



МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

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



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

*1–2 березня 2018 року*

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

За редакцією

М. М. Корди, М. І. Шведа, С. М. Геряк



TM

Тернопіль  
Видавництво «Підручники і посібники»  
2018

УДК 618(477)(082)  
Ж 66

**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»

*Редакція 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 якій–небудь формі без письмового дозволу власників авторських прав.*

Ж 66 Жіноче здоров'я: імплементація сучасних протоколів в клінічну практику : зб. наук. праць Всеукр. міждисципл. наук.–практ. конф., 1–2 березня 2018 року / За ред. М. М. Корди, М. І. Шведа, С. М. Геряк. — Тернопіль : Підручники і посібники, 2018. — 180 с., іл.

ISBN 978-966-07-3224-7

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)

**ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ АЛОПУРИНАЛУ ПРИ  
ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО–СУДИННОЇ СИСТЕМИ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

*АНДРЕЙЧИН С. М., КАВЕЦЬКА Н. А., КУЧЕР С. В., ЧЕРНЕЦЬ Т. Ю.*  
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Актуальність: Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серцево–судинні захворювання (ССЗ) займають перше місце у структурі захворюваності, первинної інвалідності та є однією з основних причин смертності у світі. За останні 25 років в Україні спостерігається зростання поширеності ССЗ серед населення в три рази, а рівень смертності від них — на 45%.

Впродовж останніх років накопичено достатньо інформації про зв'язок підвищеного рівня сечової кислоти (СЧ) в сироватці крові як предиктору розвитку і прогресування ішемічної хвороби серця (Meisinger C. et al., 2008; Celik T., Iyisooy A., 2009; Hu W. et al., 2009), хронічної (Ekundayo O. J. et al., 2009) та гострої серцевої недостатності (Alimonda A. L. et al., 2009), артеріальної гіпертензії та передгіпертензивних станів (Forman J. P. et al., 2009) і метаболічного синдрому (Rodilla E. et al. 2009). Це підтверджено в численних дослідженнях в азіатських і європейських популяціях (Fang J. et al., 2000; Niskanen L. K. et al., 2004; Ioachimescu A. G. et al., 2008; Chien K. L., 2005). Є дані, що підвищений рівень СК є фактором ризику розвитку атеросклерозу в молодому віці (Krishnan E. et al., 2011). Також було встановлено, що гіперурикемія є незалежним предиктором кардіальної смерті та інфаркту міокарда із зубцем Q (Rha S. –W. et al., 2010).

Нами було проаналізовано дані зарубіжної літератури щодо доцільності використання алопуринолу у лікуванні кардіоваскулярних патологій.

Результати дослідження: Farquharson C. A. et al. (2002) у рандомізованому плацебо–контрольованому подвійному сліпому перехресному дослідженні встановили достовірне поліпшення показників ендотелій–залежної вазодилатації у 11 пацієнтів з ХСН II–III ФК по NYHA отримували алопуринол 300 мг / добу протягом 1 місяця.

Struthers A. D. et al. (2002). провели когортне дослідження 1760 пацієнтів з ХСН протягом 4 років. За результатами дослідження було встановлено зниження серцево–судинної смертності тільки в групі пацієнтів, що приймають високі дози алопуринолу (>299 мг / добу). Низької дози алопуринолу (<299 мг / добу) може бути недостатньо для корекції гіперурикемії, тому в цій групі була зафіксована підвищена смертність.

George J. et al. (2006) було доведено, що алопуринол має властивість зменшувати оксидативний стрес і покращувати функцію ендотелію, що і було продемонстровано при його застосуванні у хворих з різними захворюваннями серцево-судинної системи, в тому числі у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю.

Feig D. I. et al. (2008) встановили, що у групі підлітків з I-ю стадією артеріальної гіпертензії та гіперурикемією (вміст уратів в сироватці > 6 мг/дл), які протягом 4-х тижнів отримували щодня 200 мг алопуринолу, систолічний та діастолічний тиск був значно нижчий в порівнянні з групою, що приймала плацебо.

Muir SW et al. (2008) в подвійному сліпому рандомізованому плацебо контрольованому дослідженні вивчав можливість застосування низької (100 мг/добу) і стандартної (300 мг / добу) доз алопуринолу у 50 пацієнтів, які нещодавно перенесли ішемічний інсульт. Алопуринол добре переносився і значно знижував рівень уратів в сироватці. Дане лікування також супроводжувалося зниженням вмісту прозапальних внутрішньоклітинних молекул адгезії-1, які зазвичай присутні у великій кількості після ішемічного інсульту. Слід зазначити, що, як і очікувалося, алопуринол знижував вміст C-реактивного білка і IL-6.

В експериментальному дослідженні Mitsuhashi H. et al. (2009) було показано що алопуринол має здатність запобігати розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, при цьому не знижуючи артеріальний тиск.

Проведене Noman A. et al. (2010) рандомізоване плацебо-контрольованому перехресне дослідження показує можливу роль алопуринолу як дієвого засобу проти ішемії. У випробуванні брали участь 65 хворих з ангіографічно підтвердженим діагнозом ІХС, що приймали плацебо або алопуринол (600 мг щодобово) протягом шести тижнів. Прийом алопуринолу у високих дозах достовірно подовжує час до початку депресії ST, загальний час фізичного навантаження і час до початку нападу стенокардії у хворих зі стабільною стенокардією.

