих, невирішеною проблемою залишаються морфологічні особливості ураження міокарда.

**Мета роботи.** З'ясувати особливості ремоделювання серця на органному і тканинному рівнях у померлих від раку ободової кишки.

**Матеріали і методи.** Проведено масометрично-планіметричне дослідження частин серця 56 померлих від раку ободової кишки за класичною методикою W.Muller і гістометричний аналіз їх міокарда із врахуванням рекомендацій Г.Г.Автанділова. Аналогічні дослідження проведено у 10 померлих від ДТП.

**Результати дослідження.** Макроморфометричним дослідженням встановлено, що після 5-річного виживання після операційного лікування у померлих від раку ободової кишки наявна диспропорційна гіпертрофія серця із делятацією порожнин. Так, у 16 випадках шлуночковий індекс менший на 33,33 % проти контрольного показника ( $p < 0,001$ ) через більшу масу лівого шлуночка, у 22-х він більший на 41,18 %,  $p < 0,001$  через більшу масу правого шлуночка і у решта 18 померлих — наближався до норми. У 16 випадках планіметричний індекс лівого шлуночка більший проти контрольного показника на 41,67 %,  $p < 0,001$ , а у 22-х більший планіметричний індекс правого шлуночка на 25,96 %,  $p < 0,001$ . Відносний об'єм інтерстиціальної тканини міокарда, порівняно із показником контрольної групи, більший у 2 рази. Відносний об'єм кардіоміоцитів нижчий на 15,50 %,  $p < 0,001$ , а відносний індекс стромально-кардіоміоцитарного відношення вищий у 2,9 рази,  $p < 0,001$ . Наявну зміну стромально-кардіоміоцитарного відношення ми розцінюємо не тільки як результат фіброзних змін, але і гемодинамічних, що проявлялися гіперемією, стазом і набряком через вплив на міокард ендотоксикозу.

**Висновок.** Ремоделювання серця у померлих на рак ободової кишки характеризується диспропорційною гіпертрофією стінки лівого і правого відділів серця із делятацією його порожнин та збільшенням стромально-кардіоміоцитарного індексу.

## **ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ**

*БОЙКО Т.В., ЛИХАЦЬКА Г.В., ЛИХАЦЬКА В.О.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського*

Захворювання органів травлення надзвичайно поширені. В останні роки велику увагу надають вторинному остеопорозу, який виникає на ґрунті коморбідної патології органів травлення.

**Мета** – вивчити особливості мінеральної щільності кісткової тканини в жінок з коморбідною патологією органів травлення.

**Матеріал і методи.** Обстежено 44 хворих жіночої статі на коморбідну патологію -хронічний панкреатит і хронічний гастродуоденіт та 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 20 хворих (44,0%) на хронічний гастродуоденіт (ХГД), 24 (56,0%) — на хронічний гастродуоденіт у поєднанні з

хронічним панкреатитом (ХП). Вік пацієнтів коливався від 20 до 73 років, середній вік —  $(43,54 \pm 1,25)$  роки. Із метою кількісної оцінки мінеральної щільності кісткової тканини застосовували двофотонний рентгенівський денситометр (DEXA) для осьового скелета фірми Lunar (США).

**Результати дослідження.** При ХГД всі жінки були в доменопаузальному періоді. Структурно-функціональний стан КТ суттєво не відрізнявся. У хворих на ХП і ХГД 50,0% осіб знаходилися в доменопаузальному періоді та 50,0% у постменопаузальному. Аналіз змін КТ показав, що ОП частіше розвивається в жінок постменопаузального періоду. Порівняльний аналіз кількісних показників в осіб жіночої статі виявив, що в жінок, які знаходилися в постменопаузальному періоді, нижчі показники порівняно з фертильними жінками ( $p < 0,01$ ). Встановлено, що частота розвитку остеопорозу в групах хворих на коморбідну патологію органів травлення є вищою, зокрема, у хворих на ХГД і ХП, порівняно з ХГД. Глибина остеодefіциту у хворих на коморбідну патологію достовірно збільшувалася.

**Висновок.** Виявлено, що оваріально-менструальна функція є важливим детермінантом, що визначає ступінь остеодefіциту.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні стану мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на коморбідну патологію гастродуоденальної зони і печінки.

УДК: 618.17-06:616.379-008.64:616-006

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА РИЗИК ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

ВАЦЕБА Т. С.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Вступ.** Результати новітніх досліджень доводять підвищений ризик онкологічних захворювань (ОЗ) певних локалізацій у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Механізмами асоціації визнані патогенетичні фактори ЦД.

**Метою роботи** було вивчити епідеміологію та ризик онкологічних захворювань органів жіночої репродуктивної системи у жінок з цукровим діабетом 2 типу.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведене на основі ретроспективного аналізу медичних карт стаціонарних та амбулаторних пацієнтів з ОЗ молочної залози (МЗ), матки та яєчників, вперше діагностованими у жінок з ЦД 2 типу впродовж 2012-2016 років.

Базами для проведення дослідження були профільні медичні заклади Івано-Франківської області. Отримані результати опрацьовані статистичними методами в програмах “Microsoft Excel” і “Statistika-12”.

**Результати.** За вказаний 5-ти річний період ОЗ органів репродуктивної системи виявлені в 202-х жінок, серед яких 126 мали рак МЗ, 65 — рак тіла матки і 11 — рак яєчників. Найчастіше ОЗ діагностували в жінок віком 60-70 років — в

102-х осіб (50,50%) та 50-60 років — в 54-х хворих (26,73%); середній вік обстежених  $61,44 \pm 8,26$  років. Ожиріння мали 135 осіб (66,83%), надмірне відживлення — 46 жінок (22,77%), нормальну вагу — 21 пацієнтка (10,40%); середній ІМТ становив  $31,65 \pm 4,21 \text{ кг/м}^2$ . Середня тривалість ЦД до виявлення раку  $7,83 \pm 5,74$  роки. 137 хворих (67,82%) мали рівень  $\text{HbA1C} > 7,5\%$ .

За методом відношення шансів у жінок з ЦД 2 типу виявлений підвищений ризик раку МЗ [OR = 1,25; 95% CI (1,04-1,50); P=0,019] та тіла матки [OR = 1,31; 95% CI (1,02-1,69); P=0,040].

**Висновки.** Жінки з цукровим діабетом 2 типу мають підвищений ризик раку молочної залози та тіла матки і потребують скринінгу на рак даних локалізацій, особливо у віці старше 60-ти років та при ожирінні.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА РОЗВИТОК ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНОСЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*ГЕРЯК С.М., ДОБРЯНСЬКА В.Ю., ЗУБАТЮК О.А., БАГНІЙ Н.І., КОРДА І.В., ДОБРЯНСЬКИЙ Т.О.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
кафедра акушерства та гінекології №2*

Проведений ретроспективний аналіз медичної документації встановив, що кількість пологів на протязі 2016-2017 рр. мала тенденцію до зменшення (з 2411 до 2373 пологів на рік), в той час як частота абдомінального розродження зростала (з 6% до 17%). При цьому частота післяпологового ендометриту після самостійних пологів складала 1,3%, субінволюції матки — 2,7%, після оперативного розродження — відповідно 11,6%, і 6,3%, тобто серед ускладнень після пологів через природні пологові шляхи домінувала субінволюція матки, а після абдомінального розродження — ендометрит, що не суперечить даним інших дослідників.

Групи, сформовані за матеріалами ретроспективного дослідження, були порівнюваними за віковими характеристиками ( $p > 0,05$ ). Середній вік вагітних складав  $27,8 \pm 0,4$  років. Не було статистично значущих відмінностей і за показниками менструальної та репродуктивної функції, екстрагенітальної та акушерської патології ( $p > 0,05$ ).

За даними ретроспективного аналізу, суттєвими факторами ризику розвитку ПГСЗ були хронічні захворювання придатків та матки (52,5%), хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту (29,7%), нирок і сечовивідних шляхів (24,6%), анемія вагітних (37,3%). У всіх жінок із запальними післяпологовими захворюваннями перебіг вагітності був ускладнений: загроза переривання спостерігалась у 63,7 % жінок, інфікування мікроорганізмами групи TORCH у 54,2%, пізній гестоз у 3,4 %, хронічні екстрагенітальні вогнища інфекції мали 75,4% жінок: хронічний пієлонефрит — 22,0%, хронічний холецистопанкреатит — 22,9% пацієнток. Слід зауважити, що у 79,7% випадків післяпологових гнійно-септичних ускладнень було поєднання 3-х та більше чинників ризику розвитку вищезазначеної патології (ВШ=3,9 (95% ДІ: 3,4-4,3).

При аналізі недоліків, що найчастіше зустрічались в лікуванні та веденні вагітних, перші рангові місця посіли недооцінка значення екстрагенітальних вогнищ інфекцій під час вагітності (15,3 %), особливо, безсимптомної бактеріурії; недооцінка ролі інфікування мікроорганізмами групи TORCH (8,5%). При співставленні поширеності чинників ризику виникнення ПГСЗ у вагітних за даними ретроспективного дослідження встановлено, що частота хронічної дисфункції плаценти в цій групі була в 2,5 рази більшою, ніж у контролі, діагностично значущі титри TORCH реєструвалися у 4,5 рази частіше, а генітальні інфекції і бактеріальний вагіноз в 3-му триместрі визначалися у 3,4 рази частіше ( $p < 0,01$ ). Синдром затримки розвитку плода (СЗРП) діагностований у породіль з ПГСЗ після у 13,6% проти 9,7% у контролі ( $p < 0,01$ ).

Серед чинників, що сприяють розвитку ПГСЗ під час розродження, найбільше значення мало виникнення первинної та/або вторинної слабкості пологової діяльності (15,9 % випадків).

**Висновок.** На підставі проведеного ретроспективного аналізу встановлено, що найбільш суттєвими факторами ризику розвитку ПГСЗ є: хронічні захворювання придатків та матки (52,2%), хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту (29,7%), нирок і сечовивідних шляхів (24,4%), анемія вагітних (37,3%), тривала загроза переривання вагітності (63,7%) жінок, інфікування мікроорганізмами групи TORCH (54,2%). У 79,7 % випадків післяпологових гнійно-септичних ускладнень було поєднання 3-х та більше чинників ризику розвитку вищезазначеної патології (ВШ=3,9 (95% ДІ: 3,4-4,3).

## **ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ НА РОЗВИТОК ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

*ГЕРЯК С.М., КОБЗА К.П., ДОБРЯНСЬКА В.Ю., КОРДА І.В., КУЦЕНКО А.В.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,  
кафедра акушерства та гінекології №2;*

*КНП «Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»  
Тернопільської обласної ради*

За даними деяких дослідників, основною причиною захворюваності на мастопатію в розвинених країнах є зміна акушерської поведінки жінки із середини ХХ століття. Так, наприклад, менархе у сучасних дівчат настає у 12-14 років, тоді коли це явище відзначалось у їх попередниць ХІХ ст. в 16- 17 років, також час настання менопаузи зараз приблизно на 10 років пізніший, ніж століття тому. За рахунок численних пологів і тривалого за часом годування грудьми кількість менструальних циклів була сумарно в 4 рази меншою, ніж у сучасної жінки. Наслідками сучасних надбань, що негативно впливають на розвиток патологічних змін у МЗ, є стан хронічного стресу, розлади сексуального життя, вживання низькоякісної їжі, несприятливі екологічні умови, спосіб життя, шкідливі звички.

Згідно з останніми даними причиною виникнення захворювань МЗ є дисбаланс цілої низки гормонів жінки, що впливають як на репродуктивну систему, так і на організм у цілому. Виходячи з того, що молочна залоза є гормонозалежним

органом, її розвиток і стан неопосередковано залежать від регуляції гіпоталамогіпофізарно-яєчникових взаємовідношень, що змінюються з віком жінки, під час та після вагітності, а також залежать від фази менструального циклу, відмінною рисою МЗ є складність чіткої диференціалізації фізіологічних і патологічних змін. Це пов'язано, передусім із тим, що цей орган ніколи не буває у стані морфофункціональної стабільності через високу чутливість до гормональних факторів, як фізіологічних, так і патологічних

Наявність генітальної патології достовірно негативно впливає на стан молочних залоз, підвищуючи ризик розвитку мастопатії у 2-3 рази. Такі несприятливі особливості анамнезу жінки, як відсутність пологів, одні пологи, велика кількість штучних або спонтанних абортів, відсутність лактації чи її короткочасність, є характерними рисами для хворих на доброякісні захворювання молочних залоз. Більш того, такі стани підвищують ризик розвитку раку молочної залози.

Навпаки, тривалий період лактації виконує захисну функцію, оскільки при цьому виникає диференціація внутрішньчасточкових термінальних проток, які є найбільш частими місцями локалізації патологічних процесів, пухлинної трансформації МЗ. Кінцеві протоки перетворюються на секреторні часточки, які мають невеликий проліферативний потенціал і тривалий клітинний цикл та резистентні до впливу диспластичних чинників.

Основним методом об'єктивної оцінки стану молочних залоз є мамографія, за допомогою якої можна своєчасно розпізнати патологічні зміни в молочних залозах в 95-97% випадків. Для залозистої форми мастопатії характерна наявність множинних тіней неправильної форми з нечіткими розпливчатыми контурами. Для ДФКМ з переважанням фіброзного компоненту характерне інтенсивне затемнення з вузькою смужкою просвітлення, обумовленою підшкірно-жировою клітковиною. При фіброзі межі окремих частин лобулярної гіперплазії мають чіткі контури. Для ДФКМ з переважанням кістозного компоненту характерний строкатий неоднорідний малюнок, обумовлений чергуванням жирової, сполучної і залозистої тканини, на фоні якого визначаються округлі або овальні ущільнення. Фіброаденоми виявляються при мамографії в 97% випадків.

Профілактика пухлин молочної залози полягає у профілактиці тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, надмірної ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення, а також у ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин.

## **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВАГІТНИХ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ І НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА**

*ГЕРЯК С.М., БАГНІЙ Л.В., БАГНІЙ Н.І., ДОВБАН Л.А.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Серед патологічних станів, які є факторами загрозового перебігу вагітності, особливе місце посідає порушення ліпідного обміну. За даними ВООЗ



у 90% жінок з надлишковою масою тіла вже у віці 20-25 років виявляють ранні прояви стеатозу печінки, який впродовж наступних п'яти років життя веде до неалкогольного стеатогепатиту. Тому жінки із надлишковою масою тіла є загрозові по розвитку акушерських та перинатальних ускладнень, у генезі яких значна роль віддається метаболічним порушенням у печінці. Обґрунтуванням запланованого дослідження є той факт, що категорія вагітних із порушенням ліпідного обміну прогресивно зростає.

Значне число досліджень присвячено даній проблематиці у вагітних відповідно до порушень ліпідного обміну, метаболічного синдрому, цукрового діабету та їх ускладнень артеріальною гіпертензією, тощо. Проте автори не звертали уваги на роль печінки у ліпідному обміні та ризику розвитку стеатозу та неалкогольного стеатогепатиту у молодому віці, які можуть погіршити перебіг вагітності і пологів.

**Мета дослідження** — вивчити функціональний стан печінки у вагітних з надлишковою масою тіла та неалкогольним стеатогепатитом.

**Матеріали і методи.** Обстежено 24 вагітних із надлишковою масою тіла. (ІМТ становив більше 25 кг/м<sup>2</sup>, визначений в першому триместрі вагітності). Усім жінкам виконані загально-клінічні обстеження, що включали в себе опитування, анамнез, об'єктивне дослідження, антропометричне вимірювання та лабораторні дослідження визначення в крові рівню аламініотрасферази, аспартатамініотрасферази, гама-глутамілтрасферази, лужної фосфатази, загального білірубіну і його фракцій: прямого і непрямого білірубінів, загального білка, проведення УЗД печінки.

**Результати.** У 11 жінок мали місце скарги на загальну слабкість та швидку втомлюваність, у 7 — на відчуття важкості та дискомфорту в правому підбер'ї. ІМТ становив 34,95 (32,6; 37,3) кг/м<sup>2</sup>. В усіх жінок мав місце абдомінальний тип ожиріння. Підвищення рівня АЛТ виявлено у 7 жінок, АСТ — у 4. Вміст загального білірубіну і його фракцій (прямого і непрямого), гама-глутамілтрансферази, лужної фосфатази та загального білка в усіх вагітних був в межах норми. При УЗД дослідженні патологічні зміни виявлені у 11 жінок. Серед них у 8 спостерігалась гіперехогенність печінки, у 5 — неоднорідність паренхіми, у 1 — нечіткість судинного малюнку.

**Висновки і перспективи.** Результати дослідження показують, що у вагітних з неалкогольним стеатогепатитом та надлишковою масою функціональні зміни стану печінки перебігають на фоні неспецифічних скарг або безсимптомно. У 46% жінок виявлені ехоознаки жирового стеатозу печінки, тільки у 29% — лабораторні зміни. Отримані результати можуть вказувати на подальший розвиток акушерських ускладнень. Своєчасна і патогенетично обґрунтована корекція структурно-функціональних змін та порушень, що мають місце при надлишковій масі тіла в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом під час вагітності покращить внутрішньоутробний стан плода, зменшить частоту розвитку акушерських та перинатальних ускладнень та забезпечить раціональне ведення вагітності, пологів і післяпологового періоду, новонароджених.

## ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ПРОЯВАМИ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ

ГЕРЯК С.М., БАГНІЙ Н.І., БАГНІЙ Л.В., СТЕЛЬМАХ О.Є., ЗАРІЧАНСЬКА Х.В.,  
КОРДА І.В., ПЕТРЕНКО Н.В.

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Збереження здоров'я вагітних є однією з найбільш актуальних медичних, соціально-економічних та демографічних проблем Україні. Серед багатьох чинників, які впливають на перебіг вагітності, опрацювання стандартизованого спостереження за вагітними з проявами раннього гестозу потребує всебічного аналізу та вивчення. Зокрема, нудота та блювота при вагітності, зазвичай короткочасна та самоелімінується у 50% жінок у першому триместрі, однак у 10% пацієнток симптоми зберігаються до 20-22 тижня вагітності, що можна пов'язати із диспанкреатизмом. У третини з них спостерігаються загострення хронічного рецидивуючого панкреатиту. Пусковим механізмом виникнення даних зрушень можна вважати оксидативний стрес, який спричиняє розвиток соматичної патології. Формування останньої визначається ступінню вираженості різних типів компенсаторних реакцій, тобто індивідуальними особливостями адаптаційного синдрому, порушення якого є провідним у появі та персистенції проявів раннього гестозу.

**Мета** дослідження — оцінка частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із панкреатогенною дисфункцією у другому триместрі вагітності.

**Матеріал та методи дослідження.** Клінічна оцінка стану 23 вагітних із проявами гестозу у другому триместрі проведена за спеціально розробленою анкетною. Контрольну групу склали 12 жінок із фізіологічним перебігом вагітності у 20-22 тижні вагітності.

Лабораторно-інструментальні методи дослідження включали загальні клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі, УЗД печінки та підшлункової залози. Функціональний стан печінки та зовнішньо-секреторну функцію підшлункової залози оцінювали шляхом визначення у крові рівня загального білірубіну та його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз — АлАТ і АсАТ, вмісту холестерину та альбуміну у сироватці крові, активності екскреторного ферменту — лужної фосфатази, показника тимолової проби, вивчення фекальної панкреатичної еластази-1. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У жінок із проявами гестозу у другому триместрі спостерігались наступні ускладнення вагітності: загроза передчасних пологів (56%), маловоддя (28%), багатоводдя (22%), синдром затримки росту плода (26%) ( $p < 0,01$ ). У ранньому неонатальному періоді у 24% малюків спостерігались дихальні розлади.

При вивченні біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки та підшлункової залози було встановлено достовірне підвищення вмісту загального білірубіну у сироватці крові за рахунок збільшення фракції прямого білірубіну, зростання активності сироваткових амінотрансфераз АлАТ та

АсАТ, показника тимолової проби, а у частини пацієнток — активності екскреторного ферменту — лужної фосфатази. Показник фекальної панкреатичної еластази-1 був достовірно низьким ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Вагітні із проявами гестозу у 20-22 тижні як наслідок диспанкреатизму вимагають проведення спрямованого патогенетичного впливу у першому триместрі для попередження небажаних перинатальних ускладнень

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

*ГЕРЯК С.М., ОЛЕКСЯК О.І., ПЕТРЕНКО Н.І., ЯКИМЧУК В.Д.,  
ОЛЕКСЯК В.Д., КОБЗА К.П.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського  
Кафедра акушерства та гінекології №2*

У вагітних патологія органів дихання відноситься до найбільш несприятливих супутніх захворювань. Прогресуючий перебіг хронічного обструктивного захворювання легень призводить до розвитку серцево-легеневої недостатності, великої кількості ускладнень як в період вагітності так і під час пологів та у новонародженої дитини.

Професійні шкідливості, включаючи органічний та неорганічний пил, хімічні агенти та дими також є недооціненим фактором ризику хронічного обструктивного захворювання легень. Аналіз проведеного в США популяційного опитування (NHANES III, 2008) та дані Американського Торакального товариства, показали суттєвий вплив на захворюваність ХОЗЛ професійних факторів, що становлять 10-20 % (GOLD 2017).

За даними ВООЗ (2017) в структурі причин хронічного обструктивного захворювання легень найбільша роль належить палінню (до 80 %) яке за останні десятиліття все більше поширюється серед жінок. Інші варіанти тютюнопаління (сигари, трубка, кальян) є також факторами ризику. Пасивне паління може викликати респіраторні симптоми та хронічне обструктивне захворювання легень шляхом збільшення загального ушкодження від інгаляції шкідливих часток та газів. Паління під час вагітності є ризиком для плода, пошкоджує ріст та розвиток легень in utero та, можливо, впливає на імунну систему плода.

Аналіз перинатальної захворюваності у вагітних з хронічним обструктивним захворюванням легень у Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» виявив, що найчастіше виникають наступні ускладнення: розвиток передчасних пологів (50 %), порушення матково-плацентарного кровообігу (65 %), дистресу плода (53 %), прееклампсії (35 %). Отримані дані потребують детального аналізу причинних факторів та розробки сучасних методів раціональної терапії у профілактиці акушерських ускладнень таких вагітних.

УДК 618.14-002:618.177-08

**КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ МЕТОДИ МОНІТОРИНГУ  
ЛАПАРОСКОПІЧНО ВЕРИФІКОВАНОГО ЗОВНІШНЬОГО  
ЕНДОМЕТРІОЗУ**

*ГЛАДЧУК І.З., ВОДОДЮК О.В., ГОЛУБОВА Н.А., ЧЕТВЕРІКОВ М.С.*

*Одеський національний медичний університет*

Ендометріоз — доброякісне гінекологічне захворювання, яке характеризується хронічним тазовим болем і безпліддям, пов'язаних зі зниженням якості життя.