У двох когортних дослідженнях MacIsaac R. L. et al. та Larsen K. S. et al., які опубліковані у 2016 році, було доведено позитивний вплив алопуринолу на частоту серцево-судинних подій у хворих на гіперурикемію. Крім того MacIsaac R. L. et al. встановив, що значно менший ризик виникнення інсульту та серцево-судинних подій був в тій групі пацієнтів, які отримували більші дози алопуринолу.

Висновок: Гіперурикемія є одним з факторів ризику ССЗ, тому визначення рівня СК сироватки крові можна розглядати як показник для рутинного скринінга. Терапевтичною метою у пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією повинна бути нормалізація рівня СК.

Алопуринол можна розглядати як потенційний препарат для оптимізації лікування серцево–судинної патології у пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією, так як він зменшує оксидативний стрес, покращує функцію ендотелію, підтримує рівень АТФ у хворих з серцевою недостатністю, запобігає розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, має антиангінальні властивість. Ефективність препарату була вищою у пацієнтів, які отримували дозу більше 300 мг/добу.

**УДК 616.126.42–008.64–02:617–001**

**ГОСТРА МІТРАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ВІДРИВУ ХОРДИ НА ТЛІ ТРАВМИ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)**

*АНДРЕЙЧИН С. М., ЯРЕМА Н. З., ВЕРЕЩАГІНА Н. Я., КУЧЕР С. В.,  
РУДА М. М.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

За даними медичної статистики, основними причинами розриву хорд мітрального клапана (МК) найчастіше вважаються інфаркт міокарда та інфекційний ендокардит. Застосування в клінічній практиці ультразвукового дослідження серця (УЗД) дозволило діагностувати інші можливі причини розриву хорд і виникнення гострої мітральної недостатності, такі як пролапс мітрального клапана, його міксоматозне переродження, фізичне навантаження та травма. Можливість швидкої і правильної діагностики гострої мітральної недостатності (МН) в результаті пошкодження хорд дозволяє прийняти правильне рішення про тактику ведення пацієнта.

Наводимо клінічний випадок з нашої практики. Хвора К., 70р., була госпіталізована в терапевтичне відділення з ознаками гострої лівошлуночкової недостатності, які виникли після травми грудної клітки. Хвора скаржилась на виражену задишку, кашель, серцебиття. При об'єктивному обстеженні стан тяжкий, ортопноє. Пульс — 120 за 1 хв., дихання — 26 за 1 хв., артеріальний тиск — 90/60 мм. рт. ст. . Над легенями вислуховували ослаблене везикулярне дихання і поодинокі вологі хрипи. При аускультатії серця виявили голосистолічний шум з епіцентром на верхівці серця, який перебивав серцеві тони. За даними ЕКГ, на тлі синусової тахікардії були ознаки перевантаження лівих камер серця. На УЗД серця діагностовано МН і запідозрено надрив задньої стулки МК і відрив хорд. Хвора в ургентному порядку перевезена в кардіохірургічний центр м. Львова, де на наступний день була успішно прооперована. Описаний випадок цікавий з позицій діагностики гострої МН, що виникла

після фізичної травми грудної клітки на основі аналізу даних анамнезу, клінічних змін та УЗД даних.

**УДК 616.379–008.64–06:616.13/14]–08–039.76**

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІЗ  
ЗАСТОСУВАННЯМ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ  
ОЦІНКИ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У  
ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

*БАБІНЕЦЬ Л. С., РЕДЬКВА О. В., ПАЛИХАТА М. В., СТАРИЧКОВ П. В.*  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

**Мета:** На основі аналізу лабораторних показників та показників якості життя (ЯЖ) оцінити ефективність запропонованої методики реабілітації у пацієнтів цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Методи дослідження:** 40 хворих на ЦД було поділено на 2 групи: 1 група пацієнтів із ЦД 2 типу без клінічно вираженої ангіопатії нижніх кінцівок (АНК) і 2 групу — пацієнтів із ЦД 2 типу із АНК. Пацієнти із ЦД 2 типу отримували адекватну медикаментозну терапію згідно з Наказом МОЗ від 21. 12. 2012 №1118. Додатково до лікування пацієнти 2 групи отримали курс голкорексфлексотерапії (ГРТ) за методикою пекінської школи (Конг Лін), що включала 11 сеансів, по 20 хв кожен. Рівень глюкози в крові визначали натще за глюкозооксидазним методом. Основним критерієм діагностики ЦД вважали показник глікованого гемоглобіну. ЯЖ оцінювали за даними опитувальника SF–36 до лікування та після його завершення.

**Результати:** У 2 групі рівень глюкози знизився на 11,33% ( $p < 0,01$ ) порівняно із 7,69% ( $p < 0,005$ ) у пацієнтів 1 групи, та HbA1c на 4,46% ( $p < 0,005$ ) проти 1,71% ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів 1 групи було виявлено зростання показника психологічного статусу (ПС) на 8,71% ( $p < 0,005$ ), а у пацієнтів 2 групи — на 17,75% ( $p < 0,001$ ).

**Перспективи:** Дослідження ЯЖ та подальше вивчення немедикаментозних методів реабілітації розширить можливості медицини при наданні медичної допомоги пацієнтам із ЦД 2 типу.

**ПОКАЗНИКИ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ  
БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

*БАБІНЕЦЬ Л. С., КИЦАЙ К. Ю.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Вступ. При довготривалому перебігу хронічного панкреатиту (ХП) формується трофологічна недостатність — дефіцит нутрієнтів органічного і неорганічного складу, які використовуються організмом людини для забезпечення своєї життєдіяльності.

Мета роботи: дослідити основні антропометричні показники, за якими можна оцінити трофологічний статус пацієнта: індекс маси тіла (ІМТ), обвід талії(ОТ), шкірно–жирова складка над трицепсом (ШЖСТ), обвід м'язів плеча(ОМП), які свідчать про запаси жиру та стан соматичного пулу білка.

Матеріали і методи: Обстежено 122 пацієнти. 1 група (контролю) –20 здорових людей, 2 група — 22 хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП), 3 група — 80 хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням. Показник ІМТ визначали за формулою:  $ІМТ = \text{маса, кг} / \text{ріст, м}^2$ ; показник ОМП визначали за формулою:  $ОМП = \text{обвід плеча, см} - 0,314 \times \text{ШЖСТ, мм}$ .

Результати та їх обговорення. Показники ІМТ та ОТ у групі у групі хворих з хворих ХБП склали  $(24,66 \pm 0,87)$  кг/м<sup>2</sup>;  $(79,76 \pm 1,79)$  см, а у групі ХБП із супутнім ожирінням —  $(32,28 \pm 3,46)$  кг/м<sup>2</sup>;  $(102,21 \pm 9,32)$  см відповідно. Показники ШЖСТ та ОМП у групі у групі хворих з хворих ХБП становили  $(15,06 \pm 1,55)$  мм;  $(23,87 \pm 0,95)$  см, а у групі ХБП із супутнім ожирінням  $(20,66 \pm 2,31)$  мм;  $(21,87 \pm 0,95)$  см. Всі досліджувані антропометричні показники достовірно відрізнялися між собою у порівнюваних групах ( $p < 0,05$ ), а також від таких групи контролю, де ІМТ становив  $(22,66 \pm 0,57)$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ–  $(75,76 \pm 1,70)$  см, ШЖСТ —  $(12,45 \pm 1,43)$  мм; ОМП —  $(27,49 \pm 1,16)$  см.

Висновок. Встановлено порушення трофологічного статусу в обох групах хворих на ХБП, проте глибші зміни були у групі ХБП із супутнім ожирінням: при збільшенні ІМТ на 23,6%, ОТ — на 22,0%, ШЖСТ — на 27,2% відбувалося зменшення ОМП на 10,8% в порівнянні з такими групи хворих на ХБП без ожиріння. Це довело наявність зниження соматичного пулу білка при наявності ожиріння і констатувало наявність трофологічної недостатності у хворих на ХБП, яка поглиблюється із приєднанням ожиріння.

**ФІТОПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ  
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ**

*БАГНІЙ Н. І., ГЕРЯК С. М., КУЦЕНКО В. В., СТЕЛЬМАХ О. Є.,  
КОРДА І. В., ПЕТРЕНКО Н. В., БАГНІЙ Л. В.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний  
клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Функціональні кісти яєчників (ФКЯ) — це утвори, які виникають внаслідок функціональних порушень ланок регуляції менструального циклу, частота яких сягає 15–25% усіх гінекологічних захворювань. У патогенезі даних утворів головну роль відводять порушенням нейрогуморальної регуляції та продукції гормонів яєчників, як наслідок — порушуються процеси фолікулогенезу. Загальноприйнята тактика ведення даних пацієнток включає в себе спостереження та застосування гормональних препаратів. Останні мають багато протипоказань та ускладнень, тому використанню фітопрепаратів приділяється особлива увага.

Мета дослідження — дослідити ефективність фітотерапії у лікуванні ФКЯ у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено 38 жінок з ФКЯ у віці 25–40 років. Всім хворим було проведено клініко–лабораторне, гормональне, ультразвукове дослідження. 13 пацієнток лікувались за допомогою гормонального лікування (група порівняння) та 18 хворим була призначена фітотерапія із використанням препарату тазалок по схемі. 7 жінок складала контрольна група. У всіх жінок були скарги на втому, слабкість, порушення сну, дієздатності та порушення менструального циклу. Під час ультразвукового дослідження було встановлено наявність пухлиноподібного утвору яєчників від 45 до 55 мм.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи отримані проведені досліджень нормалізація менструальної функції виявлена у 15 жінок основної групи (83,3%) у порівнянні з групою порівняння — 9 (69,2%). За даними клініко–лабораторного, гормонального та ультразвукового досліджень, було видно позитивну динаміку застосування фітопрепарату. У всіх хворих основної групи відновився нормальний менструальний цикл та зникли скарги, покращилося загальне самопочуття. У 4-х пацієнтів групи порівняння виник побічний ефект при застосуванні гормональної терапії, завдяки чому виникла потреба відміни препаратів. Усім пацієнтам, які отримали лікування препаратом тазалок, було проведено ультразвукове дослідження, де патології яєчників не виявлено.



Висновки. Таким чином, отримані дані, діагностичні дослідження та проведення лікування за допомогою фітопрепарату можуть усунути прогресування функціональних кіст яєчника у жінок репродуктивного віку.

**УДК 618.3:616.14–002/–084–071–073**

## **ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ В АКУШЕРСТВІ**

*БІЛА В. В., НІКІТИНА Ю. О., ЖУК С. І., УС І. В.*

Перинатальний центр м. Києва;

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Венозний тромбоемболізм (ВТЕ) залишається однією з провідних причин материнської смертності в світі (до 20%). Ризик ВТЕ зростає із збільшенням терміну гестації, досягаючи максимальних значень відразу після пологів. Відносний післяпологовий ризик при даному ускладненні в п'ять разів перевищує допологовий, а знижується до початкового рівня через 6 тижнів після пологів.