**Мета** визначити цінність клінічних та параклінічних методів післяопераційного моніторингу зовнішнього ендометріозу( далі- ЗЕ)

**Матеріали та методи.** Було розглянуто 190 клінічних випадків пацієнток, прооперованих на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ за період з 2016 по 2019 роки. Усі пацієнтки були категоризовані в залежності від розповсюдженості ЗЕ за даними лапароскопії на 3 групи: 1 група — жінки із ЗЕ I-II стадії (61 жінок), 2 група — жінки із ЗЕ II-III стадії (80 жінок) і 3 група — жінки із ЗЕ III- IV стадії (49 жінок) (згідно з класифікацією Американського товариства репродуктивної медицини 1996 року). Пацієнтки 1 групи були розділені на 2 підгрупи в залежності від отриманого хірургічного (група А — 30 пацієнток), та комбінованого хірургічного і гормонального лікування (група Б — 31 пацієнтка). Пацієнтки 2 та 3 групи отримували комбіноване лікування. Проаналізовано частоту виявлення безпліддя серед пацієнток цих груп. Для післяопераційного моніторингу перебігу ЗЕ використовувались клінічні (оцінка больового синдрому: синдром хронічного тазового болю, диспареунії, дисменореї за візуально-аналоговими шкалами (ВАШ) та опитувальниками якості життя (SF-36) та оцінка відновлення фертильності протягом 1 року після лікування) та параклінічні (дані ультразвукової діагностики, магнітно-резонансної томографії).

**Результати.** Серед групи пацієнток із I-II стадією ЗЕ безпліддя спостерігалось в 66,9% випадків; зі стадією II-III — в 75% випадків, зі стадією III-IV- в 83,7 % випадків. При проведенні аналізу даних відновлення фертильності жінок 1А групи завагітніли протягом 1 року після хірургічного лікування 89,65 % жінок, 1Б — 91,36 % жінок, 2 групи — 75,84 % жінок, 3 групи — 59,37 % жінок ( $p < 0,05$ ). При оцінці больового синдрому за ВАШ отримані наступні середні результати: для 1А групи до операції 4/10 балів, 1 місяць після операції 2/10 балів, 3 місяці після операції 1/10 балів, 6 місяців після операції 1/10 балів, для 1Б групи до операції 3/10 балів, 1 місяць після операції 2/10 балів, 3 місяці після операції 1/10 балів, 6 місяців після операції 1/10 балів, для 2 групи до операції 6/10 балів, 1 місяць після операції 4/10 балів, 3 місяці після операції 2/10 балів, 6 місяців після операції 1/10 балів, для 3 групи до операції 8/10 балів, 1 місяць після операції 5/10 балів, 3 місяці після операції 3/10 балів, 6 місяців після операції 2/10 балів ( $p < 0,05$ ).

При оцінці якості життя за SF-36 отримані наступні середні результати: для 1А групи до операції: показник фізичного компоненту здоров'я (PH) — 65%,

показник психічного компоненту здоров'я (МН) — 51%; 1 місяць після операції: РН — 85%, МН — 61%, 3 місяці після операції: РН — 89%, МН — 78%; 6 місяців після операції: РН — 95%, МН — 83%; для 1Б групи до операції: РН — 45%, МН — 31%; 1 місяць після операції: РН — 65%, МН — 41%; 3 місяці після операції: РН — 74%, МН — 59%; 6 місяців після операції: РН — 87%, МН — 71%; для 2 групи до операції: РН — 31%, МН — 27%; 1 місяць після операції: РН — 42%, МН — 38%; 3 місяці після операції: РН — 53%, МН — 42%; 6 місяців після операції: РН — 69%, МН — 58%; для 3 групи до операції: РН — 26%, МН — 21%; 1 місяць після операції: РН — 35%, МН — 31%; 3 місяці після операції: РН — 42%, МН — 41%; 6 місяців після операції: РН — 58%, МН — 53%; ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** При оцінці методів післяопераційного моніторингу ЗЕ встановлено прогностичну та діагностичну цінність клінічних методів моніторингу больового синдрому за допомогою ВАШ та опитувальнику SF-36 та відновлення фертильності протягом 1 року. Данні ультразвукового дослідження та магнітно-резонансної томографії в післяопераційному періоді не мають достовірного діагностичного та прогностичного значення для післяопераційного моніторингу перебігу ЗЕ. Це потребує подальших досліджень.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ

*ГОРБУНОВА О.В., ЗАРІЧАНСЬКА Х.В.  
НМАПО імені П.Л. Шупика, Київ*

Частота бактеріального вагінозу (БВ) у вагітних становить 37-42,2%. За результатами масштабного мета аналізу, БВ вдвічі підвищує ризик передчасних пологів. При виникненні БВ до 16 тижнів вагітності ризик передчасних пологів у 7 разів вищий, чим у вагітних без БВ. При появі БВ на 20-37 тижні вагітності ризик передчасних пологів зростав на 53%.

Згідно рекомендацій Міжнародних організацій, «золотим стандартом» терапії БВ є метранідазол чи кліндаміцин.

Вагітність, що протікає на фоні БВ, супроводжується високим ризиком акушерських та перинатальних ускладнень.

**Мета дослідження:** оцінити терапевтичну ефективність лікарського засобу у вигляді вагінальної супозиторії комбінації метронідазолу 750 мг та міконазолу 250 мг у вагітних з БВ.

**Дизайн:** проспективне порівняльне дослідження.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 100 вагітних жінок в II-му триместрі вагітності з бактеріальним вагінозом.

Бактеріоскопічне обстеження вагінальних виділень проводилось за допомогою кількісної полімеразно ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу з використанням тест-системи «ФЛОРОЦЕНОЗ».

Основна група — 50 вагітних жінок в II-му триместрі вагітності з бактеріальним вагінозом, які отримували лікування у вигляді вагінальної супозиторії (метронідазолу 750 мг та міконазолу 250 мг).

Група порівняння — 50 вагітних жінок в II-му триместрі вагітності з бактеріальним вагінозом, які отримували лікування у вигляді вагінального геля (метронідазол 10 мг + клотримазол 20 мг в 1 г геля).

Ефективність терапії оцінювали за допомогою клінічних та лабораторних критеріїв після завершення курсу лікування, через місяць, а також по частоті ускладнень гестаційного періоду.

**Результати.** Клініко-лабораторні показники після завершення курсу лікування в обстежуваних групах були однакові (100% в обох групах), а через місяць спостереження (98,0% проти 92,0%,  $p > 0,1$ ).

У жінок основної групи частота ускладнень гестаційного періоду була нижча чим у групі порівняння. Ускладнення під час вагітності (8,0% проти 20,0%,  $p < 0,05$ ), ускладнення пологів та післяпологового періоду (18,0% та 38,0%,  $p < 0,01$ ).

Звертає на себе увагу, частота ПРПО, що була нижча в основній групі (15,0% проти 25,0%,  $p < 0,05$ ).

**Висновок:** Клініко-лабораторні показники після завершення курсу лікування БВ в обстежуваних групах були однакові (100% в обох групах), а через місяць спостереження (98,0% проти 92,0%,  $p > 0,1$ ).

Частота ускладнень гестаційного періоду статистично нижча у вагітних, які отримували лікування у вигляді вагінальної супозиторії (метронідазолу 750 мг та міконазолу 250 мг) за рахунок зниження частоти ПРПО.

## ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

*ГРЕБЕНИК М.В., ЖЕГЕСТОВСЬКА Д.В., МАРТИНЮК Л.П.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Незважаючи на те, що з кожним роком кількість досліджень присвячених вивченню гострого коронарного синдрому (ГКС) невпинно зростає, гендерні особливості його перебігу залишаються недооціненими. Існуючі на сьогодні дані стосовно ГКС є переважно узагальненням наукових робіт, де більшість досліджуваних становили чоловіки. В той же час, кількість праць присвячених вивченню перебігу ГКС серед жіночого населення залишається доволі обмеженою.

**Мета.** Виявити відмінності та закономірності перебігу ГКС серед жінок різних вікових груп.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 74 історій пацієнток, що були госпіталізовані та лікувалися в умовах кардіологічного відділення КНП “ТКМЛ” №2 у період з жовтня 2017 року по червень 2019 року з діагнозом ГКС.

**Результати.** Пацієнтки були розділені на дві групи відповідно до віку: до 1-ї групи увійшло 32 жінки віком до 55 років, 42 особи жіночої статі були старшими 55 років і склали 2-у досліджувану групу. Середній вік хворих у 1-ій групі становив  $49,62 \pm 4,33$  роки, у 2-й групі —  $64,32 \pm 5,98$  роки. ГКС без елевації сегменту ST (NSTEMI) частіше реєструвався у 1-ій групі — 65,6% ( $n=21$ ), на

проти вагу до 42,9 % (n=18) у 2-ій групі. В подальшому, серед пацієнтів 1-ї групи з NSTEMI, наявність некротичного вогнища в міокарді було підтверджено лише у 38% (n=8). Серед факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань у пацієнтів 1-ої групи найпоширенішими були куріння 34,4 % (n=11) та обтяжений спадковий анамнез 40,6% (n=13), а у пацієток 2-ої групи домінувала надлишкова маса тіла ( $IMT \geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) — 64,3% (n=27). Коморбідність з цукровим діабетом 2 типу серед пацієнтів 1-ї групи зустрічалася у 18,8% (n=6), з артеріальною гіпертензією — 68,8% (n=22); у 2-й групі ці показники становили 28,6 % (n=12) та 73,8% (n=31) відповідно.

**Висновки.** За даними проведеного дослідження, було встановлено, що серед пацієнтів молодшої вікової групи діагноз гострого інфаркту міокарда під час подальшого обстеження підтверджувався вірогідно рідше, а серед факторів ризику домінували шкідливі звички, зокрема куріння, та обтяжений спадковий анамнез. В свою чергу у старшій віковій групі частіше зустрічалися цукровий діабет 2 типу та артеріальна гіпертензія.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ НИРОК**

*ГУРСЬКИЙ В.Т., КУЦЕНКО Т.І., ГОЛОВАЧ Н.А., ПАВЛИК О.Л.*

*Тернопільський національний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського;*

*Тернопільська університетська лікарня*

**Мета роботи:** підвищити ефективність лікування пацієнтів з функціональними змінами нирок в гострий період інфаркту міокарда шляхом включення в програму лікування зофеноприлу.

**Матеріал та методи:** групу дослідження склали 66 хворих на гострий інфаркт міокарда (56 чоловіків та 10 жінок) віком від 43 до 78 років, які знаходились на лікуванні в палаті інтенсивної терапії кардіологічного відділення КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР. Загальноприйняте комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження було проведено при поступленні хворих в стаціонар та на 14 добу лікування.

Хворі були розподілені на 2 групи: 1 група – 31 хворих, приймали стандартне лікування згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України (антикоагулянт та два антиагреганти, β-блокатор, інгібітор АПФ, статин); 2 група – 35 хворих, яким в програму лікування включали зофеноприл в дозі 30 мг на добу, який крім гемодинамічного має ще й виражений метаболічний ефект за рахунок антиоксидантних властивостей. 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-ЕПІ).

**Результати дослідження:** Основні параметри гемодинаміки (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, систолічна та діастолічна функції лівого шлуночка, а також функціональний стан нирок у пацієнтів обох груп у вихідному стані статистично не відрізнялись. В результаті проведеного лікування через 14 діб

встановлено, що рівень креатиніну та сечовини у пацієнтів першої групи виявився відповідно на 18 та 14 % вищим, а швидкість клубочкової фільтрації — на 25% нижчою, ніж у пацієнтів другої групи. Одночасно у хворих II групи на фоні однакових значень частоти серцевих скорочень та рівнів САТ і ДАТ, в порівнянні з даними у I групі, відмічено достовірне підвищення фракції викиду на 7,4%, що свідчило про суттєве покращення скоротливої функції серця.

**Висновок:** Таким чином, використання в стандартній програмі лікування інгібітора ангіотензинперетворюючого фермента зофеноприлу в гострий період інфаркту міокарда достовірно покращує не лише стан систолічної та діастолічної функції міокарда, а й суттєво підвищує функціональні параметри нирок (за рахунок позитивного гемодинамічного ефекту), що обґрунтовує доцільність його використання в стандартній програмі лікування хворих в гострий період інфаркту міокарда.

**УДК: 612.124:547.962.3-02:616.12-008.331.1-06:616.36-002.43**  
**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЗВ'ЯЗУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СИРОВАТКОВОГО**  
**АЛЬБУМІНУ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У**  
**ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ**  
*ДЗЬОРДЗЬО Ю.Р., АНДРЕЙЧИН С.М., МАРТИНЮК Л.П.*  
*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського*

**Актуальність.** Протягом останніх років досягнуто значних успіхів у діагностиці та лікуванні гіпертонічної хвороби (ГХ), проте це захворювання продовжує залишатись серйозною проблемою здоров'я людей загалом та жіночого здоров'я зокрема. Окремі дослідження показали нижчу ефективність антигіпертензивної терапії у хворих з порушенням альбумінсинтезуючої функції печінки. Остання є одним з проявів неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який зустрічається у 30-40 % пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

**Мета роботи:** покращення ефективності антигіпертензивної терапії у жінок з ГХ та НАСГ шляхом включення у комплексну терапію препаратів для корекції альбумінзв'язувальної функції печінки.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 24 жінки хворих на гіпертонічну хворобу II стадії зі ступенем артеріальної гіпертензії 2-3 ст. (діагноз встановлений згідно критеріїв уніфікованого протоколу надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією МОЗ України (наказ МОЗ від 24.05.2012 року № 384)). Вік пацієнтів склав 35 — 76 років. Хворих було поділено на 2- і групи. До 1-ї групи увійшли 9 осіб з ГХ без супутньої патології печінки, до 2-ої групи — 15 жінок з супутнім НАСГ, який діагностовано за допомогою соноеластографії на апараті Ultima SM-30 методом SWEI з визначенням жорсткості паренхіми печінки (ЖПП), яка становила в середньому 8,42 кПА. Пацієнтки були співставними за віком та ступенем артеріальної гіпертензії.

15 пацієнтів із НАСГ у 2-ій групі отримували лікування гепатопротектором Антраль протягом 60 днів (протокол). Контрольна група складала 14 практично здорових жінок аналогічного віку.



Усім обстежуваним проводилось визначення ЗФСА за методом С. І. Чагера (1975р) та біохімічними методами у сироватці крові визначались: загальний білок, альбумін, глобуліни, альбуміно-глобуліновий коефіцієнт та показники ліпидограми. Статистичний аналіз результатів проводився за допомогою пакету програми Statistica 10 та Microsoft Excel.

**Результати та їх обговорення.** Проведено аналіз лабораторних показників ЗФСА та білкових фракцій й ліпідного обміну у хворих на ГХ без ураження печінки та з її ураженням. Білкові фракції у хворих 1-ї групи не відрізнялися від показників контрольної групи. Водночас мали місце зміни ліпідних фракцій: збільшення рівня холестерину, ЛПНЩ, загальних ліпідів і тригліцеридів відповідно на 25,04 % ( $p < 0,001$ ), 42,2 % ( $p < 0,001$ ), 28,9 % ( $p < 0,001$ ), 28,2 % ( $p < 0,001$ ).

В осіб з ГХ та супутнім НАСГ ЗФСА статистично достовірно знизилась щодо контрольної групи на 14 % ( $p < 0,01$ ). Крім того, мало місце порушення білковосинтезуючої функції печінки, про що свідчить зниження концентрації загального білка на 9,1 % ( $p < 0,001$ ), альбуміну на 12,2 % ( $p < 0,001$ ), а також збільшення фракції глобулінів на 11,4 % ( $p < 0,05$ ). Альбуміно-глобуліновий коефіцієнт був знижений на 22,6 % ( $p < 0,001$ ) у порівнянні зі здоровими людьми.

Концентрація ЛПНЩ в сироватці крові була збільшена на 101 % порівняно з контрольною групою ( $p < 0,001$ ), загального холестерину, ліпідів та тригліцеридів на 49,8 % ( $p < 0,001$ ), 41,9 % ( $p < 0,001$ ), 54,7 % ( $p < 0,001$ ) відповідно. Концентрація ЛПНЩ була знижена на 22,9 % ( $p < 0,001$ )

У пацієнтів із супутнім НАСГ застосування стандартного лікування в поєднанні з Антралем призвело до суттєвого підвищення ЗФСА на 8,1 % ( $p < 0,05$ ), також зросла концентрація альбуміну в сироватці крові на 8 % ( $p < 0,01$ ), альбуміно-глобуліновий коефіцієнт збільшився на 14 % ( $p < 0,01$ ).

Суттєвими також були зміни у ліпідному обміні, зокрема знизився рівень ЛПНЩ та тригліцеридів відповідно на 16,1 % ( $p < 0,001$ ), 10 % ( $p < 0,01$ ), крім того зменшився і рівень загального холестерину, проте не значно – на 6,3 % ( $p > 0,05$ ), тоді як концентрація ЛПВЩ навпаки збільшилась на 13,9 % ( $p < 0,01$ ).

Отримані результати можуть свідчити про ознаки зменшення транспортної здатності альбуміну у хворих із супутнім НАСГ, швидше за все в наслідок ушкодження функції печінки, на фоні метаболічних змін, викликаних даним захворюванням. Та її відновлення на фоні прийому препарату.

Цільових рівнів АТ було досягнуто у 6 жінок (66,7%) першої групи та у 12 (80%) осіб 2-ої групи.

#### **Висновки:**

1. Гіпертонічна хвороба у поєднанні із супутнім НАСГ у хворих супроводжується зменшенням ЗФСА, а також змінами у білковому обміні (зменшенням загального білка, альбуміну, альбуміно-глобулінового коефіцієнта), ліпідному обміні (збільшення ЛПНЩ, загального холестерину, загальних ліпідів, тригліцеридів, зменшенням ЛПВЩ), що вимагає проведення комплексних лікувальних заходів.

2. Застосування гепатопротектора Антраль у комплексній терапії гіпертонічної хвороби при її поєднанні з НАСГ сприяє зростанню ЗФСА, альбуміну, покращенню показників ліпідного обміну (зменшення ЛПНЩ,

холестерину, збільшення ЛПВЩ) та покращує ефективність антигіпертензивної терапії.

3. Використання Антраль в комплексній терапії ГХ дозволяє досягти цільових рівнів артеріального тиску у пацієнтів з НАСГ

В подальшому планується вивчення взаємозв'язків між ЗФСА та ефективністю антигіпертензивної терапії.

### **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ЇХ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ СПОЛУЧНОТКАНИННОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ТА ІДІОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

*ДОБРЯНСЬКА В.Ю.,<sup>1</sup> ГЕРЯК С.М.,<sup>2</sup> МАЛАНЧУК Л.М.<sup>1</sup>, ДОБРЯНСЬКИЙ Т.О.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

*<sup>1</sup>Кафедра акушерства та гінекології №1*

*<sup>2</sup>Кафедра акушерства та гінекології №2*

Основним завданням акушерства є своєчасна первинна профілактика та зниження частоти розвитку ускладнень вагітності і перинатальної смертності. При цьому відомо, що на формування здоров'я новонародженого суттєво впливає стан здоров'я батьків, особливо матері, перебіг самої вагітності, пологів та раннього періоду новонародженості, наявність або прогресування перинатальних захворювань, що значною мірою залежить від взаємопов'язаних між собою соціальних і медичних факторів. Так, за даними світових популяційних досліджень важливим аспектом антенатальної охорони плода є забезпечення задовільного стану здоров'я матері перед вагітністю (преконцепційна підготовка), лікування хронічних інфекцій, екстрагенітальних захворювань, систематичне спостереження за перебігом вагітності, станом плода, профілактика та раннє виявлення акушерських ускладнень, які негативно впливають на фето-плацентарну систему. Крім того, вагітність, навіть за умови її фізіологічного перебігу, супроводжується напруженням усіх функціональних систем організму. Ці зміни виникають вже починаючи з I триместру вагітності, зростають в період функціональної перебудови, в першу чергу, ендокринної, серцево-судинної та сполучнотканинної систем, активації метаболізму і обміну речовин, що в цілому забезпечує вагітність і пологи.

Розповсюдженою аномалією клапанного апарату серця у вагітних. Встановленим фактом є те, що поширеність ПМК дещо переважає у пацієнтів жіночої статі, але в звичайних умовах має переважно доброякісний характер і супроводжується невеликою кількістю різних серцево-судинних ускладнень. Разом з тим, більшість дослідників підкреслюють, що перебіг ПМК може ускладнюватись прогресуючою мітральною регургітацією (МР) і серцевою недостатністю (СН), інфекційним ендокардитом (ІЕ) та різними порушеннями серцевого ритму та провідності, в тому числі і фатальними, які можуть бути безпосередньою причиною розвитку раптової аритмічної смерті (РАС) в пацієнтів молодого віку. При цьому, ПМК розглядається як один із кардіальних проявів синдрому дисплазії сполучної

тканини (ідіопатичний або первинний ПМК), який має доведену генетичну детермінацію. Враховуючи відносно високу розповсюдженість ПМК у молодій популяції, вищезазначені ускладнення досить часто (20-25%) зустрічаються у вагітних. Більше того, у вагітних ПМК має більш тяжкий перебіг, характеризується більшою частотою розвитку різних серцево-судинних та акушерських ускладнень, в тому числі низкою фенотипових і вісцеральних аномалій, які можуть успадковуватися у дитини, що й демонструє більш високу загальноклінічну значущість проблеми сполучнотканинної дисплазії серця саме для ведення вагітності.

На сьогоднішній день в доступній літературі є незначне число досліджень, присвячених впливу сполучнотканинної дисплазії на перебіг вагітності і пологів. Причому лише в поодиноких працях вивчалися деякі метаболічні показники та порушення гормонального профілю, системи гемостазу і ліпідного обміну у вагітних із сполучнотканинною дисплазією. Найбільш частими клінічними проявами ПМК, в т.ч. у вагітних, є гемодинамічно значущі види аритмій та структурно-функціональна перебудова порожнин серця з порушенням його скоротливої функції. Однією з причин розвитку вказаних проявів ПМК можуть бути електролітні порушення в організмі вагітної. У той же час в спеціальній літературі не виявлено робіт, в яких би досліджували взаємозв'язок сполучнотканинної дисплазії серця та ПМК у вагітних з наявністю в них акушерських ускладнень. Крім того, не розроблено також адекватних програм лікування, профілактики ускладнень та ведення вагітних із сполучнотканинною дисплазією.

Вище наведені факти обґрунтовують доцільність та необхідність оптимізації тактики ведення вагітності, лікування та профілактики акушерських ускладнень у жінок із сполучнотканинною дисплазією та ідіопатичним пролапсом мітрального клапана.

## **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНОСЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*ДОБРЯНСЬКА В.Ю., ЗУБАТЮК О.А., ГЕРЯК С.М., ПЕТРЕНКО Н.В.,  
БАГНІЙ Л.В., ОЛЕКСЯК О.І.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
кафедра акушерства та гінекології №2*

Лікування ПЕ, як і будь-якого іншого локалізованого запального процесу, можна розділити на загальну терапію і місцеве лікування. Основним компонентом загальної антибактеріальної терапії в даний час продовжують залишатися антибіотики. Їх раціональне використання в акушерстві базується на трьох основних принципах: 1) антибіотики повинні призначатися з врахуванням чутливості до них збудника; 2) необхідно створювати в вогнищі інфекції достатню терапевтичну концентрацію антибіотика; 3) необхідно врахувати вплив антибіотика на дитину при грудному годуванні.