За останні два десятиріччя з'явилися нові дані, що свідчать про зв'язок між ВТЕ та вродженими і набутими тромбофіліями, що в свою чергу ускладнює проведення адекватної і доказово обгрунтованої профілактики.

Метою розробленого клінічного протоколу є зниження материнської захворюваності та смертності шляхом профілактики ВТЕ під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

Стратегія профілактики ВТЕ ґрунтується на виділенні груп ризику і здійсненні своєчасних профілактичних заходів по даному ускладненню.

У всіх вагітних чи тих жінок, які планують вагітність, слід оцінити фактори ризику ВТЕ. При цьому необхідно проводити кількісний аналіз ризику ВТЕ, що передбачає оцінку наступних факторів: 1) постійні, з якими жінка вступає у вагітність: рецидиви тромбоемболії в минулому (4 бали); позитивний сімейний анамнез тромбоемболії (1 бал); встановлена тромбофілія високого ризику (3 бали); супутні захворювання (серцево–судинні, бронхо–легеневі, системний червоний вовчак, рак, нефротичний синдром, серповидно–клітинна анемія) (3 бали); вік понад 35 років (1 бал); ожиріння (індекс маси тіла понад 30 — 1 бал, понад 40 — 2 бали); третя чи більше вагітність (1 бал); паління (1 бал); варикозне розширення вен (1 бал); 2) акушерські: преєклампсія (1 бал); багатоплідна вагітність (1 бал), застосування допоміжних репродуктивних технологій (1 бал), кесарів розтин (плановий — 1 бал, ургентний — 2 бали), тривалість пологів понад 24 год. (1 бал), післяпологова кровотеча (більше 1 л чи гемотрансфузія — 1 бал), антенатальна загибель плода (1 бал), передчасні пологи (1 бал); 3)

транзиторні: наявна системна інфекція (1 бал), гіперемезис (3 бали), синдром гіперстимуляції яєчників (лише для першого триместру — 4 бали), іммобілізація, дегідратація (1 бал); хірургічні втручання під час вагітності чи протягом перших 6 тижнів після пологів (окрім ушивання промежини після пологів) (3 бали).

Після ретельного збору анамнезу визначити час призначення антенатальної тромбопрофілактики — починаючи з першого триместру з моменту постановки на облік (сума балів кількісної оцінки ризику 4 і більше), з 28 тижнів гестації (загальний бал — 3) або в післяпологовому періоді (2 і більше балів) розглянути можливість тромбопрофілактики тривалістю принаймні 10 днів.

Перед плановим кесаревим розтином чи індукцією пологів антикоагулянтну терапію доцільно припинити за 24 години до операції чи початку регіональної анестезії. Проте натепер цю цифру переглядають у бік скорочення. Відновлювати антикоагулянтну терапію після вагінальних пологів варто через 6 годин, а після кесаревого розтину — через 12 годин.

Тромбопрофілактику слід продовжувати протягом 6 тижнів у жінок із високим ризиком (епізоди тромбоемболії в анамнезі) та протягом 10 днів — у жінок із середнім ризиком (три і більше фактори ризику).

Препаратами вибору для до- та післяпологової профілактики є низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, дальтепарин), що не проникають через плаценту, безпечні для плода та при грудному вигодовуванні. Дози низькомолекулярних гепаринів залежать від маси тіла пацієнтки.

Тож, покроковий підхід до проведення тромбопрофілактики включає визначення факторів ризику ВТЕ, визначення методу тромбопрофілактики із визначенням протипоказань до її проведення, введення необхідних препаратів в адекватній дозі, оцінка ефективності тромбопрофілактики.

**УДК 616.24–002–06:616–008.6**

**РЕЦЕПТОРНА АКТИВНІСТЬ Т–ЛІМФОЦИТІВ НА ТЛІ  
ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ НА ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ  
ПНЕВМОНІЇ**

*БІЛЬКЕВИЧ Н. А., АНДРЕЙЧИН С. М., ГАНЬБЕРГЕР І. І., МУДРА У. О.*

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

Вступ. Одним з провідних синдромів у клініці негоспітальної пневмонії (НП), який значною мірою визначає її тяжкість та об’єм інтенсивної терапії, є ендогенна інтоксикація (ЕІ). Під дією продуктів спотвореного

метаболізму, мікробних токсинів реалізується її супресивний вплив на імунну резистентність організму.

Мета роботи: дослідження зв'язку вираженості ЕІ та змін в клітинному імунітеті у хворих на НП.

Матеріали і методи. У 175 пацієнтів з НП досліджували стан клітинної ланки імунітету за загальноприйнятими методиками, а також показники ЕІ: концентрацію молекул середньої маси (МСМ) сироватки крові при фотометруванні на довжині хвилі 254 та 280 нм, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), токсичність сироватки крові за сім'яним тестом (ТК). Пацієнтів поділили на групи за тяжкістю перебігу патологічного процесу: 102 хворих НП I та II клінічних категорій увійшли у I групу обстежених; у 73 осіб (2-га група) захворювання відповідало III клінічній категорії (тяжкий перебіг пневмонії).

Результати дослідження. Виявлено збільшення токсичності сироватки крові практично у всіх пацієнтів (100,0%), у 97,2% зростала концентрація в ній МСМ254, у 56,7% осіб — ЛІІ. З наростанням тяжкості НП спостерігалось збільшення значень досліджуваних показників, яке виявилось вираженішим за тяжкого перебігу НП: різко зростала ТК: достовірність різниці показників між групами обстежених ( $P < 0,001$ ), в основному за рахунок МСМ280 ( $P < 0,02$ ).

Виявлено зменшення відносної кількості Е-роzetкоутворюючих клітин (Е-РУК) у більшості обстежених, зростання числа функціонально неповноцінних та недиференційованих Т-клітин: “неповних”, “нульових” (Т-0), тобто, лімфоцитів, що приєднали менше 3-х еритроцитів у розетці, та “активних” Т-лімфоцитів, здатних до рецепторної дії без попередньої інкубації ( $P < 0,05-0,001$ ), зміни відповідали вираженості патологічного процесу й періоду захворювання.

За тяжкого перебігу НП, в порівнянні з хворими I групи, достовірно нижчим ( $P < 0,001$ ) виявився відсоток Е-РУК та Еа-РУК на фоні різкого збільшення числа Т-“неповних”, Т-0 клітин ( $P < 0,05$ ) та зворотнього до належного співвідношення кількості теофілін-чутливих і теофілін-резистентних лімфоцитів ( $P < 0,01$ ). Такі зміни лабораторних показників не відповідали клінічному стану хворих, тяжкості патологічного процесу та стадії захворювання і, згідно даних літератури, свідчать про дисрегуляцію імунної відповіді.

Між досліджуваними показниками клітинного імунітету й ЕІ спостерігались переважно кореляційні зв'язки середньої сили, зокрема, достовірні — між кількістю Т-0 і концентрацією МСМ254 ( $r = 0,47$ ), Т-0 та ТК ( $r = 0,28$ ), числом Т-“активних” лімфоцитів та ТК ( $r = -0,34$ ).

Висновок. Виявлені нами дані свідчать про вплив ЕІ на стан рецепторного апарату Т-лімфоцитів, що підтверджує необхідність адекватної та своєчасної корекції синдрому ЕІ при негоспітальній пневмонії. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності кальцієвмісних препаратів у хворих на ППОТ з остеопорозом.

**УДК 616.12–008.64–036.12–06:616–005.3]–085.322**

## **ГЕМОСТАТИЧНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЙОГО ФІТОКОРЕКЦІЯ**

*БОБКОВИЧ К. О., СВИНАРЧУК Г. Г., КАГЛЮК О. С.*

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Останніми десятиліттями однією із найважливіших проблем кардіології є вивчення патогенетичних аспектів виникнення та прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН) та терапевтичні напрямки їх корекції [6, 7]. Зокрема вивчаються зміни реологічних властивостей крові, оскільки активація атерогенезу, тромбогенезу веде до порушення киснепереносних властивостей крові. Як наслідок, прогресує перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) та прискорюється розвиток серцевої недостатності [4, 5]. Відповідно до нейрогуморальної теорії розвитку недостатності серця гіперстимуляція симпатoadреналової системи активує систему гемостазу, що посилює згортання крові та знижує антикоагуляційний потенціал [2, 3]. Деякі показники згортальної системи, зокрема фібриноген (ФГ), може слугувати маркером вираженості атеросклерозу, прогностичною ознакою перебігу ІХС та функціональної неспроможності міокарда, достовірно корелюючи із тривалістю життя. Водночас обов'язковою ланкою в патогенезі ХСН ішемічного генезу є одночасне пригнічення протизгортальних властивостей та системи фібринолізу [8].

Для адекватної корекції реологічних порушень доцільно використовувати фармакологічні препарати з різнобічними властивостями щодо усунення вказаних патогенетичних розладів при ХСН [5]. Певною альтернативою у цьому слугують комбіновані препарати рослинного походження, зокрема кардіофіт та хомвіокорин–N.

Метою дослідження було вивчення гемореологічних порушень у хворих із ХСН ішемічного генезу та їх диференційна фармакологічна фітокорекція кардіофітом та хомвіокорином–N.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено обстеження 90 пацієнтів віком від 49 до 81 років (у середньому 64,1±4,2 року) на хронічні форми ІХС з явищами ХСН II–III функціональних класів (ФК). Систолічна функція в усіх обстежених була збереженою. До контрольної групи увійшло

26 пацієнтів, які отримували стандартну терапію (інгібітори АПФ, сечогінні, нітрати,  $\beta$ -блокатори, ацетилсаліцилову кислоту). Хворі основної групи були розділені на дві підгрупи: у підгрупі А 34 пацієнтам додатково призначали кардіофіт по 5 мл три рази на день впродовж 20 днів; а в підгрупі Б (30 хворих) — хомвіокорин–N по 15 крапель тричі на день у тому ж часовому режимі. Показники обстежуваних груп порівнювали з аналогічними у групі здорових осіб. Усіх групи були репрезентативні за статтю, віком.

До складу Хомвіокорину–N входять конвалія травнева, горицвіт весняний, золотушник звичайний, плоди глоду, цибуля морська. Кардіофіт складається з омели білої, квіток глоду, конвалії травневої, горицвіту весняного, валеріани лікарської, каштану кінського, буркуну, м'яти перцевої, бузини чорної, солодцю голого, кропиви собачої, аморфи чагарникової, кропиви, чебрецю. Визначення реологічних властивостей проводили на початку обстеження та на 20-й день лікування. Визначали XIII фактора зсідання, активності антитромбіну III (АТ III), рівень фібриногену (ФГ), сумарну фібринолітичну активність (СФА), ферментативну фібринолітичну активність (ФФА) та неферментативну фібринолітичну активність (НФА) плазми крові. Статистичний аналіз проводили з визначенням  $t$ -критерію Стьюдента за програмою «Biostat» [1].