Антибіотики слід призначати зразу ж після встановлення діагнозу ПЕ,

попередньо взявши бакпосів з порожнини матки. Вибір препаратів при цьому базується на результатах постійного бактеріологічного моніторингу в операційних та пологових залах. Це обумовлено тривалістю бактеріологічного дослідження і служить для корекції вже розпочатої антибактеріальної терапії.

В профілактиці гнійно-септичних захворювань після абдомінального розродження було і залишається точне виконання умов і протипоказів до кесарського розтину. Цьому також сприяє використання по відповідних показах екстраперитонеального кесарського розтину і інтраперитонеального з ізоляцією черевної порожнини.

Показання до профілактичного призначення антибіотиків при кесарському розтині можуть бути сформульовані таким чином: 1) тривалість безводного проміжку більше 6 годин; 2) тривалість пологів більше 12 годин; 3) наявність меконію в навколоплідних водах; 4) крововтрата більше 800 мл; 5) тривалість операції більше 1 год.; 6) операція на фоні передчасних пологів, особливо якщо напередодні вводилися глюкокортикоїди (імуносупресія); 7) шви на шийці матки з приводу істмікоцервікальної недостатності; 8) хронічні інфекційні екстрагенітальні захворювання; 9) ожиріння; 10) важкий гестоз; 11) виражена анемія вагітної; 12) кольпіт; 13) наявність у вагінальній флорі чи навколоплідних водах збудників післяродової інфекції; 14) зниження імунологічної толерантності (показники імунітету нижче норми для вагітних); 15) підвищена величина співвідношення концентрації фосфору і цинку в амніотичній рідині (більше 200:1).

За даними англійської літератури, частота ендометриту після кесарського розтину при антибіотикопрофілактиці коливається від 3% до 21% в той час, як у пацієток, які не отримували антибіотиків, ендометрит розвивається в 32-85 % випадків. При наявності ж інфекції в амніотичній рідині цей показник досягає 95%. Дані були настільки переконливими, що практично всім пацієткам з високим ризиком розвитку Інфекції стали призначати з профілактичною метою цефалоспорины. Через декілька років ефект від цього значно знизився. Причиною цього було істотне зростання ролі ентерококів і бактероїдів, що мають природну стійкість до цефалоспоринів, у виникненні ПЕ. По цій причині в останні роки стали інтенсивно розроблятися нові антибіотики, які включають в себе похідні пеніциліну (ампіциліну і піперациліну) — препарати високоефективні по відношенню до ентерококів — та клавуланову кислоту і сульбактам (інгібітори В-лактамаз).

В даний час з метою профілактики тривалі курси (5-7 днів) не проводяться, тому що ефект від них не вищий, ніж при коротких курсах, а, крім того, утворюються антибіотикорезистентні штами мікроорганізмів. При високому ризику ПЕ частіше використовується короткий курс (максимум трьохразове введення препарату протягом 1 доби) антибіотикопрофілактики.

Часто використовується одноразове внутрішньовенне інтраопераційне (зразу ж після перетиснення пуповини) введення 1-2 гр нових цефалоспоринів (цефазолін, цефамандол, цефотетан, цефотаксин і ін.). Повідомляється і про двох-чи трьохкратне введення препаратів (додатково через 6-12 год., чи через 24 години після операції). Проте достовірних відмінностей в ефективності між цими схемами і одноразовим введенням антибіотика статистично не виявлено. Природно, що

менш дорогому і складному одноразовому введенню препарату віддається перевага.

W. Long із співавторами запропонували замість в/в профілактичного введення антибіотиків вводити їх під час операції в порожнину матки і в черевну порожнину. На думку більшості дослідників, ефективність цих методик приблизно однакова.

**Висновок.** Враховуючи вищесказане, розробка удосконаленіших заходів профілактики і лікування післяпологових, післяопераційних гнійнозапальних і раневих ускладнень у породіль є актуальною і обумовлює необхідність пошуку нових фізичних методів терапії.

### **ПЕРЕБІГ GESTАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ**

*ЗАРІЧАНСЬКА Х.В.<sup>1</sup> БАГНІЙ Н.І.,<sup>2</sup> СТЕЛЬМАХ О.С.,<sup>2</sup> ФРАНЧУК О.А.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Кафедра акушерства, гінекології та перинатології, УДІР*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м.Київ*

*<sup>2</sup>Кафедра акушерства та гінекології №2 ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського*

*<sup>3</sup>Кафедра акушерства та гінекології №1 ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського*

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

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

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

У вагітних жінок, переважали запальні захворювання шийки матки.

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

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

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

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

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ**

*ЗІНЕНКО О.В., ГЕРЯК С.М., ДОБРЯНСЬКА В.Ю., ЯКИМЧУК В.Д.,  
ПЕТРЕНКО Н.В.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
Кафедра акушерства та гінекології №2*

Проблема гнійно-запальних захворювань в післяпологовому періоді продовжує зберігати свою актуальність для вітчизняної та закордонної медицини, незважаючи на успішну реалізацію багатьох її аспектів, клінічно проявляється різними локалізованими та генералізованими формами інфекційних уражень і залишається однією з основних причин материнської захворюваності та смертності.

Особливої актуальності проблема гнійно-запальних захворювань набуває в даний час, в зв'язку із збільшенням кількості оперативних розроджень, зниженням імунологічної реактивності організму у породіль, широким впровадженням антибіотиків та частим їх нераціональним використанням, що призводить до виникнення напіврезистентних госпітальних штамів мікроорганізмів і зміни нормальної мікрофлори у жінок в післяродовому періоді.

Найпоширенішим інфекційним захворюванням у породіль в даний час продовжує залишатися післяродовий ендометрит (ПЕ), який в структурі післяпологових гнійно-запальних ускладнень займає перше місце. Від 30,7 до 57,1% післяродових інфекційних ускладнень припадає на нього. В структурі материнської смертності гнійно-запальні захворювання становлять 8-15%, займаючи 4-5 місце. При значних успіхах в боротьбі з генералізованими формами інфекції значного зниження частоти ПЕ не вдалося досягнути, що пов'язано з появою чергової хвилі антибіотикостійких мікроорганізмів, збільшенням абдомінального розродження і застосуванням інвазивних методів дослідження, які підвищують ризик розвитку інфекції. В даний час захворюваність ПЕ після самовільних фізіологічних пологів коливається в межах 2-10 %, патологічних — 18-20%. Частота ПЕ після операції кесарського розтину в середньому складає 15-20 %, коливаючись від 6-11% до 25-30%, зокрема, після планового — 5-6%, а екстренного — 22-85%. Після планового кесарського розтину ПЕ розвиваються у 4,7% породіль, а після екстренного — у 24,2%. Складаючи всього 12-22% від загальної кількості пологів, кесарський розтин дає 80% всіх ПЕ.

Виділяють ряд факторів, які сприяють розвитку ПЕ: 1) затяжні пологи; 2) тривалість безводного періоду більше 6 год; 3) III—IV ступінь чистоти піхви напередодні пологів; 4) значне число вагінальних досліджень в пологах; 5) внутрішнє кардіомоніторне спостереження за станом плода; 6) кесарський розтин;

7) невідновлена операційна крововтрата; 8) недостатній гемостаз і неповна перитонізація під час кесарського розтину; 9) тривалість операції більше 1 год (при збільшенні тривалості операції на 1 год частота ПЕ зростає в 2 рази); 10) тривала дородова госпіталізація; 11) загроза переривання вагітності; 12) хірургічне лікування істміко-цервікальної недостатності; 13) ручне та інструментальне обстеження порожнини післяпологової матки; 14) травматизація м'яких тканин пологових шляхів; 15) велика кількість шовного матеріалу в рані; 16) патологічна крововтрата в пологах; 17) витягування ВМС пізніше, ніж за один рік до пологів; 18) тривалий прийом гормональних препаратів; 19) часті аборти (мимовільні, штучні); 20) хронічні запальні захворювання геніталій; 21) гострі інфекційні захворювання і загострення хронічних запальних процесів напередодні пологів; 22) тривалий прийом антибіотиків; 23) хронічна анемія; 24) гестоз; 25) ожиріння; 26) цукровий діабет; 27) різноманітні екстрагенітальні захворювання та ін.. особливо важливим фактором ризику вважають саму операцію кесарського розтину, а також наявність анемії і передчасне відходження навколоплідних вод.

Звичайно, вагомість цих факторів в плані розвитку ПЕ різна, і кожен з них окремо можна виявити у будь-якої породіллі з нормальним перебігом післяродового періоду. Але в поєднанні ці фактори можуть сприяти послабленню захисних сил організму породіллі і інвазії мікроорганізмів в тканини з наступним розвитком ПЕ.

## **ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

*КОБЗА К.П., ГЕРЯК С.М., БАГНІЙ Н.І., ОЛЕКСЯК О.І.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
Кафедра акушерства та гінекології №2*

Доброякісні захворювання молочних залоз, або мастопатія вміщує групу гетерогенних нозологічних форм, різних за клінічними, морфологічними, етіологічними чинниками, що не пов'язані з періодом вагітності та характеризуються порушенням гістологічної будови тканини молочної залози. У вітчизняній літературі, як правило, вживають терміни «мастопатія», «фіброзно-кістозна мастопатія» (ФКМ), «фіброаденоматоз», «дисгормональна гіперплазія молочної залози».

Близько 13-35% всіх доброякісних дисплазій молочних залоз становлять фіброаденоми. Формування цих новоутворень відбувається на фоні підвищеного рівня естрогенів і пролактину в паренхімі залози, як правило, у молодому віці. Молодий вік пацієток із фіброаденомами не є обмеженням для виконання хірургічних втручань. Особливої уваги потребують філоїдні доброякісні пухлини, що становлять не більше 4% від загальної кількості ФА. Така пухлина важко диференціюється під час обстеження через подібність до ФА. Філоїдна ФА відрізняється потенційною можливістю трансформації в саркому МЗ за рахунок злоякісних перетворень стромы.

На окремий розгляд заслугоує проблема полікістозного ураження

молочних залоз на фоні фіброзно-кістозної мастопатії. Така хвороба більш характерна для жінок віком 35-55 років. Полікістозні зміни виявляються при ультразвуковому дослідженні (УЗД) і представляють собою систему множинних кіст, розширених протоків МЗ розміром від 0,3 до 2 см.

Діагностика захворювань МЗ починається зі збирання анамнезу пацієнтки, виявлення обтяжливих факторів захворювання в найближчих родичів, курсів терапії в минулому включно з хірургічним лікуванням, фаз менструального циклу, наявності генітальної та екстрагенітальної патології. Пальпація МЗ з пахвовими лімфатичними вузлами (ЛВ) в положенні стоячи та лежачи є необхідною первинною процедурою, що дозволяє оцінити стан шкірних покривів, сформованість, симетричність, консистенцію, щільність тканини МЗ, наявність додаткових новоутворень, виділень із сосків. Для уточнення даних первинного обстеження пацієнткам обов'язково проводять УЗД, що на сучасному етапі передбачає використання цифрових систем у режимі кольорової та енергетичної доплерографії, яка дозволяє оцінювати кровоплин новоутворень. Цей метод є, без перебільшення, найбільш масовим, оскільки не шкодить здоров'ю жінки, надзвичайно інформативний і доступний широким верствам населення. Однак, не зважаючи на високу інформативність методу, даних УЗД не достатньо для верифікації морфологічної природи виявлених новоутворень. Тому ультрасонографія є допоміжним засобом під час проведення інвазивних досліджень, як тонкоголова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) кістозних та солідних новоутворень.

Необхідність проведення мамографії на наступному етапі дослідження вирішується індивідуально, адже не є адекватним методом для динамічного спостереження жінок із ФКМ, також точність методу обмежена при значній щільності МЗ.

Виявлення доброякісного новоутворення молочних залоз завжди повинно розцінюватись як потенційно небезпечне. Прогноз щодо ведення пацієнток із ДЗМЗ залежить від морфологічних особливостей новоутворення, віку пацієнток, розміру та поширеності патологічного процесу, а також обтяженого за РМЗ спадкового анамнезу.

## **ОСОБЛИВОСТІ ГОМЕОСТАЗУ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ДРТ АСОЦІЙОВАНІ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**

*КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В., РОГАВА І.В.*

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

**Вступ.** Етіологія прееклампсії недостатньо з'ясована. Визначення прееклампсії як хвороби адаптації відповідає загальним уявленням і дозволяє пояснити певні аспекти захворювання. Однак єдиної теорії, що дає цілісну картину патогенезу і задовольняє запитам практики, і досі немає.

**Мета.** Для уточнення можливих механізмів та факторів розвитку прееклампсії проведено дослідження особливостей гомеостазу вагітних після ДРТ асоційованих з прееклампсією.



**Матеріали і методи дослідження.** Комплексно обстежено 150 жінок, вагітність яких настала після лікування безпліддя методами ДРТ: 48 жінок з преєклампсією, 102 – без преєклампсії. 40 здорових жінок з неіндукованою вагітністю склали контрольну групу. Дослідження вмісту загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) проводили ензиматичним колориметричним методом. Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) та індекс атерогенності (ІА) вираховували за формулами. Рівень в периферичній крові основних прозапальних (ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП) та протизапальних (ІЛ-10) цитокінів, 25-гідроксивітаміну D, 25-(ОН)D визначали імуноферментним методом. Для аналізу отриманих даних застосовувались методи параметричної та непараметричної статистики, прийняті в медицині.

**Отримані результати.** У жінок з преєклампсією виявлено порушення ліпідного обміну, спостерігались суттєві зміни показників ліпідограми (підвищення ТГ, ХС ЛПДНЩ, ЛПНЩ та ІА), що вказує на переважання проатерогенних фракцій холестерину і відповідає високій частоті ожиріння та метаболічного синдрому.

Середній рівень в крові 25-гідроксикальциферол (кальцидіол, 25(ОН)D) у жінок з преєклампсією достовірно знижений відносно показника жінок контрольної групи ( $25,92 \pm 4,76$  проти  $38,42 \pm 5,12$  нг/мл,  $p < 0,05$ ), при чому згідно класифікації для країн Центральної Європи (Варшава, 2012) такий рівень (нижче 30 нг/мл) є субоптимальним, а у частини пацієнток навіть нижче 20 нг/мл, що розцінюється як дефіцит вітаміну D.

Виявлена достовірна різниця між групами вагітних після ДРТ з преєклампсією і жінок без цього акушерського ускладнення за показниками ІЛ-1 ( $8,9 \pm 0,62$  проти  $6,4 \pm 0,60$  пг/мл,  $p < 0,05$ ), ІЛ-8 ( $85,7 \pm 5,38$  проти  $72,8 \pm 5,72$  пг/мл,  $p < 0,05$ ) та ІЛ-10 ( $2,3 \pm 0,81$  проти  $4,7 \pm 0,27$  пг/мл відповідно,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Преєклампсія при вагітності після ДРТ виникає у жінок з суттєвими порушеннями гомеостазу у I триместрі гестації. Це проатерогенні порушення ліпідного обміну, дефіцит вітаміну D, надмірна запальна реакція (зсув цитокінового профілю в бік прозапальних цитокінів), що призводить до пошкодження ендотеліальних клітин. Виявлені зміни досліджуваних показників можуть бути використанні як ранні маркери можливого виникнення преєклампсії у жінок після ДРТ.

## **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ПЛАЦЕНТИ В ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПЕЧІНКИ**

*КУЦЕНКО І.В.<sup>1</sup>, ГЕРЯК С.М.<sup>2</sup>, ОРЕЛ Ю.М.<sup>3</sup>, ОРЕЛ М.М.<sup>4</sup>, КУЦЕНКО А.В.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>КНП «Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»  
Тернопільської обласної ради;*

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,  
<sup>2</sup>кафедра акушерства та гінекології №2, <sup>3</sup>кафедра патологічної анатомії з  
секційним курсом та судовою медициною;*

*<sup>4</sup>Тернопільське обласне патологоанатомічне бюро, відділення дитячої патології*

Констеляція ожиріння та функціональних порушень печінки є доволі поширеною серед жінок репродуктивного віку (4-17%). Перебіг вагітності і пологів на тлі цих розладів у більшості випадків (до 97%) набуває патологічного характеру. Часто виникають невиношування та недоношування вагітності, багато- і маловоддя, пізні гестози, синдром затримки росту плода або, навпаки, його макросомія; високими є показники пологового травматизму та малюкової захворюваності. Сьогодні достеменно відомо, що перебіг вагітності і пологів, стан плода та новонародженого в значній мірі залежать від особливостей будови посліду. Плаценті відводять важливу роль у внутрішньоутробному програмуванні майбутнього здоров'я людини. Проте, у спеціалізованій літературі недостатньо даних про морфологічні особливості посліду, що пов'язані з ожирінням і функціональними порушеннями печінки в матері.

Метою дослідження було проведення мікроскопічної оцінки особливостей будови плаценти в жінок із ожирінням і функціональними порушеннями печінки.

Проведено гістологічне дослідження послідів 28 жінок, у яких вагітність перебігала на тлі ожиріння і функціональних порушень печінки (основна група), та 25 жінок без екстрагенітальної та акушерської патології (контрольна група). Встановлено, що у плацентах з основної групи наявні суттєві зміни в будові. Це стосується, зокрема, структури ворсинкового хоріону. Пертурбації, які в ньому спостерігаються, можна розцінювати як ознаки порушення дозрівання плаценти. Найбільше виявляється зрілих термінальних ворсин, однак їх частка суттєво менша, ніж у групі контролю. Кількість проміжних диференційованих ворсин, навпаки, більша, чим у плацентах практично здорових жінок. У плацентах жінок із ожирінням та функціональними порушеннями печінки суттєво більшою є частка незрілих хоріальних ворсин при порівнянні з часткою проміжних недиференційованих та ембріональних. Часто звертають на себе увагу відкладення фібриноїду в ділянці базальної пластинки і в плодовій частині плаценти. Нерідко в плацентах виявляються велика кількість замуrowаних у фібриноїд ворсин, багато дрібних ділянок кальцинозу базальної пластинки та строми ворсин. Епітеліальний покрив ворсин потоншений, часто одношаровий, із дистрофічними змінами хоріального епітелію, ділянками його десквамації з формуванням обширних дефектів, виповнених фібриноїдом. Поодинокі синцитіальні вузлики гіперплазовані. У термінальних ворсинах має місце виражений ангіоматоз та розлади кровообігу (повнокров'я судин, наявність крові в міжворсинковому просторі). Капіляри компенсаторно розширені, ендотелій проліферує, формуючи

місцями випинання у просвіт судин. Артеріоли і венули стовбурових та якірних опорних ворсин “замуровані” в щільну фіброзну і колагенізовану строму. Спостерігається генералізований позасудинний набряк строми. Проміжні диференційовані ворсини мають розгалужену капілярну сітку, проте синцитіокапілярні мембрани відсутні, просвіти капілярів звужені, вистелені одношаровим сплосченим ендотелієм. У більшості плацент при мікроскопії знаходять виражені розлади кровообігу, проявами яких є інфаркти, наявність у міжворсинковому просторі крові і тромбів на різних стадіях організації.

Висновки:

1. Зміни структурних елементів плаценти в жінок із ожирінням та функціональними порушеннями печінки відображають компенсаторно-приспосувальні реакції на гормональні, окисно-відновні, імунні, гіпоксичні та інші порушення, що супроводжують дану патологію.

2. Виражені гемомікроциркуляторні порушення, дистрофічні зміни амніотичного епітелію, компонентів ворсинкового хоріону та базального шару децидуальної оболонки свідчать про недостатню ефективність компенсаторних процесів у посліді на фоні загальноприйнятої терапії.

Виявлені особливості мікроскопічної будови посліду потребують подальшого вивчення для подальшого з'ясування їх ролі в розвитку акушерської та перинатальної патології в даній групі жінок.

**УДК 618.177-089.888.11-07**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЮ В ДІАГНОСТИЦІ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ІНДУКЦІЇ ОВУЛЯЦІЇ**

*ЛЕЦІН Д.В.*

*Запорізький державний медичний університет*

В даний час, у зв'язку з інтенсивним розвитком новітніх допоміжних репродуктивних технологій, виникають ускладнення, серед яких особливу роль займає порушення водно-сольового обміну, а максимальний ступень його тяжкості спостерігається при синдромі гіперстимуляції яєчників.

Кількість жінок з порушеннями водно-сольового обміну в останні роки неухильно збільшується, що пов'язують з гіпоталамо-гіпофізарною дисфункцією, аутоімунних захворювань, виникненням в пубертаті і юнацькому віці соматичних захворювань, які притаманні зрілому віку.

Застосування допоміжних репродуктивних технологій у даній категорії пацієнток не завжди є ефективним через складність підбору адекватного протоколу стимуляції яєчників при високій ймовірності розвитку порушення водно-сольового обміну, з загрозою життю пацієнтки у вигляді синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ).

СГЯ — ятрогенний стан, в основі якого лежить відповідь яєчників на екзогенне введення препаратів-індукторів овуляції, що перевищує фізіологічні межі. Остаточні етіологічні та патогенетичні механізми на теперішній час не з'ясовані.

З використанням сучасних протоколів контрольованої стимуляції яєчників ризик розвитку СГЯ постійно зростає.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність екстракорпорального запліднення на підставі прогнозування та профілактики порушень нейроендокринної регуляції водно-сольового обміну з урахуванням патогенетичних взаємозв'язків між коливанням рівня електролітів в крові пацієнтки та шляхом індивідуалізації медикаментозної корекції в програмах екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

**Матеріали і методи дослідження:** Було обстежено 60 пацієток у програмі ЕКЗ. В основній групі — 50 пацієток, яким була проведена індукція овуляції в програмі ЕКЗ відповідно до загальноприйнятих рекомендацій. Контрольна група — 10 пацієток, без соматичних захворювань та гормональних порушень репродуктивної системи, яким в фізіологічному циклі була проведена інсемінація спермою чоловіка.

Всім пацієткам основної та контрольної групи в програмі ЕКЗ проведено: клінічне дослідження (вага тіла; окружність гомілки; добовий діурез з діагностикою ніктурії); біохімічне дослідження (визначення в сироватці крові вмісту антидіуретичного гормону, альдостерону, пролактину, 17ОН-прогестерону, андростендіону в сироватці крові); ультразвукове дослідження яєчників та нирок з доплерометрією кровотоку у судинах цих органів.

Всім пацієткам основної групи вищезазначений діагностичний комплекс було дубльовано на наступну добу після введення тригера овуляції.

В контрольній групі повторне обстеження було виконано на наступну добу після овуляції, яку підтверджено ультразвуковим моніторингом фолікулогенезу.

Статистичний аналіз виконали, використовуючи програму Statistica for Windows 13 (StatSoft Inc., №JPZ804I382130ARCN10-J), з оцінюванням вірогідності відмінностей середніх для незв'язаних вибірок — за критеріями Стьюдента ( $t$ ); вірогідність відмінностей якісних показників — за критерієм Хі-квадрат Пірсона ( $\chi^2$ ), у тому числі з поправкою Йетса (Yates corrected), точним критерієм Фішера.