Результати дослідження та їх обговорення.

У пацієнтів із початковими стадіями ХСН зміни гемореологічних властивостей крові виявились несуттєвими, оскільки, ймовірно, вони є вторинними у відношенні до активації симпатикотонії в розрізі патогенетичних аспектів. Зокрема зростання рівня ФГ було помірним при ХСН II ФК та достовірно не відрізнялось від групи здорових осіб ( $p > 0,05$ ). Водночас у хворих на ІХС з III ФК ХСН встановлено вірогідне підвищення рівня ФГ ( $p < 0,01$ ). У обстежуваних пацієнтів із ХСН відмічено розлади протизсідального компонента з виснаженням компенсаторних резервів системи гемостазу, що підтверджувалося зниженням у плазмі вмісту АТ III приблизно на 18,3% при II ФК та на 24,14% при III ФК ХСН. Вище вказані розлади доповнювалися падінням рівня фактора зсідання XIII.

Водночас у хворих встановлено достовірне зниження ферментативного та неферментативного фібринолізу, що закономірно призвело до пригнічення СФА, з переважанням гіпоактивації ФФА. При початкових стадіях ХСН ФФА знизилася на 18,64%, НФА — на 10,63%, а СФА — на 15,67%. Із зростанням функціонального класу ХСН зміни були ще суттєвішими. Зокрема, при ХСН III ФК СФА знизилася на 23,48%, НФА — на 17%, ФФА — на 29,4%.

У ході проведеного лікування в контрольній та двох основних підгрупах відмічено вірогідне зростання АТ III без достовірної міжгрупової

різниці. Паралельно у кінці терапевтичного курсу зріс знижений напочатку рівень XIII фактора згортання в усіх групах із ХСН. Одначе достовірні зміни встановлені в групі, що отримувала стандартну терапію, лише за початкових стадій ХСН. Водночас ад'ювантне призначення досліджуваних комбінованих препаратів рослинного походження призвело до зростання XIII фактора і у хворих із III ФК ХСН на 13,4% у підгрупі А та на 11,8% у підгрупі В ( $p < 0,05$ ).

Досліджуючи динаміку фібринолітичної активності крові встановлено, що терапевтичний комплекс у контрольній групі пацієнтів із ХСН II ФК призвів до зростання СФА ( $p < 0,05$ ) в основному за рахунок активації неферментативного фібринолізу. В основній підгрупі Б з ад'ювантним прийомом хомвіокорину–N зареєстровані аналогічні зміни. А в підгрупі А відбулось суттєвіше покращання показників. У цій категорії пацієнтів досліджене вірогідне зростання СФА (у порівнянні з вихідними величинами та показниками контрольної групи). Водночас встановлене урівноваження неферментативної та ферментативної активності фібринолізу, при чому більш суттєвий приріст ФФА поєднувався із помірним зростанням НФА. У підгрупі пацієнтів з додатковим призначення кардіофіту досліджувані показники наближались до відповідних у групі здорових осіб. У хворих із III ФК ХСН зміни носили тенденційний характер ( $p > 0,05$ ) у контрольній групі та підгрупі Б відносно ферментативного фібринолізу. Водночас встановлено недостовірне зростання СФА ( $p > 0,05$ ). Із вище зазначеного можна дійти висновку про складність фармакологічної корекції дисбалансу у системі гемостазу та недостатність 20–денної тривалості лікування. Ад'ювантне призначення кардіофіту до стандартних схем лікування зумовило достовірне зростання сумарного фібринолізу на 11,29% в основному за рахунок неферментативного компоненту.

Аналізуючи результати дослідження, встановлено, що гемокоагуляційні розлади відіграють дуже важливу роль у патогенетичному аспекті ХСН та проявляються дисбалансом у вигляді гіперактивації системи згортання при гальмуванні протизсідуючих та фібринолітичних властивостей крові [5, 8]. Встановлено, що ступінь розладів зростає прямо пропорційно до функціонального класу недостатності міокарда. Застосування комбінованих препаратів рослинного походження кардіофіту та хомвіокорину–N як ад'ювантних засобів призводить до помірного покращання реологічних властивостей, що з одного боку, можна пояснити антиоксидантними властивостями флавоноїдів у їхньому складі. Зниження рівня пероксидного окиснення ліпідів призводить до нівелювання патогенетичного аспекту стимуляції згортальної системи великою кількістю гідропероксидів [6]. Переваги застосування кардіофіту обумовлені, ймовірно, кумаринами та паракумариновими кислотами у складі солодцю та

кропиви собачої, фраксином та ескуліном у насінні гіркокаштану звичайного, дикумаринами у траві буркуну.

Висновки 1. У пацієнтів із II ФК ХСН ішемічного генезу виявлено гемокогуляційний дисбаланс у бік гіперактивації згортальної системи та пригнічення антикоагуляційних властивостей за рахунок фібринолітичної та протизгортальної систем.

2. Застосування кардіофіту та хомвіокорину–N як додаткових засобів до стандартних терапевтичних схем лікування пацієнтів із ХСН веде до помірного покращання реологічних властивостей з деякою перевагою вітчизняного перепарту.

Список літератури в редакції

**УДК 616.3–06:616.71–003.85–08531:546.41**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦЕМІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З ОСТЕОПЕНІЄЮ**

*БОЙКО Т. В., ЛИХАЦЬКА Г. В.*

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

В останні десятиріччя значущість проблеми остеопорозу значно зросла внаслідок збільшення у популяції людей похилого віку. Актуальність проблеми остеодefіцитних станів при хворобах органів травлення зумовлена появою змін процесів травлення з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин, що приводить до формування вторинного остеодefіциту.

Мета роботи – вивчити ефективність кальцеміну в комплексній терапії хворих на поєднану патологію органів травлення (ППОТ) з остеопенією.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 36 хворих на хронічний гастродуоденіт у поєднанні з хронічним панкреатитом на тлі хронічного гепатиту з остеопенією, із них 16 чоловіків (44,4%) і 20 (55,6%) жінок. Вік пацієнтів коливався від 20 до 72 років. Хворі були поділені на 2 репрезентативні групи: 1–ша – 13 хворих (група порівняння) отримували загальнозживане лікування: антигелікобактерну терапію, ферменти, гепатопротектори; 2–га – 23 хворих, (серед яких 12 обстежених з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ) та 11 – з неспецифічним реактивним гепатитом (НРГ) додатково одержувала кальцемін адванс у добовій дозі 2 табл. впродовж 3 місяців, з наступним призначенням кальцеміну по 1 табл. 2 рази в день протягом 3 місяців. Для верифікації діагнозу використовували широкий спектр клінічних і лабораторно–інструментальних обстежень

(загальний та біохімічний аналізи крові, сечі, копрограма, імуноферментний аналіз крові на виявлення антитіл до Нр, у частини хворих ПЛР на виявлення Нр і вірусів гепатитів В, С, ЕГДФС з гістологічним та цитологічним дослідженням, УЗД органів черевної порожнини, денситометричне обстеження поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки).

Результати й обговорення. Порівняльний аналіз показників мінералізації кістки до і після проведеного загальнозовживаного лікування (1-ша група хворих) виявив негативну динаміку змін кісткової тканини. Так, найбільші втрати кісткової маси були на рівні ділянок з найнижчими показниками мінералізації при первинному обстеженні на рівні хребця L1–МЦКТ зменшилась на 0,069 г/см<sup>2</sup>, у зоні трикутника Варда – на 0,089 г/см<sup>2</sup>. Загальнозовживана терапія приводить до зниження мінералізації кістки, причому найбільше виражено в ділянках, де була найнижча МЦКТ у вихідному стані. У хворих 2-ої групи відмічалась позитивна динаміка маркерів мінералізації кістки, незалежно від етіологічного чинника ураження печінки. Так, МЦКТ у поперековому відділі хребта зросла в 1,1 разу у хворих на ХВГ та в стільки ж у обстежених на НРГ. Показник Т в одиницях стандартного відхилення зріс у 1,40 та 1,41 разу відповідно.

Висновки:

1. Призначення загальнозовживаної терапії хворим на поєднану патологію органів травлення не запобігає втраті кісткової маси поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки, що веде до поглиблення остеодefіциту.

2. Включення в комплексну терапію кальцеміну приводить до поліпшення показників мінералізації кістки.

3. Темпи приросту кісткової маси підвищуються відповідно до ступеня початкового остеодefіциту.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності кальцієвмісних препаратів у хворих на ППОТ з остеопорозом.



УДК 616–092+616–08+616.233–002+116. 33–007.64

**ДИНАМІКА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ  
ВМІСТУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ–6 ТА С–РЕАКТИВНОГО БІЛКА В  
БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНІЙ РІДИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ  
ТА ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ УСКЛАДНЕНОМУ ВТОРИННИМИ  
БРОНХОЕКТАЗАМИ**

*БОНДАРЕНКО Т. Я., ОСТРОВСЬКИЙ М. М.*

ДВНЗ "Івано–Франківський національний медичний університет"

**Резюме**

Мета дослідження. Виявлення запального процесу та його прогресування у хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами шляхом визначення вмісту ІЛ–6 в бронхоальвеолярній рідині дозволить контролювати прогресування хвороби та загострень, використовувати випереджувальну лікувальну тактику, покращить ефективність і дієвість лікування пацієнтів, а значить і якість їх життя.

Матеріали та методи. Вміст ІЛ–6 та СРБ в бронхоальвеолярній рідині було визначено в 74 пацієнтів з ХБ та 78 пацієнтів з хронічним бронхітом ускладненим вторинними бронхоектазами.

Результати досліджень. Рівень ІЛ–6 в бронхоальвеолярній рідині при хронічному бронхіті склав (189,3±2,46 пг/мл), що в 4,03 рази вище норми, котра становила (46,89±3,96) пг/мл. При ХБ ускладненому вторинними бронхоектазами рівень ІЛ–6 в бронхоальвеолярній рідині становив (226,56±3,27) пг/мл, що в 4,83 рази вище від встановленого індексу. Рівень СРБ в бронхоальвеолярній рідині при хронічному бронхіті склав (5,14±0,32 мг/л), що в 3,29 рази вище норми, котра становила (1,56±0,05) мг/л. При ХБ ускладненому вторинними бронхоектазами рівень СРБ в бронхоальвеолярній рідині становив (18,24±2,31) мг/л, що в 11,69 рази вище від встановленого індексу.