**Результати дослідження:** Середній вік обстежених жінок в програмі екстракорпорального запліднення склав  $27,3 \pm 1,4$  роки у основній групі та  $25,2 \pm 2,8$  — у контрольній групі ( $p > 0,05$ ). Індекс маси тіла —  $21,5 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup> у основній групі та  $22,5 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup> у контрольній групі ( $p > 0,05$ ).

Аналізуючи анамнестичні, клініко-лабораторні дані обстежуваних жінок, було проаналізовано особливості порушень водно-сольового обміну у жінок при екстракорпоральному заплідненні.

Більшість вивчених показників основної групи достовірно відрізняються від контрольної групи оскільки порушення водно-сольового обміну мали як клінічні, так і лабораторні ознаки порушення електролітної рівноваги в крові. Підвищення показників натрію та калію спостерігається у пацієток основної групи (натрій —  $142,4 \pm 1,3$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ; калій —  $4,6 \pm 0,7$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) у порівнянні з контрольною групою (натрій —  $127,2 \pm 1,4$  ммоль/л; калій —  $3,7 \pm 0,11$ ).

**Висновки:** У пацієнок в програмі екстракорпорального запліднення, при застосуванні стандартних протоколів індукції овуляції мають місце порушення водно-сольового обміну у вигляді підвищення концентрації натрію та калію в сироватці крові.

### **ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ АУТОІМУННИХ ГЕПАТИТІВ**

*ЛИМАР Л.С., ЛИМАР Н.А.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського  
КНП «ТОКПЦ «Мати і дитина» ТОР*

Впродовж останніх десятиліть спостерігається не лише збільшення кількості захворювань жіночих статевих органів, але й коморбідної патології. Особливої уваги заслуговують порушення менструальної функції (ПМФ) в поєднанні з аутоімунними гепатитами (АІГ), оскільки обмежений арсенал лікарських засобів. Вказана патологія, з одного боку, призводить до втрати працездатності, погіршення якості життя, з іншого боку нерідко є причиною порушення репродуктивної функції. Оскільки печінка відповідає за метаболізм гормонів, у жінок із хронічними захворюваннями печінки виникають порушення менструальної функції, які важко піддаються терапії. Метою нашого дослідження була оцінка функціонального стану печінки та гормонального та імунного статусу у жінок, які бажають реалізувати репродуктивну функцію та розробка комплексної прегравідарної підготовки у жінок з ПМФ на тлі АІГ.

Нами обстежено 36 жінок дітородного віку від 23 до 40 років, які впродовж 2 -7 років страждають АІГ та ПМФ. У 16 (64,0 %) відмічається АМК, у (36,0 %) - олігоменорея. 20 пацієнткам в комплексній програмі прегравідарної підготовки застосовували преднізолон. Початкова доза преднізолону складає 60 мг/добу, з поступовим зниженням впродовж 4-х тижнів до 20 мг/добу впродовж 2 років. Повторне дослідження фібротесту проводилась через 1 рік. 16 пацієнок не отримували імуносупресивної терапії. Всім пацієнткам проводилось загальні клінічні дослідження крові, сечі, визначення білірубину, холестерину, загального білка, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, Ig A, M, G, Т-лімфоцити, Т-хелпери, Т-супресори, В-лімфоцити, ANA, фібротест. У жінок, які страждають ПМФ на тлі АІГ спостерігається зиження імунітету, зниження рівня статевих гормонів, в 10 разів підвищення рівня трансаміназ. У всіх пацієнок спостерігалось первинне безпліддя. Розроблена диференційована програма для жінок з АМК на тлі АІГ. Патогенетична терапія АМК та олігоменореї проводилась монофазними комбінованими естроген-гестагенними препаратами за відповідними схемами. Контрольні дослідження функції печінки, системи гемостазу та імунного статусу проводились через місяць після завершення лікування та через 6 місяців. Виявлено стійку нормалізацію трансаміназ у 17 (85,0 %) пацієнок, які отримували імуносупресивну терапію. Через 1 рік вагітність наступила у 12 (60,0 %) пацієнок У групі жінок, які не отримували імуносупресивну терапію,

спостерігалось безпліддя у 7 (43,75 %); у 9 (56,25 %) відбулись викидні в ранні терміни вагітності.

Таким чином, у жінок з ПМФ на тлі АГ спостерігається зниження рівня імунного захисту, порушення гормонального статусу, значні порушення функції печінки, що призводить до значних ризиків реалізації репродуктивної функції. Застосування в комплексній прегравідарній підготовці імуносупресорної терапії забезпечує значну ефективність лікування та позитивний прогноз у 60,0 % жінок.

**УДК 616-001+616-07-085**

### **СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЛІТРАВМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ**

*ЛЯХОВИЧ Р.М., КИЦАК Я.М., ДЖУС М.Я., МОНЧАК Г.В.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

На сьогоднішній день політравма займає провідні позиції у структурі травматичних ушкоджень, інвалідності та смертності в усіх регіонах України. Щорічні статистичні дані свідчать про високий відсоток смертності при політравмі як на дошпитальному етапі, так і в умовах стаціонарів (від 8 до 67 %), а також незадовільні функціональні наслідки лікування (інвалідність досягає 14-52 %). З іншого боку, зростаючі можливості медицини є тими основними причинами, що змушують лікарів різного фаху приділяти особливу увагу проблемі політравми.

**Мета:** удосконалити принципи діагностики та лікування потерпілих з політравмою на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах та розробити сучасний алгоритм первинного та вторинного обстеження, а також невідкладної медичної допомоги постраждалим даної категорії.

**Матеріали й методи.** Нами проведено дослідження стану 178 постраждалих, які були госпіталізовані до відділення інтенсивної терапії Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги (ТМКЛШД) в 2017-2019 рр. До розробки відібрані випадки, де мали місце ушкодження двох і більше анатомічних ділянок і життєво важливих систем, тобто поєднання нейрохірургічних, торакальних, абдомінальних, скелетних та інших травм.

**Результати досліджень.** Нами встановлено, що травми (особливо тяжкі, до яких належить політравма) частіше трапляються в більш молодому, працездатному віці та серед чоловіків: 3/4 (75,1 %) госпіталізованих із множинними і поєднаними травмами були віком від 21 до 60 років, переважну більшість (72 %) із них склали чоловіки. Найчастіше при політравмі спостерігаються поєднання черепно-мозкової травми (73 %), травми грудної клітки (57 %) та живота (38 %). Вони визначають, як правило, тяжкість стану постраждалого і прогноз щодо виживання. Із загальної кількості госпіталізованих і залучених до аналізу постраждалих із політравмою (178) померло 16 осіб, або 7,8%. У більшості випадків в них були діагностовані травми голови (84,7%) з глибокими органічними ураженнями структур ЦНС на тлі коматозного стану, який призводив до набряку-набухання головного мозку; грудної клітки (65,3%), де часто спостерігались явища гемо-пневмотораксу та ГДН; травми живота (42,4 %), таза (25,6 %), стегна (33,4 %).

**Висновки.** Найважливішим завданням надання екстреної медичної допомоги потерпілим з політравмою є відновлення життєво важливих функцій організму, а саме діагностика їхнього стану за системою SBABC (зупинка зовнішньої кровотечі, забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів із подальшою оцінкою дихання та пульсу). Переломи трубчастих кісток, кісток таза, хребта завжди супроводжуються великою крововтратою, що вимагає адекватної інфузійної протишокової терапії. За наявності підозри на внутрішньопорожнинні кровотечі слід виходити з неможливості її зупинки на догоспітальному етапі, тому швидкість госпіталізації поряд із необхідним обсягом інфузійної терапії в даній ситуації є надзвичайно важливою і необхідною. При діагностуванні проявів внутрішньої кровотечі бригаді Е(Ш)МД слід діяти за відомим принципом «завантажуй та вези». Вторинне обстеження в таких випадках, як правило, виконується в кареті автомобіля під час транспортування потерпілого в стаціонар.

Послідовне дотримання наведеного алгоритму надання екстреної медичної допомоги при політравмі забезпечить її якість і своєчасність, що дасть можливість суттєво покращити основні показники лікування постраждалих летальність та інвалідизацію.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується впровадити в практичну діяльність працівників Е(Ш)МД останні рекомендації Європейської ради ресусцитації, які будуть висвітлені у 2020 році щодо кваліфікованої екстреної догоспітальної медичної допомоги травмованим постраждалим.

**УДК 616.379-008.64+615.453:616-001.14+616.8-009.7**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СВІТЛО ТЕРАПЕВТИЧНИХ  
ПРОЦЕДУР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ТА  
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК.**

*МАКАРЧУК Н.Р., МАРТИНЮК Л.П., БАКАЛЮК Т.Г.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Діабетична полінейропатія (ДНП) є однією із найбільш поширених форм ураження периферичної нервової системи у хворих на цукровий діабет (ЦД). Незважаючи на велику кількість препаратів та методів, що застосовуються для лікування ДНП у хворих на ЦД, ця проблема залишається актуальною вже багато років.

Вагомих рандомізованих досліджень по вторинній профілактиці, спланованих спеціально для вивчення ефективності поляризованого світла в популяції хворих на діабет, не проводилися. Ретроспективний аналіз досліджень по застосуванню даного лікування, свідчать про його ефективність при діабетичній полінейропатії різної етіології та артеріальній гіпертензії без цукрового діабету.

**Мета дослідження:** вивчення впливу поляризованого світла на стан різних видів чутливості при діабетичній полінейропатії, шляхом його включення до стандартного лікування жінок з цукровим діабетом 2 типу та артеріальну гіпертензію.

**Матеріали і методи:** Обстежено 67 хворих (жінок) на ЦД 2 типу, ускладнений діабетичною полінейропатією та артеріальною гіпертензією. Вік обстежених становив від 45 до 65 років (середній вік  $57 \pm 5,2$  роки). Всі хворі були розділені на дві репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання, порушенням чутливостей та рівнем артеріальним тиском. До 1-ї групи увійшло 32 пацієнти, які отримували стандартне лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (№1118 від 21.12.2012). 35 пацієнтам 2-ї групи призначено стандартне лікування та 12 світлотерапевтичних процедур. Обстеження пацієнтів проводили до початку та після проведеного лікування.

Аналіз й обробка статистичних даних проведених клінічних обстежень проводились на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм STATISTICA 10 та MS Excel.

**Результати дослідження та їх обговорення.** До лікування зниження чутливості у 1-й групі температурної 19 (59,38%), больової 20 (62,5%), тактильної 25 (78,1%) та вібраційної 27 (84,4%) хворих. У 2-й групі температурна 23 (65,7%), больова чутливість 19 (54,3%), тактильної та вібраційної чутливості спостерігали 27 (77,1%) і 29 (82,9%) пацієнтів.

Після курсу лікування температурна чутливість залишалася зниженою в 11 (34,4%) ( $\chi^2=3,065$ ;  $p>0,05$ ) обстежених 1-ої та 9 (25,7%) ( $\chi^2=11,283$ ;  $p<0,05$ ) 2-ої групи. Больова і тактильна чутливість була зниженою в 11 (34,4%) ( $\chi^2=5,067,283$ ;  $p<0,05$ ) і 18 (56,25%) ( $\chi^2=3,437$ ;  $p>0,05$ ) хворих — 1-ої групи та 5 (14,3%) ( $\chi^2=12,428$ ;  $p<0,05$ ) і 14 (40%) ( $\chi^2=9,950$ ;  $p<0,05$ ) у 2-ої групи. Вірогідні позитивні зміни вібраційної чутливості мали місце в осіб 2-ї групи.

У пацієнтів з гіпертонічною хворобою на фоні комплексного лікування з використанням поляризованого світла знижувався артеріальний тиск до цільових рівнів у 84 % обстежених, зменшились скарги на шум у вухах, головокружіння, на відміну від хворих які отримували лише стандартну терапію 32,4 %.

**Висновок.** Включення поляризованого світла до стандартної терапії діабетичної полінейропатії має вірогідний позитивний ефект на стан чутливості та рівень артеріального тиску у хворих на цукровий діабет з артеріальною гіпертензією.

## АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

*МАЛАНЧУК Л.М., КРИВИЦЬКА Г.О., МАЛАНЧУК С.Л.*

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

**Вступ.** Згідно даних ВООЗ, щорічно в світі реєструється до 300 млн хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Тобто, близько 4 % населення планети є переносниками різноманітних збудників статевих хвороб. Одне з провідних місць у структурі передракових та ракових захворювань займають патології, зумовлені вірусними агентами, зокрема, вірусом папіломи людини (ВПЛ). Це пов'язано зі зростанням випадків різноманітних імунодефіцитних станів в популяції, тривалою персистенцією вірусів в організмі



людини при супутній бактеріальній інфекції та частою зміною статевих партнерів сексуально активною молоддю.

**Метою дослідження** було проведення аналізу поширеності високоонкогенних штамів папіломавірусу серед жінок репродуктивного віку.

**Методика дослідження.** Було обстежено 30 пацієток із фоновими, передраковими та запальними захворюваннями жіночих статевих органів у віці 18-30 років. Для ідентифікації збудника захворювань використовували: ПАП-тест та ВПЛ-генотипування (co-testing), метод полімеразної ланцюгової реакції, бактеріоскопічне дослідження мазків. За клінічними показами проводилося дообстеження на гельмінти, ультразвукове обстеження органів малого тазу, розширена кольпоскопія із біопсією шийки матки.

**Висновки.** При аналізі отриманих даних встановлено, що онкогенний папіломавірус високого онкогенного ризику (16-70 типи) виявлено у 23 (77%) пацієток в концентрації, що перевищує клінічно значимі показники ( $>3 \text{ Lg ВПЛ}/10^5$  клітин), при цьому супутня бактеріальна та грибова інфекція відзначалася у 19 (63%) жінок, у 5 (17%) пацієток виявлені бактеріальні збудники та у 2 жінок була наявна грибова інфекція.

**Перспективи подальших досліджень.** Обстеження пацієток на наявність збудників статевих інфекцій та подальше етіопатогенетичне лікування дозволить провести своєчасну вторинну профілактику передракових та ракових захворювань жіночої статевої сфери.

## **МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ В ПОЄДНАННІ ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ НА ТЛІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

*МАРТИНЮК В.М., МАЛАНЧУК Л.М., МАЛАНЧИН І.М., КУЧМА З.М.,  
МАЛАНЧУК С.Л., ШЕВЧЕНКО А.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Сучасна демографічна ситуація в світі та Україні спонукає науковців до поглибленого вивчення можливих ризиків виникнення гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку, їх діагностики, лікування та профілактики. Аденоміоз у поєднанні із фіброзно-кістозною мастопатією має особливу актуальність в осіб фертильного віку, оскільки супроводжується порушенням менструальної та генеративної функцій. Больовий синдром, аномальні маткові кровотечі, розлади функції життєво важливих органів та систем знижують працездатність і якість життя жінок, тому визначають не лише медичне, але і соціальне значення цієї проблеми.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу гормональної терапії на менструальну функцію у жінок з аденоміозом в поєднанні із доброякісними захворюваннями молочних залоз.

**Матеріали і методи.** Для досягнення поставленої мети, було проведено оцінювання менструальної функції на тлі гормональної терапії у 102 пацієток з внутрішнім генітальним ендометріозом та фіброзно-кістозною мастопатією.

Жінкам I групи (n=38) була запропонована розроблена нами схема лікування, яка полягала у застосуванні дієногесту, в дозі 2 мг по 1 таблетці на день протягом 6 місяців, імунологічного препарату (екстракт ехінацеї сухої — 100 мг, цинку глюконат — 60 мг, аскорбінової кислоти — 70 мг, селенат натрію — 0,044 мг) — по 1 капсулі тричі на день протягом 1 місяця, в поєднанні із таргетним препаратом — індол-3-карбінолом по 1 капсулі 2 рази на день — 3 місяці. II досліджувана група (n=37) жінок отримувала традиційне лікування, шляхом застосування гормонального препарату — дієногесту в дозі 2 мг по 1 таблетці протягом 6 місяців безперервно.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вік жінок обстежуваних груп становив від 22 до 45 років (у середньому  $33,7 \pm 3,2$  року), що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції жінки. Так як, дисгормонемія є домінуючим чинником розвитку захворювань статеві сфери, ми проаналізували особливості становлення та характер менструальної функції жінок обстежених груп. В основному початок менархе в обстежених пацієнток становив 12-14 років. Окрім оцінки настання менархе, особлива увага приділялась вивченню характеру менструальної функції в обстежених жінок. Встановлення регулярного менструального циклу протягом першого року відбулося в 70,6 % жінок досліджуваних груп, у 16,6 % пацієнток — протягом трьох років та 22,5 % осіб скаржились на нерегулярний менструальний цикл. Нами було встановлено, що тяжкі менструальні кровотечі турбували 40,5 % (15 пацієнток) I групи та 42,1 % (16 осіб) II групи. Мажучі менструальні виділення були діагностовані у 64,8 % (24 пацієнток) I групи та у 65,7 % (25 жінок) II групи. Олігоменорея спостерігалася у 16,2 % I обстежуваної групи та у 18,4 % II групи. Дисменорея виявлялась у 94,6 % (35 жінок) I групи та у 94,7 % (36 осіб) II групи. Масталгія спостерігалася за два тижні до менструації у 23 (62,2 %) жінок I досліджуваної групи та у 25 (65,8 %) пацієнток II групи. Постійні болі в молочних залозах непокоїли 10 (27,0 %) пацієнток I групи та 12 (31,6 %) осіб II групи. Щодо інтенсивності больових відчуттів, то у 52,9 % відмічався біль легкого ступеню важкості, у 33,3 % — середнього ступеню та у 9,6 % — біль важкого ступеня (за Visual Analogue Scale). Результати лікування оцінювались через 6 та 12 місяців. Протягом нашого спостереження прояви дисменореї спостерігалися у 5,4 % пацієнток I групи та у 15,7 % осіб II групи. Оцінюючи важкість дисменореї за С.М. Mac Loverly, R.W. Shay, нами було діагностовано, що жінки I групи скаржились на болі легкого ступеня під час менструації. 7,8 % осіб II групи також турбували болі легкого ступеня, 5,3 % — середнього та 2,6 % на болі важкого ступеня. Масталгія спостерігалася у 5,4 % пацієнток I групи та у 18,4 % осіб II групи. Варто відмітити, що за VAS у жінок I групи масталгія була легкого ступеня. У 10,5 % пацієнток II групи відмічалась масталгія середнього ступеня важкості, та у 7,9 % — легкого ступеня.

**Висновки.** Клінічне дослідження довело ефективність застосування гормональної терапії в поєднанні із імуномодуючим та таргетним препаратом у жінок з аденоміозом та фіброзно-кістозною мастопатією у вигляді регресу больового синдрому, нормалізації менструальної та фертильної функцій.

## АНАЛІЗ РІВНЯ ВІТАМІНА D У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

МАРТИНЮК Л.П.

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Актуальність.** Збільшення тривалості життя людини призвело до суттєвого зростання кількості жінок у періоді менопаузи. Враховуючи середній вік менопаузи в Україні (близько 47 років) та середню тривалість життя (близько 75 років), можна стверджувати, що більшість жінок нашої країни третину життя проводить у постменопаузальному періоді. На остеопороз страждають від третини до половини усіх жінок у постменопаузі. Найчастіше першими клінічними проявами остеопорозу є його ускладнення — низькоенергетичні малотравматичні переломи (НЕП), тому дефіцит вітаміну D є актуальною проблемою сьогодення.

**Мета:** вивчення показників рівня вітаміну D у жінок з метаболічним синдромом і наявністю низькоенергетичних переломів в анамнезі.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних 446 пацієток в періоді менопаузи, віком 50 — 79 років, які розділені на дві групи співставні за віком і тривалістю періоду менопаузи: контрольну групу — 313 жінок без ожиріння (індекс маси тіла  $\leq 29,9$  кг/м<sup>2</sup>) та групу осіб (133 хворих) з метаболічним синдромом (IDF, 2005 року), які додатково були розділені на підгрупи залежно від наявності переломів. Показники мінеральної щільності (МЩКТ) та якості кісткової тканини визначали на приладі двохенергетичної рентгенівської абсорбціометрії (Prodigy, 2005) та використовуючи методики TBS iNight (Med-Imaps, Recass, Франція). Рівень 25(OH)D в сироватці крові, вивчали за допомогою електрохемілюмінесцентного методу на апараті Elecsys 2010 (Roche Diagnostics, Німеччина) за допомогою тест систем cobas. Статистичний аналіз проводили з використанням програми Statistica 8.0.

**Результати та їх обговорення.** Проведене дослідження показало, що показники МЩКТ були вірогідно вищими на всіх рівнях у хворих 2 групи порівняно з 1 групою осіб в цілому і при порівнянні даних показників у підгрупах пацієнтів залежно від наявності НЕП в анамнезі. У пацієнтів 2 групи частота остеопорозу на рівні поперекового відділу хребта (L1-L4) та шийки стегнової кістки була вірогідно меншою, ніж в осіб 1 групи —  $X_2 = 31,733$ ,  $p < 0,01$  та  $X_2 = 10,114$ ,  $p < 0,01$  відповідно.

Одночасно, не було виявлено вірогідних відмінностей у показниках якості трабекулярної кісткової тканини між групами пацієнтів та підгрупами хворих. У пацієнтів 2 групи мала місце лише тенденція до зниження TBS у підгрупі жінок НЕП порівняно з особами підгрупи БП.

В цілому, результати дослідження показали, що у пацієнтів з метаболічним синдромом МЩКТ на всіх рівнях кісткового скелету є вірогідно вищою порівняно з пацієнтами контрольної групи, а частота остеопорозу вірогідно нижчою. Разом з тим, значущих відмінностей у показниках якості кісткової тканини та рівня вітаміну D між пацієнтами обстежених груп хворих виявлено не було, а частота переломів у пацієнтів 1 і 2 груп вірогідно не відрізнялася.

### **Висновки.**

1. Показники МЩКТ були вірогідно вищими у жінок з метаболічним синдромом, порівняно з пацієнтками контрольної групи. Частота остеопорозу на рівні поперекового відділу хребта та шийки стегнової кістки достовірно менша у жінок з метаболічним синдромом.

2. Якість трабекулярної кісткової тканини та рівень вітаміну D між пацієнтами в обстежених групах пацієнтів вірогідно не відрізнялася, що, ймовірно, зумовило відсутність значимої відмінності у частоті низькоенергетичних переломів між групами жінок.

## **ПОШИРЕНІСТЬ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ГЕМОДІАЛІЗНИХ ХВОРИХ**

*МАРТИНЮК Л.П.,<sup>1</sup> РУЖИЦЬКА О.О.<sup>1</sup>, СИМКО К.Є.<sup>1</sup>, СИМКО Г.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

<sup>2</sup>Тернопільська університетська лікарня

**Вступ.** Віруси гепатитів В і С з гемоконтактним механізмом передачі є однією з найважливіших проблем медицини. У пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю рівень імунного захисту значно знижений, що є причиною латентного перебігу хронічних гепатитів та утруднює своєчасну діагностику. У різних країнах світу поширеність вірусних гепатитів серед гемодіалітичних хворих коливається від 1% (у Великобританії) до 90% (у країнах Східної Європи). Гемодіалітичні пацієнти належать до групи підвищеного ризику інфікування вірусними гепатитами та потребують особливої уваги.

**Мета роботи.** Визначити поширеність гепатитів В і С серед пацієнтів з термінальною нирковою недостатністю, які отримують лікування програмним гемодіалізом в Тернопільській області.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 234 пацієнтів, які отримували лікування програмним гемодіалізом протягом 2019 року. Серед обстежених було 134 (57,3%) чоловіків та 100 (42,7%) жінок. Середній вік становив (52±8,4) років. 47 (20%) хворих ініціювали лікування гемодіалізом у 2019 році. Всі пацієнти були обстежені на предмет інфікованості вірусними гепатитами В і С.

**Результати дослідження.** Серед обстежених пацієнтів виявлено 53 (22,6 %) осіб, інфікованих вірусними гепатитами, серед них вірусні гепатити В і С спостерігалися у 38 (71,7 %) і 15 (28,3) пацієнтів відповідно; мікст-інфекція діагностована у 2 (3,8 %) хворих. Лише 141 (60,2 %) пацієнт отримав вакцинацію для профілактики вірусного гепатиту В, також інфіковані вірусними гепатитами хворі під час сеансів гемодіалізу не були розділені від неінфікованих осіб. Серед нових пацієнтів на момент ініціації гемодіалізу не було жодного випадку інфікування вірусними гепатитами.

**Висновок.** Серед гемодіалітичних пацієнтів виявлено високу поширеність вірусних гепатитів, що зумовлює необхідність проведення ефективної та вчасної вакцинопрофілактики вірусного гепатиту В, регулярного моніторингу маркерів вірусних гепатитів, роздільне лікування інфікованих та неінфікованих пацієнтів під

час діалізних сесій, впровадження нових безпечних методів лікування вірусних гепатитів у цієї когорти хворих.

**УДК 618.3:618.4/5**

**ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНДУКОВАНИХ ПОЛОГІВ В  
ГЕСТАЦІЙНОМУ ТЕРМІНІ 40+ ТИЖНІВ**

*МІСЮРА А.Г.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО*

Прискорення «дозрівання» шийки матки малоінвазивними способами — технологія з доведеною ефективністю, мінімальною акушерською агресією та прогнозованим зменшенням акушерського травматизму. Своєчасна підготовка вагітних до пологів, досягнення ефекту «зрілої» шийки матки дозволяє розраховувати на спонтанний початок пологової діяльності, попереджує переносування вагітності та сприяє покращенню перинатальних показників: захворюваності, інвалідності тощо.

**Мета дослідження:** оцінити перинатальні наслідки при застосуванні технології прискорення «дозрівання» шийки матки шляхом інтравагінального введення 0,5 мг динопростону.

**Матеріали і методи:** проаналізовано 18 випадків індукованих пологів в гестаційному терміні 40 тижнів+3 дні та більше з ознаками біологічно незрілої шийки матки. Ступінь зрілості шийки матки оцінювали за шкалою Bishop: «незріла» шийка матки (0-2 бали) — діагностовано у 11 (61,1%) вагітних, «дозріваюча» шийка матки (3-5 балів) — у 7 (38,9 %). В дослідження включені пацієнти з одноплідною вагітністю без екстрагенітальної патології, плацентарної дисфункції та при задовільному стані плода. Гестаційний термін 40<sup>+3-6</sup> тижнів — констатовано у 13 вагітних, термін вагітності 41<sup>+0-5</sup> тижнів — у 5 пацієнтів. Преіндукція пологів проведена інтравагінальним введенням 0,5 мг динопростону за поінформованою згодою пацієнок у другу половину дня. Динопростон (простагландин E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>)) належить до натуральних ненасичених жирних кислот, здатний стимулювати органи, в яких є гладкі м'язи та модулювати відповідь органів на інші гормональні стимули. Інтравагінальний шлях введення обрано з міркувань акушерської безпеки, меншої агресії та згідно медичної інструкції препарату.

**Результати.** Спонтанний початок пологової діяльності відмічено у третини вагітних через 8-12 годин. Індукція пологів методом «амніотомія + окситоцин по схемі» проведена у половини вагітних, повторне введення половинної дози препідил гелю здійснено 3 (16,6 %) пацієнтам. Розродження шляхом кесаревого розтину відбулося в одному випадку при спонтанному початку пологів та у кожній третій роділлі на тлі стимуляції окситоцином. У 16,6 % вагітних з повторним введенням 0,25 мг динопростону — ефекту «дозрівання» шийки матки не досягнуто (гестаційний термін 41<sup>+2-5</sup> тижнів) — проведено оперативне розродження. Показаннями до кесаревого розтину у 7 випадках (38,8

%) стали: аномалії пологової діяльності — 3 клінічні ситуації, дистрес плода в пологах та дистрес плода під час вагітності — по одному випадку, невдала спроба індукції пологів — у двох пацієнток. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар при вагінальному розродженні —  $7,6 \pm 2,2$  бали, після оперативного розродження —  $6,8 \pm 0,7$  бали. Післяпологових ускладнень у породіль не відмічено; виписка із стаціонару відбулася на 3-4 добу після вагінальних пологів та на 5 добу після кесаревого розтину. Всі новонароджені виписані додому в задовільному стані.

**Висновки.** Індуковані пологи із застосуванням препідил гелю здійснені за акушерськими показаннями в терміні гестації 40 тижнів+3 дні та більше з ознаками біологічно незрілої шийки матки. Розродження в терміні 40+ тижнів супроводжується високим показником акушерських ускладнень та оперативного розродження. Динопростон, застосований інтравагінально, сприяв дозріванню шийки матки у пацієнток з негативними індукційними показниками у 83,3 % випадків.

Перспектива подальших досліджень передбачає практичне урізноманітнення підходів преіндукції та індукції пологів з індивідуалізованим підходом до конкретної акушерської ситуації.

**УДК 618.25-06:615.03:616-053.32-092.11] -07 (045)**

**ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'Я НЕМОВЛЯТ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ВІД  
ОДНОПЛІДНИХ ВАГІТНОСТЕЙ ПІСЛЯ ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ У  
ЖІНОК З ВИЛІКУВАНИМ НЕПЛІДДЯМ**

*НОСЕНКО<sup>1</sup>О.М., ХАНЧА<sup>2</sup>Ф.О.*

*<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет (м. Одеса)*

*<sup>2</sup>Донецький національний медичний університет (м. Краматорськ)*

Стан здоров'я новонароджених, які з'явилися на світ в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок з вилікуваним непліддям є проблемним питанням сучасного акушерства, гінекології та перинатології [4]. При цьому більшість робіт присвячено вивченню стану здоров'я дітей з високим ризиком, а саме таких, які народилися від багатоплідної вагітності після ДРТ [1-3]. З огляду на тенденцію, що намітилася останнім часом щодо збільшення селективного переносу тільки одного ембріона, актуальним завданням є вивчення стану здоров'я новонароджених, які народилися від одноплідної вагітності після ДРТ.

Проведено ретроспективне суцільне обсерваційне дослідження 105 новонароджених, які народилися від одноплідної вагітності після ДРТ від жінок з вилікуваним непліддям. Збір інформації проводився шляхом вкопіювання даних з первинної облікової документації № 097 / о «Медична карта новонародженого».

Число доношених дітей склало 84,76 % (89), недоношених — 15,24 % (16) (ВШ 30,94; 95% ДІ: 14,58-65,68). Серед недоношених дітей переважна більшість мала гестаційний вік 34-36 тижнів і 31-33 тижні (43,75 і 37,50 % відповідно). При аналізі частоти захворювань встановлено, що доношені діти, що народилися від одноплідної вагітності після ДРТ, в ранньому неонатальному періоді

характеризувалися високою частотою перинатальних уражень центральної нервової системи (ЦНС) (24,72 %), кон'югаційної жовтяниці (16,85 %), затримки внутрішньоутробного росту плода (ЗВУР) (15,73 %) переважно 1-го ступеня, вроджених мальформацій (6,74 %), помірної асфіксії (4,49 %), тоді як недоношені діти — перинатальних уражень ЦНС (93,75 %; ВШ 45,68, 95% ДІ 5,70-365), помірної та важкої асфіксії (50,00 %; ВШ 21,25; 95% ДІ 5,23-86,36), респіраторного дистрес-синдрому і стійкого фетального кровообігу (по 31,25 %,  $p < 0,01$ ), внутрішньоутробної пневмонії (25,00 %,  $p < 0,01$ ), кон'югаційної жовтяниці (25,00 %), ЗВУР (18,75 %) переважно 1-го ступеня, вроджених мальформацій (12,50 %).

**Висновки.** Для доношених новонароджених, які народилися від одноплідної вагітності після ДРТ від жінок з вилікуваним непліддям, характерні перинатальні ураження ЦНС, кон'югаційна жовтяниця, ЗВУР 1-го ступеня, помірна асфіксія, вроджені мальформації; для недоношених дітей, крім того, — респіраторний дистрес-синдром, стійкий фетальний кровообіг, внутрішньоутробна пневмонія. Необхідна подальша розробка лікувально-профілактичних заходів під час проведення ДРТ і ведення вагітності щодо попередження вищеперерахованих перинатальних ускладнень.

**УДК 618.145-006.03+618.14-006.36]-092:612.015.3**

**СТАН ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ ТА З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ  
ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ**

*НОСЕНКО О.М., ЮРЧЕНКО С.В.*

*Одеський національний медичний університет*

Відомо, що ожиріння та асоційовані з ним метаболічні розлади є одним з істотних факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) [1] і прогресування їх в рак [2].

Метою дослідження стало оцінити гормональні і метаболічні особливості у пацієнток репродуктивного віку з ожирінням та ГПЕ. У дослідження було включено 158 жінок репродуктивного віку з ожирінням. І групу склали 92 пацієнтки з ГПЕ та ожирінням, II групу — 66 пацієнток з ожирінням без ГПЕ. Вивчали клініко-анамнестичні дані, гінекологічний і соматичний анамнез, антропометричні дані, стан вуглеводного, ліпідного обміну, гормонального профілю, ехометричні дані внутрішніх геніталій, результати гістологічного дослідження зразків ендометрія.

Середній вік пацієнток I групи склав  $35,36 \pm 1,06$  років, II групи —  $33,24 \pm 1,41$  року ( $p > 0,05$ ). Рівень глікемії натщесерце у пацієнтів I групи ( $5,74 \pm 1,17$  ммоль/л) був достовірно вище, ніж у жінок II групи ( $5,29 \pm 1,26$  ммоль/л,  $p < 0,03$ ). Рівень глікемії після харчового навантаження між групами статистично значимо не відрізнявся ( $p > 0,05$ ). Виявлений більш високий вміст тригліцеридів ( $1,83 \pm 0,63$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ), холестерину-ліпопротеїдів низької щільності ( $3,55 \pm 0,78$  ммоль/л,  $p < 0,03$ ) і більш низький — холестерину-ліпопротеїдів високої щільності ( $1,05 \pm 0,24$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ) в I групі, більш високий показник коефіцієнту атерогенності

(4,39±1,29,  $p < 0,01$ ). Рівень холестерину достовірно між групами не різнився (5,51±0,93 і 5,34±1,53 ммоль/л відповідно). Пацієнтки з ожирінням і ГПЕ, в порівнянні з жінками з ожирінням і без ГПЕ відрізнялися більш високим вмістом естрадіолу (79,78±36,69 пг/мл,  $p < 0,01$ ), інсуліну (32,30±23,41 мМОд/мл,  $p < 0,01$ ), лептину (96,64±26,68 нг/мл,  $p < 0,05$ ) і, навпаки, більш низьким рівнем прогестерону (7,21±5,43 нмоль/л,  $p < 0,01$ ) і глобуліну, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС) (32,76±17,72 нмоль/л,  $p < 0,01$ ) у сироватці крові. У пацієток групи I на відміну від жінок групи II, встановлені прямі кореляційні залежності між тривалістю ожиріння і рівнем інсуліну ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ), лептину ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ), естрадіолу ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ ), рівнем глікемії ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,01$ ); ІМТ і вмістом тригліцеридів ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,01$ ); між естрадіолом і лептином ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ), естрадіолом та інсуліном ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ ), лептином і інсуліном ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,04$ ), лептином і тестостероном ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,009$ ), інсуліном і тестостероном ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,02$ ), а також зворотна кореляційна залежність між інсуліном і ГЗСС ( $r = -0,50$ ,  $p < 0,01$ ); ІМТ та ГЗСС ( $r = -0,34$ ,  $p < 0,01$ ); прогестероном і холестерином ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,01$ ), тригліцидами ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,03$ ), лептином ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Для жінок з ожирінням, які страждають ГПЕ, характерна наявність виражених метаболічних порушень і певні особливості кореляційних залежностей між клініко-лабораторними показниками. Встановлені кореляційні залежності у жінок з ожирінням вказують на можливу роль його тривалості, а також ступеню його тяжкості на формування гормональних порушень, які сприяють розвитку ГПЕ: гіперестрадіоїї, гіпертестостеронемії, гіпопрогестеронемії, зниження ГЗСС. Потрібні подальші дослідження щодо застосування ад'ювантної терапії та заходів, спрямованих на зниження маси тіла з метою нейтралізації при ГПЕ негативних впливів надлишку жирової тканини на відновлення функцій репродуктивної системи.

## **ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

*ОЛЕКСЯК О.І., ГЕРЯК С.М., ЗАРІЦЬКА Н.Р., ВОЛОШИН В.Г., НЕБЕСЬО Т.А.,  
ЗІНЕНКО О.В.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського  
Кафедра акушерства та гінекології №2*

За даними ВООЗ (2018) серед найбільших проблем сучасної медицини, які знаходяться у фокусі спільної уваги, безперечно, одне з провідних місць посідає хронічне обструктивне захворювання легень. Сьогодні хронічне обструктивне захворювання легень є четвертою основною причиною смерті у світі.

Властивість дихальної системи забезпечити повноцінний газообмін особливо необхідна під час вагітності так як використання кисню в цей період зростає на 15-20%. Дані потреби задовольняються за рахунок підвищення навантаження на дихальну систему шляхом структурних та функціональних змін, що при наявності хронічної патології дихальної системи може стати причиною як



декомпенсації захворювання так і погіршити клінічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на фоні бронхообструкції та гіпоксії розвивається персистуюче системне запалення яке негативно впливає на ендотелій (Мамаєва М.Г., Демко І.В., 2014) У вагітних суттєве значення у виникненні гемодинамічних порушень матково-плацентарного кровообігу становить дисфункція ендотелію. Стан гемодинаміки в значній мірі залежить від судинних ендотеліозалежних факторів. Особливої уваги заслуговують питання розвитку ендотеліальної дисфункції при порушенні матково-плацентарного кровообігу та ризику передчасних пологів (Коровай С.В., 2012)

Аналіз перинатальної захворюваності у вагітних з хронічним обструктивним захворюванням легень у Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» виявив, що найбільшим фактором ризику є саме ендотеліальна дисфункція, що проявляється плацентарною дисфункцією, зниженими показниками доплерометрії та біофізичного профілю плода.

Отримані результати потребують подальшого вивчення ролі патогенетичних факторів ризику у вагітних з хронічним обструктивним захворюванням легень.

## **РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЮ**

*ОРИЩАК І.К., МАКАРЧУК О.М., ГЕНИК Н.І., ЛИТВИН Н.В.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» МОЗ України*

**Актуальність.** Одним із можливих чинників, що зумовлюють порушення репродуктивної функції, є недиагностована патологія ендометрію. Гіперпластичні процеси ендометрія складають 15-50% серед усіх існуючих гінекологічних захворювань, в останні роки відзначено зростання патології ендометрія серед жінок всіх вікових груп. [1,3]

Актуальним залишається підвищення ефективності програм запліднення *in vitro* у пацієток із безпліддям на основі ретроспективного визначення основних провідних чинників порушення імплантації, що обумовлюють ускладнений перебіг індукованої вагітності [2].

**Мета** Метою даного дослідження було проведення ретроспективної оцінки гістологічної картини патології ендометрію, репродуктивного анамнезу у пацієток, у яких вагітність наступила за допомогою IVF та перервалась у I триместрі гестації.

**Матеріали та методи.** Обстежено 112 пацієток із тривало лікованим безпліддям. Всім пацієткам була проведена гістероскопія з гістологічним та імуногістохімічним аналізом матеріалу.

**Результати дослідження.** Середній вік вагітних склав  $34 \pm 3,1$  рік. у 38,75 % випадків мало місце більше трьох спроб IVF в анамнезі, у 52,5 % спостережень програма ЕКЗ проведена вперше. Гінекологісні захворювання: запальні

захворювання ОМТ (70,9 %), оперативні втручання на ОМТ (46,93 %), внутрішньоматкові втручання (37,76 %), патологія шийки матки (64,8 %), мікст-інфікування (46,9 %), (p<0,05).

Виявлено такі патологічні стани ендометрію: Хронічний ендометрит у 63 (56,25 %) пацієток поліпи ендометрію — 21 (18,75 %), гіперплазія ендометрію — 5 (4,46%) гіпоплазія ендометрію — 11 (9,83 %), синехії порожнини матки 7 (6,25 %), субмукозна міома матки 5 — (4,46 %)

Імуногістохімічно хронічний ендометрит виявлений при поліпах ендометрію 66,6 %, при синехіях-71,4 %), при гіпоплазії ендометрія — у (72,7 %), при субмукозній міомі матки та гіперпластичних процесах — у половини хворих.

#### **Висновок.**

Порушення фертильності у жінок із патологічними процесами ендометрію є важливою проблемою, вагомість якої набуває особливого значення при використанні допоміжних репродуктивних технологій. Це вимагає поглибленого обстеження пацієток для виявлення імовірних причин ранніх репродуктивних втрат та відкриває перспективи подальших досліджень.

### **КОРЕКЦІЯ АНДРОГЕННИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ**

*ПАСЄЧКО Н.В., КРИЦЬКИЙ Т.І., ГУРСЬКИЙ В.Т., ГУЛЬКО Н.Я., ГОЛИК І.В.  
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського*

**Мета** — дослідити ефективність терапії препаратом тестостерону у пацієнтів з гіпотиреозом та андрогенним дефіцитом.

**Матеріали і методи.** Замісна терапія препаратами тестостерону проводилася 55 чоловікам з гіпотиреозом та клінічно або лабораторно підтвердженим андрогенним дефіцитом. Вік обстежених становив від 35 до 69 років, тривалість гіпотиреозу — від трьох до 16 років. Пацієнти перебували в стані компенсації гіпотиреозу (за рівнем ТТГ) та отримували стандартну замісну терапію основного захворювання під спостереженням ендокринологів. Пацієнти дослідної групи були розподілені на дві підгрупи залежно від призначеного препарату тестостерону. 26 чоловіків першої групи отримували за схемою чотири внутрішньом'язові ін'єкції 4 мл масляного розчину тестостерону ундеканоату (1000 мг): інтервал між першою та другою ін'єкціями становив 6 тижнів, наступні дві ін'єкції здійснювалися через 12 тижнів кожна (згідно із інструкцією до застосування препарату).

Пацієнтам першої групи проводили лабораторне визначення сироваткових рівнів загального тестостерону, лютропіну та естрадіолу після другої, третьої та четвертої ін'єкції (через 2-2,5 місяці після попередньої ін'єкції), інші обстеження — до початку терапії та після четвертої ін'єкції.

Друга група (29 пацієнтів) отримувала внутрішньом'язово 1 мл масляного розчину суміші ефірів тестостерону.

**Результати дослідження.** Через 3 місяці після введення препарату тестостерону спостерігалось вірогідне підвищення середньої концентрації

загального тестостерону в крові обстежених пацієнтів до  $14,9 \pm 0,87$  нмоль/л. При цьому відзначалися значні коливання показника — від середньонормальних значень до таких, що перебували у межах нижньої границі нормальних значень тестостерону в крові у здорових чоловіків.

Більш виражене вірогідне підвищення середнього рівня загального тестостерону в крові у пацієнтів спостерігалось через 6 місяців до  $17,24 \pm 0,73$  нмоль/л. На тлі проведення замісної терапії тестостероном стабілізація рівня загального тестостерону на рівні референсних значень в крові чоловіків з гіпотиреозом спостерігалася і через 9 міс спостереження (після четвертої інекції) ( $16,83 \pm 0,75$  нмоль/л) порівняно з показником до початку лікування.

Середній рівень загального тестостерону в крові обстежених перед початком лікування був вірогідно нижчим від показника контрольної групи. На тлі проведення замісної терапії тестостероном стабілізація рівня загального тестостерону на рівні референсних значень в крові чоловіків з гіпотиреозом спостерігалася через 9 міс спостереження порівняно з показником до початку лікування.

Середній рівень лютеїнізуючого гормону в крові обстежених із гіпотиреозом та андрогеновою недостатністю вірогідно не відрізнявся від показника осіб контрольної групи. Не було встановлено вірогідної різниці змін середніх концентрації ЛГ в динаміці лікування порівняно з показником контрольної групи.

**Висновки.** Використання ін'єкційного тестостерону ундеканоату тривалої дії приводить до нормалізації рівнів загального тестостерону в крові чоловіків із гіпотиреозом та андрогенним дефіцитом, а рівні ЛГ у цих пацієнтів вірогідно не змінюються.

**УДК 618.146-002:616.98]-08**

### **ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**

*ПАЦКАНЬ І.І., КОРСАК В.В.*

*ДВНЗ УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства*

**Вступ.** Актуальність проблеми обумовлена ростом патології шийки матки (ШМ) на тлі інфекцій, що передаються статевим шляхом. Існуючі консервативні методи лікування недостатньо ефективні, а радикальні втручання призводять до порушення структури ШМ, що має негативні наслідки, особливо у жінок репродуктивного віку.

**Мета:** вивчити ефективність лікування патології ШМ при використанні озонотерапії в поєднанні з високоінтенсивним лазерним опромінюванням.

**Методики дослідження.** Під спостереженням знаходилось 80 жінок репродуктивного віку з верифікованими диспластичними процесами ШМ різної ступені важкості. З них у 40 — використана методика послідовного використання озонотерапії та високоінтенсивного CO<sub>2</sub>-лазера — основна група, а у 40 —

традиційна терапія (медикаментозна протизапальна, протівірусна, імуномодуюча терапія в поєднанні з хірургічним компонентом — електроексцизія) — контрольна група. Розподіл жінок по ступеню важкості патологічного процесу ШМ був ідентичним в обох групах.

Озонотерапія проводилась на апараті “Медозонс-БМ” шляхом введення в вагіну концентрованої озонкисневої газової суміші 1500-2500 мкг/л із швидкістю 0,5-1,0 л/хвилину протягом 5-10 хвилин, щоденно, 1 раз на добу, 5-8 днів. Під контролем кольпоскопії в подальшому виконувалась вапоризація патологічної ділянки на ШМ напівпровідниковим високоінтенсивним лазером з потужністю випромінювання 30Вт, довжиною хвилі 1470нм протягом 15-18 хвилин. Ефективність оцінювалась в динаміці на основі клініко-лабораторних даних та кольпоскопії.

**Результати.** Ефективність лікування в основній групі хворих була достовірно вище за контрольну. В порівнянні з контрольною групою, у жінок основної групи значно зменшилась тривалість лікування, відсутні побічні ефекти лікування та ускладнення, маніпуляції не супроводжувались больовими відчуттями, не відмічалось структурних змін шийки матки та рецидивів захворювання.

Саногена, протизапальна, місцева імуномодуюча властивості озону достовірно вища за медикаментозні препарати, які потребують індивідуального підбору, врахування екстрагенітальної патології, більш тривалого використання.

Використання високоінтенсивного лазерного опромінення після санації має переваги у порівнянні з електроексцизією: безкровність; утворення плівки, яка має бар’єрні та захисні властивості, що покращує перебіг післяопераційного періоду; відсутність післяопераційних рубців, що особливо важливо у жінок репродуктивного віку, у тому числі у тих, які не народжували; мінімальне пошкодження тканин; надійний контроль глибини впливу; значно швидшу епітелізацію дефекту. Ефективність медикаментозного лікування з електроексцизією складала 76-94 %, а поєднання озонотерапії з високоінтенсивним лазерним опромінюванням — 83-98 %.

**Висновки.** Саногена, протизапальна дія озону з позитивним впливом на фактори місцевого імунітету та покращення трофіки тканин в поєднанні з лазерною вапоризацією ушкоджених ділянок, дозволяє покращити ефективність лікування патології шийки матки, викликаною вірусною інфекцією у зрівнянні з традиційними методами.

Запропонована методика забезпечує стійкий лікувальний ефект із збереженням функції органа, покращує дітородну функцію, зменшує тривалість та вартість лікування і може бути рекомендована для впровадження в лікувальний процес за наявності апаратури.

УДК 618.177+618.3+612.62

**ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ,  
ПОВ'ЯЗАНИМ З ВІДСУТНІСТЮ ОВУЛЯЦІЇ**

*ПЕРХУЛИН О.М.*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Вступ.** На сьогодні проблема безпліддя широко постає не тільки з медичній практиці, вона, має, безперечно, важливий соціальний аспект. Вагітність, яка настала після лікування безпліддя, часто перебігає на фоні різних акушерських ускладнень.

**Мета дослідження:** вивчити гормональні особливості перебігу I триместру вагітності у жінок з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції.

**Матеріали та методи.** Проведено визначення рівнів естрадіолу, прогестерону та кортизолу в сироватці крові у вагітних жінок з одноплідною вагітністю в терміні I триместрі. I групу становили 30 жінок з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції, у яких вагітність настала після застосування допоміжних репродуктивних технологій. В II групу увійшли 30 жінок з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції, у яких вагітність настала після гормональної терапії. Контрольну групу становили 30 вагітних жінок з спонтанною вагітністю.

**Результати.** Нами встановлено, що рівень естрадіолу в I та II групах був достовірно вищим, ніж в контрольній ( $134,42 \pm 17,34$ ,  $119,87 \pm 18,11$  та  $72,11 \pm 7,12$  пг/мл відповідно). Аналогічна тенденція відмічена щодо вмісту кортизолу ( $22,75 \pm 4,41$ ,  $18,46 \pm 3,21$  та  $10,41 \pm 1,072$  мкг/дл відповідно). А концентрація прогестерону була дещо нижчою в I та II групах відносно контролю ( $21,73 \pm 5,81$ ,  $24,72 \pm 4,02$  та  $28,78 \pm 4,41$  нг/мл відповідно). Вказані особливості гормонального фону у обстежених жінок ми пов'язуємо з видом лікування безпліддя, а саме, застосуванням контрольованої стимуляції овуляції за допомогою гонадотропінів або кломіфен цитрату, що може привести до гіперестрогенії, а підвищений рівень кортизолу — з наявністю осіб з гіперандрогенією до вагітності серед пацієнтів I та II груп. Вміст прогестерону у жінок з безпліддям в анамнезі незначно відрізнявся від контрольної групи за рахунок, скоріше всього, призначення препаратів прогестерону у даної категорії жінок в I триместрі вагітності.

**Висновки.** Вагітність у жінок з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції, перебігає на фоні значних гормональних відхилень. Перспективи подальших досліджень. Вивчення особливостей гормонального фону у вагітних жінок з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції, в II триместрі вагітності.

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У СТУДЕНТІВ  
В УМОВАХ ЗМІНИ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ**

*ПЕТРЕНКО Н.В., ГЕРЯК С.М.*

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського*

**Вступ.** Професійний розвиток особистості майбутнього фахівця починається під час навчального процесу у вищому навчальному закладі, де

формується і професійно зростає його загальний рівень культури. Тому одним із важливих факторів, які забезпечують успішне здобуття освіти, є процес адаптації до нових умов, в які потрапляє підліток, вступивши в заклади вищої освіти. Здобуття освіти та початок навчання в іншому навчальному закладі, початок самостійного життя поза батьківським домом є неабияким «викликом долі» та вимагає усвідомленого та відповідального ставлення до нових обставин життя. Поведінка молодих людей в таких умовах залежить від типу особистості, характеру, вміння планувати свій час, організованості тощо.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено опитування студентів для визначення характеру особистості, соціально-психологічної адаптованості за методикою «Діагностика соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонда, та тип характеру за опитувальником Карла Юнга та самооцінки психічних станів — опитувальник відомого Айзенка за якими визначали тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Характер менструальної функції визначали за регулярністю менструального циклу, тривалістю циклу та кровотечі, інтенсивністю кровянистих виділень та наявністю больових відчуттів

**Результати та їх обговорення.** Проведене дослідження показало, що 84% студентів були амбівертами, і можуть змінювати лінію поведінки на інтуїтивному рівні та легко пристосовуватися до змін у навколишньому світі, причому 60% із них мають схильність до екстраверсії.

72% опитаних важко адаптуються до змінних умов навколишнього середовища. У зв'язку з чим 70% опитаних мають високий та середній рівень тривожності

Крім того 68% студентів мають середній та високий рівень агресивності.

Розглядаючи поведінкові реакції як цілісну психологічну систему нами встановлено, що 72% дівчат важко адаптуються до соціальних змін, а у 4% є психологічна нестабільність.

Серед опитаних, які добре адаптувалися до зміни нової соціальної ролі більшість є екстравертами.

Аналіз характеру менструальної функції показав, що у 20% дівчат має місце нерегулярні менструальні цикли, у 4% — аменорея, у 89% — альгодисменорея різної інтенсивності та болі в молочних залозах.

За результатами опитування щодо сексуальної активності встановлено, що 13% дівчат живуть статевим життям причому 5 з них вже мали статевий контакт з 2 і більше партнерами.

**Висновки.** У молодих людей при зміні соціальної ролі має місце порушення функціонування репродуктивної системи у не регулярного менструального циклу (20%), альгодисменореї (38,4%). Незначна частина опитаних (13,2%) вже має досвід статевих стосунків, при чому майже половина з них (40,0%) вже мали контакти з 2 статевими партнерами. Більшість (83,7%) дівчат-підлітків є амбівертами, тобто легко змінюють модель поведінки, проте мають підвищений рівень тривожності (70,0%), фрустрацію середнього рівня (66,0%), схильні до агресивності, та ригідність поведінки (80,0%), дівчата-підлітки тяжко адаптуються до соціальних змін (72,0%).

## **ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ — ЗАПОРУКА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ**

*ПЕТРЕНКО Н.В.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Стан здоров'я дітей та підлітків є важливою медико-соціальною проблемою, оскільки від нього залежить майбутнє держави, її трудовий та інтелектуальний потенціал. Спосіб життя є одним із 4 важливих чинників, які визначають рівень здоров'я. Саме тому формування і закріплення звичок здорового способу життя повинно закладатися з дитячих років та підлітковому періоді коли відбувається формування особистості та змінюється соціальна роль

**Метою** нашої роботи було покращення стану здоров'я населення шляхом формування та закріплення звичок здорового способу життя починаючи зі студентських років.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено оцінку соціально-побутових факторів життя студентів, антропометричних показників, менструальної і статевої функції у студентів.

**Результати та їх обговорення.** Нами встановлено, що 72,0% студентів училища є приїжджими тому змушені жити окремо від батьків і самостійно піклуватись про себе. Результати анкетування засвідчили, що студенти сплять в середньому 7-8 год на добу, проте тільки 13,0% із них проводять нічний відпочинок у повній темряві та не дбають про с-г стан кімнати, оскільки вологе прибирання здійснюють 1р/тиждень і рідше.

Аналіз рухової активності показав, що студенти мало уваги приділяють фізичним вправам оскільки регулярно займаються спортом тільки 39,0% опитаних.

Як показали наші дослідження хоча більшість студентів харчуються 3 рази на день у половини з них основний прийом їжі припадає на вечерю.

Незадовільним є питтєвий режим студентів оскільки тільки 48% вживають достатній об'єм рідини на добу, при чому 35% з них тамують спрагу водою тоді, як 28% зловживають кавою, а 22% солодкою водою.

Середній зріст обстежених становив 163,5см. Середня вага 60,5кг. Як показали наші дослідження 24% обстежених мають надлишкову вагу, причому жирова тканина розподіляється за абдомінальним типом.

Нами встановлено, що студенти є добре тренованими оскільки майже 85% мають достатню к-сть м'язової тканини, мають достатній вміст рідини. Проте 38% мають потенційний ризик розвитку ожиріння, а 45% значний надлишок жирової клітковини.

Незважаючи на наявність надлишкового вмісту жирової тканини більше ніж у 90% студентів абсолютні показники пульсу, артеріального та пульсового тиску були в межах норми. Під час проведення ортостатичної проби у 60% обстежених ЧСС збільшилася менше ніж 10уд/хв., що свідчить про достатню тренованість організму

Значний надлишок жирової тканини, не виключено, став причиною порушень менструальної функції, що у 20% дівчат проявилось нерегулярністю циклу, у 4% — аменореєю, у 89% — альгодисменореєю різної інтенсивності та

болями в молочних залозах.

Аналіз сексуальної активності показав, що 13% дівчат живуть статевим життям причому 5 з них вже мали статевий контакт з 2 і більше партнерами.

Нами розроблено «Програму формування особистості», яка включала комплекс інформаційно-освітніх заходів щодо формування звичок здорового способу життя у підлітків в умовах здобуття ними освіти.

Запропоновані заходи дали свій ефект оскільки студенти почали дотримуватися Зразового харчування, снідати і таким чином основний прийом їжі перемістився з другої частини дня на першу, вживати достатню к-сть звичайної питної води. Крім того студенти почали уникати світлового забруднення вночі та відпочивати в темряві, регулярно прибирати та провітрювати кімнати, приділяти увагу фізичним вправам.

**Висновки.** Студенти мають ряд неправильних навиків, які стосуються їх повсякденного життя. В більшості випадків вони не дотримуються режиму харчування та пиття, мають низьку рухову активність та незадовільні умови відпочинку вночі. Майже половина з них (45%) накопичили приховану жирову масу, яка розподіляється за абдомінальним типом (40,0%). На цьому фоні параметри функціонування серцево-судинної системи не страждають, проте має місце переважання тонуусу парасимпатичної нервової системи, та починає страждати функціонування репродуктивної системи у не регулярного менструального циклу (20%), альгодисменореї (38,4%).

## **СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВ. ХТО? ЧОМУ? НАВЩО?**

*ПЕТРЕНКО Н.В., ГЕРЯК С.М., БАГНІЙ Н.І.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Причин підліткової вагітності існує цілий ряд. І далеко не завжди причиною ранньої вагітності є невігластво чи розбещеність. Трапляється, що вагітність може наступити в цьому віці внаслідок насильницьких дій партнера, примшуючих факторів, тощо.

Численні дослідження, проведені в різних країнах світу свідчать, що однією з основних причин ранньої вагітності є низький рівень статевої освіти. Уся відповідальність за статеве виховання лежить на плечах батьків, але далеко не всі батьки приділяють цьому достатньо уваги. У навчальних закладах робота щодо сексуального виховання практично не проводиться, а соціальні служби та центри планування сім'ї, як правило, надають допомогу вже після того як ця проблема виникла.

**Матеріали і методи дослідження.** Для оцінки якості статевого виховання нами проведено анкетування 23 школярів віком 10-16 років, які навчаються в 5-11 класах, їх 13 батьків та 10 медичних працівників, які працюють в закладах освіти.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що більше половини підлітків (60%) до 18 років мають регулярне статеве життя, проте майже третина з них (28%) мала 2 і більше статевих партнерів, і третина (28%) не використовувала методів контрацепції.



Проведене опитування показало, що хоча більшість батьків (70%) проводять бесіди з дітьми на «дорослі» теми проте у великої кількості підлітків (74%) залишається багато нез'ясованих запитань, на які вони б хотіли отримати відповідь у батьків, проте знайшли в інтернеті (57%).

Більшість батьків (77%) все таки вважають за необхідне розмовляти зі своїми дітьми на «дорослі» теми та роблять це у віці 14-16 років.

Дослідження показало, що питанню статевого виховання приділяється недостатньо уваги у навчальних закладах, а якщо це робиться то тільки у вигляді демонстрації науково-популярних відео-фільмів.

**Висновки.** Найчастішими причинами виникнення підліткової вагітності є ранній початок статевого життя, дефіцит знань щодо методів контрацепції та насильство, що зумовлює потребу розробки заходів, щодо підвищення статевої культури молоді.

## **ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПО ДАНИХ SF-36 У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ГЕМОДІАЛІЗІ**

*РУЖИЦЬКА О.О., ВОНС Л.З., ШЕРШУН О.І., БАНДРІВСЬКА Ю.Б.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ:** Згідно з даними “Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок” станом на 2018 рік кількість хворих з ХХН V стадії на гемодіалізі становила 6765 осіб, що, практично, у 3,5 рази більше, порівнюючи з аналогічним показником у 2013 році. У зв'язку зі збільшенням кількості гемодіалітичних пацієнтів, актуальною проблемою є вивчення якості їхнього життя та пошук шляхів для її підвищення.

**Метою дослідження** було вивчити якість життя (ЯЖ) гемодіалітичних пацієнтів.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 44 пацієнти віком 27-75 років, які отримували гемодіалітичне лікування в режимі тричі на тиждень на базі Тернопільської університетської лікарні. ЯЖ вивчалася опитуванням хворих за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 за 8 основними показниками. Отримані результати порівняно з контрольною групою практично здорових осіб (n=20).

**Результати дослідження.** При аналізі анкетування у гемодіалітичних пацієнтів виявлено зниження усіх компонентів життєдіяльності людини — фізичного, психологічного, соціального (p<0.01), що свідчить про низький рівень ЯЖ. Особливо зниженими, порівняно з контрольною групою, були “Вплив фізичного стану на буденну діяльність” та “Емоційне функціонування”, що вказує на те, що фізична активність та повсякденна діяльність значно обмежені внаслідок фізичного стану та супроводжуються емоційною вразливістю хворих. Проблеми в емоційній сфері та неприйняття свого захворювання спричиняють низьку прихильність до лікування, ігнорування дієтичних рекомендацій, втрату контролю над «сухою» масою тіла, що, у свою чергу, призводить до прогресування ускладнень, а в деяких хворих супроводжується агресивною поведінкою по

відношенню до медичного персоналу.

**Висновок.** Для хворих, які знаходяться на програмному гемодіалізі, характерним є значне зниження ЯЖ, що вимагає додаткових заходів, скерованих на покращення всіх складових показників якості життя з урахуванням індивідуальних особливостей, а також соціалізація пацієнтів та професійна психокорекція.

#### **УДК 618.2-073.4**

### **ЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ БІОЕХОМЕТРІЇ ЖОВТОГО ТІЛА ЗА ДОПОМОГОЮ ТРАНСВАГІНАЛЬНОГО ТРИВИМІРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ЕНЕРГЕТИЧНИМ ДОПЛЕРОМ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ РАННЬОЇ МАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ**

*РУТИНСЬКА Г.В.*

*ТОВ «Медичний Центр Репродуктивного Здоров'я «Гамета»», м. Одеса*

Ранній спонтанний викидень — одне із поширених ускладнень під час вагітності, яке може бути пов'язане з ембріональними, материнськими факторами, імунною дисфункцією та чинниками навколишнього середовища. Жовте тіло (ЖТ) є первинним органом, який продукує прогестерон на початку першого триместру, після чого виробку достатньої кількості прогестерону для підтримки вагітності бере на себе плацента [1]. Тому нормальна функція ЖТ життєво важлива для вагітності. Здатність ЖТ виробляти прогестерон тісно пов'язана зі ступенем розвитку його судинної мережі. Метою проведеного дослідження стала оцінка значення трансвагінального тривимірного УЗД з енергетичним доплером для прогнозування розвитку ранньої маткової вагітності шляхом функціональної біоехометрії ЖТ. Проведено проспективне когортне обсерваційне дослідження 200 вагітних. За даними 3 D УЗД в 11-12 тижнів, ці вагітні жінки були поділені на групу нормальної вагітності (група I, n=112) та групу вагітності з загрозою викидня (група II, n=88). Усі жінки пройшли трансвагінальне 3D УЗД з енергетичним доплером для отримання відповідних параметрів ЖТ, а саме його середнього діаметру (D), індексу опору (RI), індексу пульсації (PI), об'єму (V), індексу васкуляризації (VI — відношення числа кольорових вокселів до загальної кількості вокселів, з яких складається тривимірна ехограма, тобто VI відображає "насиченість" об'єкта судинами), індексу потоку (FI — медіана яскравості кольорових вокселів: чим вище швидкість кровоплину, тим яскравіше енергетичні доплерівські сигнали і тим відповідно більше значення індексу потоку) та індексу перфузії (VFI — співвідношення середньозваженого числа кольорових вокселів до загальної кількості вокселів у тривимірній ехограмі). Серед них V, VI, FI та VFI розраховувались методом автоматизованого аналізу віртуальних органів. Було побудовано криві характеристик оператора приймача (ROC), обчислено та порівняно відповідне діагностичне відсічення, чутливість та специфічність. Встановлено, що у порівнянні з групою I середній діаметр ЖТ, його об'єм, індекс васкуляризації, індекс потоку та перфузії у групі II були статистично значимо нижчими, тоді як індекс опору та індекс пульсації були статистично значимо більшими ( $p < 0,05$ ). Значення діагностичних відсічень при прогнозуванні ранніх

результатів внутрішньоутробної вагітності склали: для діаметра ЖТ — 14,48 мм, індексу опору — 0,56, індексу пульсації — 0,81, об'єму ЖТ — 3,89 см<sup>3</sup>, індексу васкуляризації — 21,48, індекс потоку — 38,99 та індексу перфузії — 10,21 відповідно. Чутливість та специфічність для середнього діаметру ЖТ дорівнювали 99,2 і 67,0 %, індексу опору — 98,9 і 65,0 %, індексу пульсації — 78,4 і 89,1 %, об'єму ЖТ — 95,1 і 78,4 %, індексу васкуляризації — 74,0 і 90,9 %, індексу потоку — 91,8 і 90,9 % та індексу перфузії — 93,9 і 87,5 % відповідно. Площа під кривою ROC комбінованого індексу (RI + FI) становила 0,963, що не було значно вище порівняно з будь-яким окремим індексом, його чутливість та специфічність становили 94,3%.

**Висновок:** трансвагінальне 3D УЗД з енергетичним доплером ЖТ під час вагітності має високе діагностичне значення при прогнозуванні ранніх результатів внутрішньоутробного розвитку плода. Подальші дослідження потрібні для з'ясування зв'язку параметрів морфофункціональної біохометрії ЖТ з наступними аналогічними параметрами плаценти у пацієток високого ризику втрат вагітності.

## АНАЛІЗ РІВНЯ КОЛАГЕНУ IV У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

САМОГАЛЬСЬКА О.Є., БАБ'ЯК О.В.

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

**Вступ.** Враховуючи, що результати міжнародних мультицентрових досліджень виявили високу достовірність кореляції між активністю процесів фіброгенезу та рівнем у сироватці крові колагену IV, дослідження і аналіз даного показника є важливим для оцінки стану хворих на алкогольну хворобу печінки (АХП). Одним з основних факторів ризику розвитку АХП визнана жіноча стать, тому **метою** нашого дослідження було проаналізувати рівень колагену IV у жінок з алкогольним цирозом печінки (АЦП).

**Обстежено** 86 з АЦП, з них 28 жінок і 58 чоловіків. Середній вік обстежених хворих становив (48,2±7,33) років, тобто превалювали пацієнти працездатного віку, що підкреслює не тільки медичне, а і соціальне значення проблеми. Для встановлення діагнозу проводили комплексне детальне вивчення анамнестичних даних: з'ясування епідеміологічного анамнезу, вживання алкоголю (опитувальник CAGE), тривалість захворювання, тощо. У всіх хворих визначали індекс маси тіла (ІМТ). Проводився обов'язковий комплекс діагностичних обстежень, рівень колагену IV в сироватці крові вивчали за допомогою набору для імуноферментного аналізу фірми BSM Diagnostics.

**Результати дослідження.** У обстежених хворих зареєстровано вірогідне підвищення рівня колагену IV в 7,5 рази порівняно з ПЗО ( $p < 0,05$ ). Порівняння показників залежно від статі виявило вірогідно вище значення показника у жінок, а саме, (661,00±9,25) нг/мл проти (631,00±6,90) нг/мл ( $p < 0,05$ ).

При АЦП у хворих з надмірною вагою зафіксовано вірогідно вище значення показника ( $p < 0,05$ ), що може свідчити про відповідні більш глибокі фібротичні процеси в печінковій тканині. Кореляційний аналіз виявив наявність

прямого зв'язку рівня ІМТ і колагену ІV тільки у жінок з АЦП. Таким чином, за рівнем профіброгенного маркера колагену ІV можна допустити більш несприятливий перебіг АЦП у жінок з надмірною вагою. Тому повинен бути диференційований підхід до призначення комплексної терапії хворих на АЦП з врахуванням статі і ІМТ.

## **ПРИНЦИПИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ — ВИБІР ТАКТИКИ**

*СИДОРЕНКО О.Л., РОМАНІВ М.Є., ВІВЧАР Н.М.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** Поширеність фібриляції передсердь (ФП) складає 1-2 % у загальній популяції та суттєво зростає з віком (до 10-12 %). Одним із найчастіших ускладнень даної аритмії є тромбоемболії, які є причиною розвитку ішемічного інсульту у понад 40 % випадків. Наведені дані стали обґрунтуванням антикоагулянтної профілактики інсультів у пацієнтів з ФП (ESC, 2018). Дане лікування проводиться під суворим контролем коагулограми для попередження можливих геморагічних ускладнень (2,4 % на рік).

Тому **метою дослідження** було оцінити адекватність призначеної антикоагулянтної терапії та її тромбоемболічний та геморагічний ризики у пацієнтів із неклапанною формою ФП.

**Результати досліджень.** Обстежено 116 пацієнтів з неклапанною постійною формою фібриляції передсердь віком від 38 до 89 років — в середньому становив  $(64,94 \pm 10,69)$  роки, переважали чоловіки (74,13 %). Найбільш частими фоновими серцево-судинними захворюваннями в обстежених були: АГ (61,2 % пацієнтів), ІХС (94,0 %), перенесений міокардит (2,6 %), кардіоміопатія (16,4 %) та легенева гіпертензія (60,3 %).

Згідно міжнародних рекомендацій призначення антикоагулянтів пацієнтам з ФП є обов'язковим за наявності  $\geq 2$  бала за шкалою ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. За результатами нашого дослідження, частка пацієнтів із групи високого ризику розвитку ТЕУ становила 75,86 %, помірного ризику — 15,52 %, низького ризику — 8,62 % від загальної кількості, причому встановлено, що в групі з високим ризиком ТЕУ лише 15 пацієнтів (17,05 %) з 88 приймали оральні антикоагулянти (ОАК), а у групі помірного ризику тільки 5 хворих (27,78 %) з 18 і в групі низького ризику — 3 (30 %) з 10 пацієнтів. Отже, адекватне лікування отримували лише третина хворих (31 %), що є недостатнім. Однією з головних причин таких результатів є необхідність частішої корекції дози варфарину та постійний щотижневий контроль за показниками коагулограми.

Підходи до антикоагулянтної терапії у хворих із ФП значною мірою залежать також від ступеня ризику кровотеч, який оцінюють за спеціальною шкалою HAS-BLED. При цьому виявлено, що більшість обстежених пацієнтів (81,03 %) мали низький і лише 18,97 % високий ризик розвитку кровотеч.

**Висновки.** 1. Призначення антикоагулянтної терапії у кожній конкретній

клінічній ситуації повинне визначатися за вираженням ступеня тромбоемболічного ризику з урахуванням наявності коморбідних станів та параметрів коагулограми.

2. У хворих з обмеженими можливостями гемокоагуляційного контролю доцільно вткористовувати нові оральні антикоагулянти, які не потребують постійного моніторингу.

## **КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З BORRELIA BURGDORFERI У ЖІНОК ТА ЧОЛОВІКІВ**

*СМІЯН С.І., ЮСЬКЕВИЧ В.В., КІЦАК Я.М.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Актуальність.** Артрит — захворювання займають одне з перших місць серед причин інвалідності. Препарати і методи лікування, які з'явилися в останні роки, здатні покращити цю ситуацію, але за умови своєчасної діагностики. Рання діагностика і правильне лікування зменшують руйнування суглобів та дозволяють зберегти його функцію. Із кожним роком усе більш актуальним стає вивчення інфекційних артритів в ревматологічній практиці, оскільки наявність у пацієнтів з РА борелії має несприятливе прогностичне значення для якості життя пацієнтів та перебігу основного захворювання.

**Мета.** Вивчення особливостей клінічного перебігу ревматоїдного артриту, асоційованого з *B. burgdorferi* у жінок та чоловіків.

**Матеріали і методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 74 пацієнти, що зверталися в ревматологічне відділення Тернопільської університетської лікарні, у яких діагностовано: ревматоїдний артрит, асоційований з *B. burgdorferi* та ізольований ревматоїдний артрит. Серед яких було 19 чоловіків та 55 жінок віком від 23 до 67 років.

**Результати дослідження.** Результати досліджень свідчать, що з 74 хворих у 41 було діагностовано артрит, асоційований з *B. burgdorferi*, за допомогою вестерн імуоблоту, з яких 34 (82,9%)-жінки. При аналізі індексу активності захворювання (DAS 28), впливає, що в стадії середньої активності (3,2-5,1) знаходилися пацієнти обох статей з ізольованим РА та 57,1% чоловіків з наявною спірохетою, а в усіх хворих жінок, яких виявлено *B. burgdorferi*, активність захворювання була високою (>5,1). Щодо артралгічного статусу за ВАШ, мм констатовано достовірне збільшення больових відчуттів у пацієнтів з РА в асоціації з *B. burgdorferi* порівняно з хворими у яких ізольований РА. Структурні зміни на Ro-грамі та наявність кіст Бейкера на УЗД простежувалось у 82,3% жінок та 71,4% чоловіків, інфікованих *B. burgdorferi*.

**Висновки:** Наявність *B. burgdorferi* негативно впливає на клінічний перебіг ревматоїдний артрит, як у чоловіків, так і жінок. Жінки хворіють на ревматоїдний артрит втричі частіше, а в асоціації з *B. burgdorferi* активність захворювання у них вища.

УДК: 616.379-008.64-06:616.61-78-055

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ХРОНІЧНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ**

*СУСЛА О. Б., ЛИТОВКІНА З. І., ЯКУБИШИНА І. Г., ЦИБУЛЬСЬКА Л. С., МАРКІВ Н. Б.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ.** На сучасному етапі важливим є пошук предикторів дуже високого серцево-судинного ризику у хворих на діабетичну нефропатію (ДН), які лікуються гемодіалізом (ГД). У цьому зв'язку залишаються недостатньо визначеними гендерні особливості пошкодження та кальцифікації мітрального (КМК) та аортального (КАК) клапанів.

**Мета дослідження** — оцінити характер кальцифікації клапанів серця (ККС) у ГД-пацієнтів із ДН різної статті.

**Методи.** До обсерваційного поперечного дослідження було включено 48 хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2) з ураженням нирок, які перебували на хронічному ГД (вік,  $59,9 \pm 0,6$ ) року, тривалість ГД,  $(34,8 \pm 4,8)$  місяця). Дослідження виконано з дотриманням положень Гельсінської декларації останнього перегляду. За гендерною ознакою хворих поділили на дві групи: перша – жінки ( $n=19$ ); друга – чоловіки ( $n=29$ ). Стан МК та АК (норма, ущільнення, кальцифікація) визначали за допомогою ультразвуку. Кількісні дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ( $M \pm m$ ), якісні бінарні — як відсотки (%). Застосовували  $\chi^2$ -критерій Пірсона для порівняння частотних величин. Статистично значущими вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

**Результати.** ККС виявлено у 66,6 % ГД-хворих на ДН із переважанням поєднаної клапанної кальцифікації над ізольованою КМК (35,4 vs. 20,8 %;  $\chi^2=2,52$ ,  $p=0,112$ ) та, особливо, КАК (35,4 vs. 10,4 %;  $\chi^2=8,49$ ,  $p=0,004$ ). Вперше встановлено, що поширеність КМК+КАК у чоловіків і жінок була подібною, проте ізольована КАК у ГД-пацієнтів першої групи – дещо більшою.

Структурні зміни МК та АК у хворих на ЦД2 з ураженням нирок, які перебували на ГД, залежно від статті представлено в таблиці 1. Частота як КМК, так і КАК в обох досліджуваних групах не відрізнялась, водночас ущільнення АК у чоловіків зустрічалось дещо частіше, ніж у жінок.

Таблиця 1

Стан МК і АК у ГД-хворих на ДН залежно від статті

Показник	Стать		$\chi^2$	p
	жінки (n=19)	чоловіки (n=29)		
МК				
Норма, n/%	6/31,6	5/17,2	1,34	0,248
Ущільнення, n/%	3/15,8	7/24,1	0,49	0,486
Кальцифікація, n/%	10/52,6	17/58,6	0,17	0,683

АК				
Норма, п/%	3/15,8	3/10,3	0,31	0,577
Ущільнення, п/%	5/26,3	15/51,7	3,05	0,081
Кальцифікація, п/%	11/57,9	11/37,9	1,84	0,175

Висновки. 1. ККС реєструється у близько двох третин хворих на ЦД2 з ураженням нирок, які лікуються хронічним ГД, причому поширеність КМК+КАК є вагомою. 2. Стать не є значущим фактором формування клапанної кальцифікації у ГД-пацієнтів із ДН.

**УДК 616-007.61:618.14:615.357:577.171.6:612.63.03**

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

*ХАСХАЧИХ Д.А., КУКІНА Г.О.*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра акушерства та гінекології, м. Дніпро*

**Вступ.** Гіперплазія ендометрія (ГЕ) без атипії являє собою достатньо поширену патологію і спостерігається у 15% жінок репродуктивного віку з аномальними матковими кровотечами, а її питома вага при рецидивуючих маткових кровотечах може доходити до 65%. В даний час відзначається неухильний зріст захворюваності, великий відсоток рецидивів 25-64,7%, навіть на фоні проведення патогенетично обумовленої гормональної терапії.

Використання прогестинів є перевіреним та патогенетично обумовленим і достатньо ефективним методом лікування ГЕ без атипії. Проте, існує п від 8 до 30% пацієнтів з резистентністю до такої терапії з не визначеним механізмом її реалізації. Така резистентність до прогестерону є головною перешкодою для успішного консервативного лікування у жінок і є клінічною проблемою.

**Мета дослідження.** Розробити диференціально-діагностичні критерії застосування гормональної терапії з застосуванням прогестинів для лікування ГЕ без атипії у жінок репродуктивного віку з урахуванням клініко-морфологічних та імуногістохімічних даних. Дослідити вплив експресії рецепторів естрогенів, прогестерону та маркера проліферації Ki-67 в гіперплазованому ендометрії без атипії у жінок репродуктивного віку з ГЕ без атипії на ефективність проведеної терапії.

**Матеріали та методи.** Було проведено проспективне когортне дослідження у 85 пацієток репродуктивного віку (25-46 років) з аномальними матковими кровотечами. Матеріал для морфологічного та імуногістохімічного дослідження отримували шляхом вишкрібання порожнини матки. Дослідження рецепторів прогестерону проводилось імуногістохімічним методом в лабораторії імуногістохімії ДДМА. Всі пацієнтки отримували лікування мікронізованим прогестероном в дозі 200 мг на добу в безперервному режимі на протязі 6 міс.

Для визначення ефекту від використання прогестерону проводилося дослідженням експресії рецепторів до естрогенів, прогестерону та маркера проліферації Ki-67 в гістологічних зразках ендометрія імуногістохімічним методом. Критерієм вилікованості вважали: відсутність скарг у пацієток та трансформація в секреторний ендометрій в другу фазу менструального циклу за результатами пайпель-біопсії ендометрія через 6 міс. лікування.

**Результати досліджень.** Загальна ефективність застосованої терапії склала 87%. У 13% жінок спостерігалася відсутність ефекту від лікування прогестинами та через 6 місяців була повторно діагностована ГЕ без атипії. Терапія ГЕ з застосуванням гестагенів значно знизила експресію рецепторів до естрогенів від 2,08 до 0,46 ( $p = 0,0005$ ), в групі що була з позитивним ефектом лікування та, 2,00 до 0,43 ( $p = 0,0025$ ) при персистуванні гіперплазії. Проведене лікування також значно знизило кількість рецепторів до прогестерону від середнього показника реактивності з 1,92 до 0,31 ( $p = 0,0005$ ) у випадках з регресом гіперплазії, та від 1,86 до 0,29 ( $p = 0,005$ ) в стійких випадках гіперплазії. Рівень Ki-67, при ГЕ у жінок з відсутністю ефекту від лікування був в 3,2 рази вище норми по зрівнянню з групою з позитивним ефектом від лікування.

**Висновки.** Проведені дослідження показали, що при призначенні терапії прогестинами ГЕ без атипії потрібно застосовувати диференційований підхід, при якому треба враховувати рівень експресії рецепторів естрогенів, прогестерону, та Ki-67, як маркерів ефективності їх застосування. Проведені дослідження показали, що високий рівень експресії прогестеронових рецепторів та нормальний рівень Ki-67 буде визначати задовільний ефект від застосування терапії прогестинами.

**Перспективи подальших досліджень.** Потрібно проводити подальші дослідження молекулярно-генетичних маркерів альтернативних шляхів проліферації у випадках гормонально резистентних форм ГЕ для визначення стратегії їх лікування.

**УДК 618.11-008.6-008.9:612.018**

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ГРЕЛІНУ ТА ЛЕПТИНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ**

*ЧАЙКА В.В.*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ*

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) вважається однією з найбільш частих ендокринних патологій у жінок репродуктивного віку [1]. Ожиріння є одним з головних факторів, що сприяють розвитку СПКЯ, оскільки 35-80 % жінок з цим захворюванням мають надмірну вагу або ожиріння [2-4]. Лептин та грелін, пептидні гормони з адипостатичним та орексигенним ефектом, відповідно беруть участь у метаболічних змінах, що відбуваються при СПКЯ [3].

**Метою** цього дослідження було визначити рівень греліну та лептину в сироватці крові у жінок із ожирінням та худих осіб з СПКЯ, дослідити зв'язок цих



пептидних гормонів із метаболічними профілями хворих на СПКЯ.

**Матеріал та методи.** Під спостереженням знаходилося 130 пацієток з СПКЯ, з яких 67 жінок групи 1 з ожирінням і 63 худих особи групи 2, 46 умовно здорових нормоовуляторних жінок, без СПКЯ і без раніше відомого іншого ендокринного захворювання групи К. Досліджені антропометричні дані, показники вуглеводного та ліпідного обміну, рівні сироваткового лептину та греліну.

**Результати.** Вік жінок у групі з СПКЯ склав  $25,84 \pm 0,58$  років, у групі 1 —  $25,54 \pm 0,50$ , у групі 2 —  $26,03 \pm 0,63$ , у групі К —  $26,23 \pm 0,57$  ( $p > 0,05$ ); індекс маси тіла (ІМТ) — відповідно  $28,69 \pm 0,41$  кг/м<sup>2</sup>,  $36,10 \pm 0,56$  кг/м<sup>2</sup>,  $22,54 \pm 0,60$  кг/м<sup>2</sup> і  $28,11 \pm 0,63$  кг/м<sup>2</sup>. Не було виявлено істотних відмінностей у рівнях греліну натщесерце ( $0,431 \pm 0,012$  проти  $0,448 \pm 0,016$  нг/мл,  $p > 0,05$ ) та лептину ( $25,61 \pm 1,11$  проти  $26,11 \pm 1,67$  нг/мл,  $p > 0,05$ ) між СПКЯ та контролем. Однак рівень греліну натщесерце був значимо нижчим ( $0,32 \pm 0,01$  проти  $0,54 \pm 0,02$  нг/мл,  $p < 0,01$ ) та лептину ( $38,14 \pm 2,51$  проти  $13,82 \pm 1,12$  нг/мл,  $p < 0,01$ ) значимо вищим у пацієток хворих на СПКЯ та ожирінням (група 1) порівняно з худими особами (група 2). У групі з СПКЯ були виявлені статистично значимі кореляції між рівнями греліну та лептину та: з ІМТ, співвідношенням талії та стегон, загальним холестеринем, тригліцеридами, ліпопротеїнами низької та високої щільності та рівнем інсуліну. Множинний регресійний аналіз показав, що інсулін був головною детермінантою рівнів греліну ( $R^2 = 0,33$ ,  $p < 0,01$ ) та лептину ( $R^2 = 0,36$ ,  $p < 0,01$ ).

**Висновки.** При СПКЯ існує взаємозв'язок, можливо пов'язаний із ожирінням, гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю, між рівнями греліну та лептину та метаболічним профілем. Подальших розробок потребують питання більш глибоких досліджень щодо вивчення ролі жирової тканини при СПКЯ та корекції метаболічних порушень у хворих на СПКЯ.

УДК: 612.392.64:618.17:616-053.2(477.8)

## СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ЧУКУР О.О., ПАСЄЧКО Н.В.

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Підвищення інтересу до проблеми йодного дефіциту (ЙД) в Україні за останні роки спричинене зростаючою поширеністю тиреоїдної патології серед дорослого населення.

**Мета роботи.** Оцінити ступінь ЙД у вагітних жінок та надати теоретичне обґрунтування для розробки шляхів подальшого подолання ЙДЗ.

**Матеріал та методи.** Визначали концентрацію йоду у разових порціях сечі за допомогою церій-арсенітного методу у 30 вагітних жінок (19-44 роки) у першому триместрі в "Жіночій консультації міського пологового будинку" міста Тернополя.

**Результати та обговорення.** Недостатнє йодне забезпечення спостерігалось у 43,3% обстежених вагітних, медіана йодурії становила в

середньому склала 81,96 мкг/л. Така ситуація призводить до надмірної хронічної тиреоїдної стимуляції, гіперплазії ЩЗ з подальшим негативним впливом на фізичний розвиток плода. У 26,7% вагітних концентрація йоду в сечі відповідала нормальному інтервалу (150-230 мкг/л) і становила в середньому 175,29 мкг/л. Надлишкове надходження йоду в організм, при медіані вище 230 мкг/л, було виявлене у 30% вагітних. Із них у 10% жінок медіана йодурії була вищою 500 мкг/л, що свідчить про надмірне споживання йоду.

**Висновки.** Оцінка йодного забезпечення жінок свідчить, про важкий ступінь ЙД, що вимагає термінових профілактичних заходів, спрямованих на подолання ЙД у групах підвищеного ризику, до яких належать жінки репродуктивного віку.

**УДК: 618.1/.3-06:616.1-007-053.1]:575.1**

### **МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ У ПЛОДА**

*ШАРГОРОДСЬКА Є.Б., ШКОЛЬНИК О.С., КОРІНЕЦЬ Я.М., МАКУХ Г.В.*

*ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України»*

**Вступ:** Частота вроджених вад серця (ВВС) в світі коливається від 10 до 13 випадків на 1000 дітей, що народились живими (Reich J.D., 2017). В Україні середня частота ВВС — від 8-9 до 11-13 випадків на 1000 живих народжених дітей (Клименко Т.М., 2014). Оскільки на прогноз перебігу, підходи до лікування, а основне подальшу профілактику та прогнозування ВВС у плода впливає етіологія вади, важливим є кваліфіковано проведене медико-генетичне консультування з рекомендаціями виконання усіх сучасних методів діагностики для встановлення можливої причини ВВС: хромосомного, моногенного чи мультифакторного генезу.

**Мета роботи:** Визначити ефективність пренатальної діагностики вроджених вад серця у плода та інформативність різних маркерів, які використовуються при медико-генетичному консультуванні вагітних жінок.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів медико-генетичного консультування вагітних жінок з ВВС плоду з оцінкою ефективності використання різних методів пренатальної діагностики у 67 вагітних жінок. Вивчались дані соматичного, генеалогічного та репродуктивного анамнезу, показники біохімічних маркерів хромосомної патології I та II триместрів вагітності, та спектр виявленої серцевої патології плода.

**Результати дослідження.** Встановлено, що 46 (68,7%) жінок мали соматичні захворювання: патологія серцево-судинної системи у 8 (11,9%); ендокринної системи — у 8 (11,9%); захворювання дихальної — 3 (4,5%) та сечовидільної системи — 2 (3,0%). У 13(19,4%) з 67 жінок були гострі респіраторні вірусні інфекції у I-II триместрі вагітності. У 4 (6%) випадках — шкідливі звички. В анамнезі 58 (86,6%) жінок не мали порушень репродуктивної функції, у 8 (11,9%) спостерігались самовільні викидні та завмерлі вагітності. Обтяженість гінекологічного анамнезу спостерігали у 12(17,9%) жінок,

спадкового — у 6 (9,0%) жінок. У структурі вроджених вад серця плоду частіше виявлялись грубі анатомічні аномалії: гіпоплазія лівих відділів серця — 14 (20,9%), тетрада Фалло — 9 (13,3%). Біохімічні маркери хромосомної патології I триместру у 11 (16,4%) жінок зафіксували показники, що характерні для ризику хромосомної патології, а в II триместрі — у 9 (13,4%). Двом вагітним застосовано NIPT тест (неінвазивний пренатальний тест), який не виявив хромосомних аномалій у плода. У 8 випадках рекомендовано інвазивну пренатальну діагностику з каріотипуванням плоду, яка була проведена трьом жінкам (отримано каріотип без патології), 5 жінок відмовились (4-ро народили дітей з синдромом Дауна, 1- з Едвардса).

**Висновки.** Виявлено особливості соматичного (у 46-68,7% жінок), репродуктивного (у 8-11,9% жінок) гінекологічного анамнезу (у 12-17,9% жінок), які можуть бути факторами ризику ВВС плоду. У структурі вроджених вад серця плоду частіше виявлялись гіпоплазія лівих відділів серця — 14 (20,9%), тетрада Фалло — 9 (13,3%). У 11 (16,4%) жінок зафіксували показники біохімічних маркерів, характерні для ризику хромосомної патології в I триместрі, а у 9 (13,4%) вагітних — у II триместрі. На основі отриманих результатів запропоновано алгоритм медико-генетичного консультування жінок з ВВС у плода.

## **ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА, В ГОСТРУ ФАЗУ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

*ШВЕД А.М., ЛЕВИЦЬКА Л.В., ЛЕВИЦЬКИЙ І.Б., ЛИПОВЕЦЬКА С.Й., КИРИЧОК І.Б., ГЕРАСИМЕЦЬ І.М.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського*

**Вступ.** В Україні впровадження сучасних технологій та методів кардіореабілітації знаходиться на початковому етапі. Особливі труднощі викликає відновлення здоров'я осіб жіночої статі, хворих на інфаркт міокарда (ІМ). Тому **метою** роботи було дослідити ефективність різних програм реабілітації для жінок з ІМ.

**Матеріал і методи.** Обстежено 86 жінок, хворих на ІМ. Середній вік пацієнток становив  $54,6 \pm 12,8$ . Хворі були розподілені на 2 репрезентативних (за віком, статтю, основними клінічними та лабораторно-інструментальними проявами патологічного процесу) групи. Пацієнтки першої дослідної групи (46 осіб, 52,5%) отримували традиційну програму реабілітації, друга група (40 жінок, 47,5%) проходили інноваційну місячну програму реабілітації, яка базувалась на індивідуалізованому підході і включала вісім ступенів наростаючого фізичного навантаження. В динаміці оцінювали функціональні резерви серцево-судинної системи (тест 6-хвилинної ходьби; навантажувальні тести; показники системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки; ЕКГ після відповідного рівня фізичного навантаження на кожному етапі реабілітації, використовували шкалу задишки та шкалу Борга).

**Отримані результати та висновки.** До кінця місячного періоду

спостереження найбільш ефективною в реабілітації жінок з ІМ (частота повторних госпіталізацій, повторних серцево-судинних подій, якість життя пацієнтів, ступінь підвищення кардіальних резервів) виявилася інноваційна кардіореабілітаційна програма з використанням індивідуалізованого підходу. В першу фазу реабілітації максимально ефективною була фрагментована програма кардіореабілітації, з використанням шкал Борга, Grase risk score та математичної моделі прогнозування безпечних рівнів пульсу і тиску.

**УДК 616-002.78-053/-055**

### **ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДАГРИ**

*ШВЕД М.І., АНДРЕЙЧИН С.М., МУДРА У.О., БУРТНЯК А.М.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я Горбачевського*

Подагричний артрит розвивається у зв'язку із запаленням в місцях відкладання кристалів моноурату натрію у людей з гіперурикемією. Подагра історично розглядається як захворювання чоловіків, проте останнім часом хвороба набуває все більшої поширеності і серед жінок. Згідно з дослідженням проекту Rochester Epidemiology (США), захворюваність на подагру серед жінок за останні 20 років подвоїлася, причому співвідношення захворюваності у чоловіків і жінок змінюється з віком. Так, в осіб молодших 65 років співвідношення чоловіки: жінки коливається від 7:1 до 4:1, у осіб 65-80 років — 3:1 і у старших 80 років — наближається до 2:1 (Карасевська Т.А. та співавт. 2015р.). Даний факт пов'язують з урикозуричним ефектом естрогенів, тому після настання менопаузи у жінок рівень сечової кислоти суттєво зростає і частота захворювання збільшується.

**Мета дослідження:** вивчити особливості клінічного перебігу подагри у жінок.

Обстежено 45 пацієнтів із подагрою в період загострення. З них 37 чоловіків (середній вік  $57,03 \pm 1,71$  роки) і 8 жінок ( $70,25 \pm 1,46$  роки). Всім пацієнтам проведено загальноклінічне обстеження (збір скарг, анамнезу — тривалість захворювання, частота нападів за останні 12 місяців, фізикальний огляд — підрахунок числа тофусів, уражених суглобів) і встановлено, що тривалість захворювання у чоловіків склала від 3 до 20 років ( $13,3 \pm 2,8$  років), у жінок — від 2 до 10 років ( $5,2 \pm 1,7$  років). При цьому зауважимо, що дебют подагричного артрити у жінок в середньому розпочинався на 8 років пізніше порівняно з чоловіками, і як правило, перебігав на фоні супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), ЦД 2 типу, остеоартрозу та стеатогепатиту. У жінок спостерігалася атипова локалізація ураження суглобів (гомільково-стопний), діагноз поліартрити частіше встановлювали у похилому віці в 69% жінок проти 39% у чоловіків. Перебіг подагри супроводжувався частішим утворенням тофусів у жінок 87,5%, ніж у чоловіків (73%).

**Висновки.** 1. Подагра у жінок в 87,5% випадків протікає атипово (хвороба розпочинається на 8-10 років пізніше, ніж у чоловіків, переважно

уражаються гомілково-стопні суглоби, розвивається на фоні остеоартрозу, частіше утворюються лише білясуглобові тофуси, часто поєднується з іншими обмінно-трофічними захворюваннями (ЦД 2 типу, надмірна маса тіла, метаболічний синдром).

2. Поява суглобового синдрому у жінок, хворих на АГ, ІХС, ЦД 2 типу, остеоартроз, стеатогепатит обґрунтовує доцільність цілеспрямованого дообстеження з метою підтвердження/виключення діагнозу подагри.

**УДК: 575.224-06: 616.126-0.85.273.53.035.1**

**ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА CYP2C9 НА ПІДБІР ДОЗИ ВАРФАРИНУ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З КЛАПАННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ**

*ШВЕД М.І., ПРОКОПОВИЧ О.А., ДОБРЯНСЬКА В.Ю., МАЗУР О.П.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я Горбачевського  
Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги*

**Вступ.** Поліморфізм гена CYP2C9 асоційований зі зниженням ферментативної активності ферменту CYP2C9, що сприяє клінічно значущій гіпокоагуляції та ризику розвитку кровотеч. Проведені дослідження свідчать, що в Україні 28,4 % осіб є носіями нефункціональних алелей \*2 та \*3 гена CYP2C9, тому проблема підбору дози варфарину є актуальною, проте на даний час залишається не вирішеною.

**Метою** нашого дослідження був аналіз залежності ступеня гіпокоагуляції від генотипу гена CYP2C9 у пацієнтів кардіохірургічного профілю та підбір дози варфарину.

**Матеріал та методи.** Проведено фармако-генетичне дослідження 35 пацієнтам, які перенесли операцію протезування клапанів серця та отримували терапію варфарином, у яких спостерігалось підвищення значення МНВ більше 3,5. Серед них 19 чоловіків (54,3 %) та 16 жінок (45,7 %), середній вік пацієнтів — 51,9 ± 1,1 років. Генотипування за алельними варіантами \*2 та \*3 гена CYP2C9 проводили з використанням методу алель-специфічного 5'-нуклеазного аналізу. Статистична обробка даних проводилась з використанням програмних пакетів Statistica 6.0 та MS Excel, визначення критерію Стьюдента. Статистично вірогідними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

**Результати та обговорення**

У результаті проведеного молекулярно-генетичного дослідження 35 пацієнтів визначено, що частота генотипів за алельним варіантом \*2 гена CYP2C9 становила 20 % (7 хворих), за алельним варіантом гена CYP2C9 \*3 — 17,1 % (6 хворих), окрім цього у 12 хворих, що склало 34,3 % відмічалась гетерозиготність за цими алелями. У 10 обстежуваних (28,6 %) мутації генів не виявлено.

У 71,4% пацієнтів з групи алельного варіанту \*2 гена CYP2C9 спостерігали геморагічні ускладнення у вигляді носової кровотечі (28,6 % хворих), шлунково-кишкової (14,3 % хворих) та гематурії (28,6 % хворих). Тоді як у групі з алельним

варіантом \*3 гена CYP2C9 відмічено шлунково-кишкові кровотечі у 33,3 % хворих, гематурія у 2 хворих, що склало 33,3 % та гемоперикард із загрозою тампонади у 1 хворого (16,6 %).

Окрім цього, серед обстежуваних пацієнтів порушення функції печінки спостерігали у 23 хворих (65,71 %), що проявлялось у вигляді цитолітичного (95,65 %), гепатодепресивного (26,1 %) та холестатичного (52,2 %) синдромів.

В процесі титрування дози варфарину в пацієнтів із генотипом \*2 середня доза склала —  $3,70 \pm 0,15$  мг/добу, тоді як у пацієнтів із генотипом \*3 ця доза була достовірно меншою і становила  $0,78 \pm 0,16$  мг/добу.

Таким чином, вдалося встановити, що пацієнти з генотипом \*3 гена CYP2C9 потребують вірогідно меншої добової дози варфарину для досягнення та підтримання цільового рівня МНВ та мають вірогідно збільшений ризик виникнення кровотеч на етапі підбору дози варфарину.

**Висновок.** Висока частота носіїв алелей \*2 та \*3 гена CYP2C9 серед пацієнтів кардіохірургічного профілю сприяє суттєвому збільшенню ризику кровотеч, тому слід рекомендувати впровадження у клінічну практику фармакогенетичне тестування для оптимізації підбору дози варфарину.

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

ШВЕД М.І.,<sup>1</sup> ЯСТРЕМСЬКА І.О.,<sup>1</sup> ЗУБАНЮК В.М.<sup>1</sup>, ДОБРЯНСЬКИЙ Т.О.<sup>2</sup>  
ГРИЦЕНКО М.С.<sup>1</sup>

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

*<sup>1</sup>Кафедра невідкладної і екстреної медичної допомоги*

*<sup>2</sup>Кафедра хірургії №2*

**Актуальність теми.** Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смерті в популяції, викликаючи 51% всіх випадків смерті серед жінок і 42% — серед чоловіків. Ризик ССЗ серед жінок, як правило, недооцінюється із-за думки про те, що естрогени захищають їх серцево-судинну систему від атеросклеротичного ураження, але дефіцит статевих гормонів у постменопаузі у жінок негативно впливає на метаболізм ліпідів, глюкози, судинний тонус, процеси коагуляції та фібринолізу. Як результат, ці фактори роблять жінок більш уразливими до серцевого нападу, серцевої недостатності та раптової серцевої смерті в постменопаузі.

**Мета роботи** — проаналізувати гендерні особливості клінічного перебігу інфаркту міокарда (ІМ) за наявності супутнього метаболічного синдрому (МС). Матеріал і методи дослідження. Обстежено 46 пацієнтів з гострим ІМ в поєднанні з МС, які склали дослідну групу. Характер клінічного перебігу ІМ порівнювали з таким у 45 хворих, що не мали МС (група контролю). Хворі обох груп були співставимі за віком ( $56,64 \pm 2,91$  та  $54,85 \pm 2,76$  років відповідно) та за локалізацією перенесеного ІМ. Усім пацієнтам проводили ЧКВ з ангіопластикою і стентуванням інфаркт залежної коронарної артерії та стандартну медикаментозну терапію згідно протоколу МОЗ з обов'язковим використанням антитромботичних засобів, які

включали два антитромбоцитарні препарати та прямий антикоагулянт, бетаблокатора, інгібітора АПФ та статину.

**Результати і обговорення.** Частота супутнього МС у осіб жіночої статі в дослідній групі становила 33,9% проти 13,1% у групі співставлення ( $p < 0,05$ ). Середній вік жінок за наявності МС становив  $60,3 \pm 3,6$  років (у групі контролю —  $68,9 \pm 5,2$  років), середній вік чоловіків —  $57,4 \pm 3,4$  та  $59,5 \pm 3,8$  років відповідно.

Атиповий початок клінічної картини ІМ за наявності МС мав місце у 26,35% жінок та лише у 3,67% чоловіків, при цьому переважали астматичний та абдомінальний варіанти, у той час у групі без МС атиповий перебіг спостерігали у 6,5% та 4,6% відповідно. Ускладнений перебіг ІМ за наявності МС у жінок діагностували у 1,5 рази частіше в порівнянні з чоловіками. А такі життєво-небезпечні ускладнення, як кардіогенний шок, гостра лівошлуночкова недостатність, складні порушення серцевого ритму (екстрасистоля високих градацій та миготлива аритмія) виявлялись у них в 1,7 разів частіше.

Провідними факторами ризику розвитку ІМ у жінок хворих на МС були артеріальна гіпертензія та цукровий діабет 2 типу, які спостерігалися в 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків. У чоловіків найчастіше виявляли такі фактори ризику ІХС як артеріальна гіпертензія та паління.

**Висновки.** Наявність МС суттєво модифікує клінічну картину інфаркту міокарда та обтяжує його перебіг, особливо у осіб жіночої статі. У жінок ІМ за умови наявності супутнього МС достовірно частіше розвивається такі життєво-небезпечні ускладнення в гострому періоді хвороби як гостра лівошлуночкова недостатність, кардіогенний шок та складні порушення ритму і провідності.

УДК: 612.12-02:616.127-002-085-039.76

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІОКАРДИТУ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ

*ЯРЕМА Н.І., МИНДЗІВ К.В., ВЕРЕЩАГІНА Н.Я., КОЦЮБА О.І.*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

**Вступ:** За даними різних авторів від 20 до 30 % всіх некоронарогенних захворювань міокарда складають міокардити. Незважаючи на велику поширеність цієї патології, перебіг запального процесу та розвиток фіброзу в міокарді у осіб різної статі, які можуть спричинити порушення ритму і провідності та розвиток систолічної дисфункції лівого шлуночка, залишаються недостатньо вивченими.

**Мета роботи:** виявити особливості перебігу міокардиту у чоловіків та жінок з порушеннями ритму та провідності.

**Матеріали і методи:** Обстежено 24 хворих на міокардит (15 чоловіків, 9 жінок), віком від 23 до 67 років. Пацієнтам проводили загальноклінічні, лабораторні та інструментальні (ЕхоКС, ЕКГ, Холтеровське моніторування ЕКГ) обстеження відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України (2014 р.) для обстеження хворих на міокардит.

**Результати:** Переважна більшість хворих чоловіків мали вік до 40 років. Лише двоє чоловіків були старшими 50 років. Обстежені жінки мали вік після 50

років. Аналіз хронічної супутньої патології показав, що найчастіше у хворих чоловіків міокардит виникав на фоні хронічного бронхіту, гіпертонічної хвороби або ішемічної хвороби серця. У жінок найчастіше була діагностована гіпертонічна хвороба, вузловий зоб з порушенням функції щитовидної залози, метаболічна кардіопатія. В усіх обстежених хворих на міокардит відмічено клінічні ознаки серцевої недостатності I або II А стадії та II або III ФК (за NYHA) (задишка при фізичних навантаженнях, пастозність або набряки нижніх кінцівок, збільшення печінки). У 75,0 % обстежених хворих було виявлено проміжну або знижену фракцію викиду. За результатами електрокардіографії та добової реєстрації ЕКГ у переважної більшості хворих виявляли порушення ритму та провідності — надшлуночкову та/або шлуночкову екстрасистолію, синусову тахікардію, епізоди фібриляції передсердь (пароксизмальну або персистуючу форму), комбіновані порушення ритму і провідності (AV блокади 1-3 ступенів в поєднанні з епізодами фібриляції та тріпотіння передсердь та/або шлуночковою та/або суправентрикулярною екстрасистолією). У 15 хворих (62,5%) хворих спостерігались підвищені гострофазові показники крові (прискорення ШОЕ у 8 (33,3 %) хворих, підвищення рівня С-реактивного протеїну у 7 (29,2 %) пацієнтів). У 41,7 % пацієнтів (7 чоловіків і 3 жінок) зі складними комбінованими порушеннями ритму та провідності (AV блокадами, в тому числі високоступеневими, частою шлуночковою екстрасистолією, пароксизмами фібриляції та тріпотіння передсердь) було виявлено підвищений рівень тропонінів.

**Висновки:** 1. Серед обстежених хворих міокардит частіше діагностувався у чоловіків до 40 років та жінок віком понад 50 років. 2. Зростання гострофазових показників крові — підвищення ШОЕ, С-реактивного протеїну та тропонінів виявляється у хворих на міокардит зі складними комбінованими порушеннями ритму та провідності.



## ЗМІСТ

<i>Швед М.І., Липовецька С.Й., Геряк С.М., Корда І.В., Добрянська В.Ю.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ СЕРЦЕВО– СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ З ВРАХУВАННЯМ ОНОВЛЕНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА, 2018–2019 РР.	3
<i>Бабінець Л.С., Земляк О.С., Швед М.І., Мартинюк Л.П., Сасик Г.М., Багній Н.І.</i> ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ У ВАГІТНИХ ЖІНОК	14
<i>Баранова А.В.</i> ПРОФІЛАКТИКА ЛІМФОВЕНОЗНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	15
<i>Бакалюк Т.Г., Стельмах Г.О., Волкова Л.М., Макарчук Н.Р.</i> СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЖІНОК В КЛІМАКТЕРИЧНОМУ ПЕРІОДІ	17
<i>Боднар Р.Я., Боднар Л.П.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПОЄДНАНИЙ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	17
<i>Боднар Л.П., Боднар Р.Я., Боднар Я.Я.</i> ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	19
<i>Боднар Я.Я., Боднар Л.П., Боднар Р.Я.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ПОМЕРЛИХ ВІД РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ	19
<i>Бойко Т.В., Лихацька Г.В., Лихацька В.О.</i> ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЦІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ	20
<i>Вацеба Т.С.</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА РИЗИК ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	21

<i>Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Зубатюк О.А., Багній Н.І., Корда І.В., Добрянський Т.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА РОЗВИТОК ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНОСЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	22
<i>Геряк С.М., Кобза К.П., Добрянська В.Ю., Корда І.В., Куценко А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ НА РОЗВИТОК ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	23
<i>Геряк С.М., Багній Л.В., Багній Н.І., Довбан Л.А.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВАГІТНИХ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ І НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА	24
<i>Геряк С.М., Багній Н.І., Багній Л.В., Стельмах О.Є., Зарічанська Х.В., Корда І.В., Петренко Н.В.</i> ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ПРОЯВАМИ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ	26
<i>Геряк С.М., Олексяк О.І., Петренко Н.В., Якимчук В.Д., Олексяк В.Д., Кобза К.П.</i> ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	27
<i>Гладчук І.З., Вододюк О.В., Голубова Н.А., Четверіков М.С.</i> КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ МЕТОДИ МОНІТОРИНГУ ЛАПАРОСКОРІЧНО ВЕРИФІКОВАНОГО ЗОВНІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	28
<i>Горбунова О.В., Зарічанська Х.В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ	29
<i>Гребеник М.В., Жегестовська Д.В., Мартинюк Л.П.</i> ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	30
<i>Гурський В.Т., Куценко Т.І., Головач Н.А., Павлик О.Л.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ НИРОК	31

<i>Дзьордзьо Ю.Р., Андрейчин С.М., Мартинюк Л.П.</i> КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЗВ'ЯЗУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СИРОВАТКОВОГО АЛЬБУМІНУ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	32
<i>Добрянська В.Ю., Геряк С.М., Маланчук Л.М., Добрянський Т.О.</i> СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ЇХ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ СПОЛУЧНОТКАНИННОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ТА ІДЮПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	34
<i>Добрянська В.Ю., Зубатюк О.А., Геряк С.М., Петренко Н.В., Багній Л.В., Олексяк О.І.</i> СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯПОЛОВОГИХ ГНІЙНОСЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	35
<i>Зарічанська Х.В., Багній Н.І., Стельмах О.Є., Франчук О.А.</i> ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ	37
<i>Зіненко О.В., Геряк С.М., Добрянська В.Ю., Якимчук В.Д., Петренко Н.В.</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГНІЙНО– ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПІСЛЯПОЛОВОГОМУ ПЕРІОДІ	38
<i>Кобза К.П., Геряк С.М., Багній Н.І., Олексяк О.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	39
<i>Коломійченко Т.В., Рogaва І.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ГОМЕОСТАЗУ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ДРТ АСОЦІЙОВАНІ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ	40
<i>Куценко І.В., Геряк С.М., Орел Ю.М., Орел М.М., Куценко А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ПЛАЦЕНТИ В ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПЕЧІНКИ	42
<i>Лецин Д.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЮ В ДІАГНОСТИЦІ ВОДНО–ЕЛЕКТРОЛІТНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ІНДУКЦІЇ ОВУЛЯЦІЇ	43

<i>Лимар Л.Є., Лимар Н.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ АУТОІМУННИХ ГЕПАТИТІВ	45
<i>Ляхович Р.М., Кіцак Я.М., Джус М.Я., Мончак Г.В.</i> СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЛІТРАВМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАННЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ	46
<i>Макарчук Н.Р., Мартинюк Л.П., Бакалюк Т.Г.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СВІТЛО ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК	47
<i>Маланчук Л.М., Кривицька Г.О., Маланчук С.Л.</i> АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	48
<i>Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Кучма З.М., Маланчук С.Л., Шевченко А.</i> МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ В ПОЄДНАННІ ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ НА ТЛІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	49
<i>Мартинюк Л.П.</i> АНАЛІЗ РІВНЯ ВІТАМІНА D У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ	51
<i>Мартинюк Л.П., Ружицька О.О., Симко К.Є., Симко Г.Б.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ГЕМОДІАЛІЗНИХ ХВОРИХ	52
<i>Місюра А.Г.</i> ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНДУКОВАНИХ ПОЛОГІВ В ГЕСТАЦІЙНОМУ ТЕРМІНІ 40+ ТИЖНІВ	53
<i>Носенко О.М., Ханча Ф.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'Я НЕМОВЛЯТ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ВІД ОДНОПЛІДНИХ ВАГІТНОСТЕЙ ПІСЛЯ ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ У ЖІНОК З ВИЛКУВАНИМ НЕПЛІДДАМ	54

<i>Носенко О.М., Юрченко С.В.</i> СТАН ГОРМОНАЛЬНО–МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ ТА З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ	55
<i>Олексяк О.І., Геряк С.М., Заріцька Н.Р., Волошин В.Г., Небесьо Т.А., Зіненко О.В.</i> ПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	56
<i>Орищак І.К., Макарчук О.М., Генік Н.І., Литвин Н.В.</i> РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІО	57
<i>Пасечко Н.В., Крицький Т.І., Гурський В.Т., Гулько Н.Я., Голик І.В.</i> КОРЕКЦІЯ АНДРОГЕННИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ	58
<i>Пацкань І.І., Корсак В.В.</i> ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	59
<i>Перхулин О.М.</i> ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ, ПОВ'ЯЗАНИМ З ВІДСУТНІСТЮ ОВУЛЯЦІЇ	61
<i>Петренко Н.В., Геряк С.М.</i> ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ЗМІНИ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ	61
<i>Петренко Н.В.</i> ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ – ЗАПОРУКА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ	63
<i>Петренко Н.В., Геряк С.М., Багній Н.І.</i> СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВ. ХТО? ЧОМУ? НАВЩО?	64
<i>Ружицька О.О., Вонс Л.З., Шершун О.І., Бандрівська Ю.Б.</i> ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПО ДАНИХ SF–36 У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ГЕМОДІАЛІЗІ	65

<i>Рутинська Г.В.</i> ЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ БІОЕХОМЕТРІЇ ЖОВТОГО ТІЛА ЗА ДОПОМОГОЮ ТРАНСВАГІНАЛЬНОГО ТРИВИМІРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ЕНЕРГЕТИЧНИМ ДОППЛЕРОМ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ РАННЬОЇ МАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	66
<i>Самогальська О.Є., Баб'як О.В.</i> АНАЛІЗ РІВНЯ КОЛАГЕНУ ІV У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ	67
<i>Сидоренко О.Л., Романів М.Є., Вівчар Н.М.</i> ПРИНЦИПИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ – ВИБІР ТАКТИКИ	68
<i>Сміян С.І., Юськевич В.В., Кіцак Я.М.</i> КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З <i>BORRELIA BURGDORFERI</i> У ЖІНОК ТА ЧОЛОВІКІВ	69
<i>Сусла О.Б., Літовкіна З.І., Якубішина І.Г., Цибульська Л.С., Марків Н.Б.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ХРОНІЧНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ	70
<i>Хасхачих Д.А., Кукіна Г.О.</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	71
<i>Чайка В.В.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ГРЕЛІНУ ТА ЛЕПТИНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	72
<i>Чукур О.О., Пасечко Н.В.</i> СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	73
<i>Шаргородська Є.Б., Школьник О.С., Корінець Я.М., Макух Г.В.</i> МЕДИКО–ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ У ПЛОДА	74

<i>Швед А.М., Левицька Л.В., Левицький І.Б., Липовецька С.Й.</i> ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА, В ГОСТРУ ФАЗУ РЕАБІЛІТАЦІЇ	75
<i>Швед М.І., Андрейчин С.М., Мудра У.О., Буртняк А.М.</i> ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДАГРИ	76
<i>Швед М.І., Прокопович О.А., Добрянська В.Ю., Мазур О.П.</i> ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА СУР2С9 НА ПІДБІР ДОЗИ ВАРФАРИНУ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З КЛАПАННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ	77
<i>Швед М.І., Ястремська І.О., Зубанюк В.М., Добрянський Т.О., Гриценко М.С.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	78
<i>Ярема Н.І., Миндзів К.В., Верещакіна Н.Я., Коцюба О.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІОКАРДИТУ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ	79

Наукове медичне видання

**Жіноче здоров'я:  
імплементация сучасних протоколів  
в клінічну практику**

*27-28 лютого 2020 року*

**Збірник наукових праць  
Всеукраїнської міждисциплінарної  
науково-практичної конференції**

За редакцією

М. М. Корди, С. М. Геряк, М. І. Шведа

*Комп'ютерний набір, верстка:*

*Ратушняк Н. М., Куценко А. В.*

Формат 70×100/16. 7,06 ум. др. арк., 5,45 обл.-вид. арк. Тираж 300.  
Видавець і виготовлювач Редакція газети «Підручники і посібники».

46000, м. Тернопіль, вул. Поліська, 6а.

Тел.: (0352) 43-15-15; 43-10-21.

Збут: pip.ternopil@ukr.net

Редакція: editoria@i.ua; www.pp-books.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи

до Державного реєстру видавців,

виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

серія ДК № 4678 від 21.01.2014 р.

Книга-поштою: а/с 376, Тернопіль, 46011.

Тел.: 096-948-09-27; 097-50-35-376. pip.bookpost@gmail.com