Висновки. При хронічному бронхіті ускладненому вторинними бронхоектазами рівень ІЛ–6 та СРБ в БАВ буде вище ніж при ХБ без вторинних бронхоектазів, що ймовірно свідчить про активацію та подальше прогресування запального процесу.

Ключові слова: хронічний бронхіт, бронхоектази, інтерлейкін–6, С–реактивний білок.

Вступ. Захворювання органів дихання є однією з актуальних проблем охорони здоров'я у всьому світі. За останні десятиліття в усіх індустріально розвинутих країнах світу суттєво зросла захворюваність хронічними неспецифічними захворюваннями легень, серед яких провідне місце належить хронічному бронхіту (ХБ). У зв'язку з прогресуючим характером патологічних змін та виникненням ускладнень, у тому числі і

вторинних бронхоектазів, захворювання ХБ призводить до росту загальної втрати працездатності, знижує якість життя і збільшує показники інвалідизації та смертності населення.

Основною причиною високої смертності хворих є пізня діагностика ХБ, що характерно не тільки для України а й для економічно розвинутих країн світу, що пов'язано з майже безсимптомним перебігом захворювання на ранніх етапах [1]. Хворі на ХБ звертаються за медичною допомогою вже при вираженому кашлі, задишці, коли, нажаль, зміни в бронхах є незворотніми, що утруднює лікування, сприяє виникненню інвалідизуючих ускладнень, погіршує якість та тривалість життя [2,3].

Основною патогенезу хронічного бронхіту як гетерогенної патології є хронічне дифузне, неалергічне імунноопосередковане запальне ураження дихальних шляхів. Воно характеризується перебудовою секреторного апарату слизової оболонки бронхів, а також склеротичними змінами в більш глибоких шарах бронхіальної стінки, що супроводжується гіперсекрецією слизу, порушенням очисної і захисної функції бронхів та проявляється постійним або періодично виникаючим кашлем із мокротою протягом не менше трьох місяців на рік впродовж двох і більше років [4]. Слизова оболонка дихальних шляхів піддається безперервному впливу різноманітних подразників фізичного, хімічного і біологічного походження що міститься у вдихуваному повітрі. У зв'язку з цим у бронхолегеневій системі наявна велика кількість загальних і локальних адаптаційно-захисних механізмів. Функціонування імунної системи, сурфактанту легень, локальних бар'єрних факторів захисту слизових оболонок бронхіального дерева при хронічному бронхіті тісно пов'язані між собою та створюють систему регуляції імунного балансу в організмі [5].

Періодична активація запального процесу, тобто генерація фази загострення хронічного бронхіту, супроводжується змінами у системі захисту та реактивності організму. Відомо, що прозапальні цитокіни відіграють ключову роль у індуктивній фазі імунної відповіді, коли вони зумовлюють розвиток базових реакцій макрофагів та антигенспецифічних клітин [6]. Приймають активну участь у імунному захисті організму, у контролі за розвитком та прогресуванням запального процесу.

Інтерлейкін-6 (ІЛ-6) є одним із найбільш активних цитокінів, які беруть участь у реалізації імунної відповіді та запальної реакції, стимулює вироблення фібриногену, С-реактивного протеїну, та інших прозапальних білків [7]. С-реактивний білок (СРБ) на тлі підвищеної концентрації прозапального цитокіну ІЛ-6 призводить до міграції лейкоцитів, лімфоцитів, макрофагів та інших клітин перефірній крові через ендотелій у вогнище запалення, де ці клітини у процесі запальної реакції вивільняють протеолітичні ферменти, пероксидази, супероксидази та залучають до місця

запалення нові імункомпетентні клітини, що призводить до пошкодження та ремоделювання дихального тракту [8].

В результаті запалення слизової і підслизового шарів розвивається гіпертрофія гладеньких м'язів цих структур, потовщення стінок бронхіол із залученням у процес мікрооточення бронхіол, що потенціює розвиток патологічного кола запалення, яке призводить до руйнування стінки бронха, сприяє персистенції запалення, та прогресуванню розвитку вторинних бронхоектазів [9,10]. Вивчення динаміки таких показників як ІЛ-6 та СРБ може слугувати критерієм вираженості запального процесу, що визначає ступінь вираженості незворотніх змін бронха, і, отже, визначає тяжкість перебігу ХБ [11].

Мета дослідження. Метою даного дослідження є оцінка динаміки ІЛ-6 та СРБ у фазу загострення хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 74 пацієнти з хронічним бронхітом та 78 пацієнтів із хронічним бронхітом ускладненим вторинними бронхоектазами. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб (ПЗО) без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиляційного тракту та іншої патології внутрішніх органів.

Матеріалом дослідження був бронхоальвеолярний змив, який отримували при проведенні фібробронхоскопії. ІЛ-6 визначали методом імунферментного аналізу на аналізаторі «StatFax 303 Plus» за допомогою реагентів «ПроКон» (ТЗОВ «Протеїновий контур», Росія). Рівень С-реактивного білка визначали напівкількісним методом латекс-аглютинації за допомогою набору реактивів «Dialab» (Австрія).

Результати й обговорення. Встановлено, що при хронічному бронхіті вміст ІЛ-6 в БАВ становить  $(189,3 \pm 2,46)$  пг/мл, що в 4,03 рази вище норми, а при поєднанні з вторинними бронхоектазами —  $(226,56 \pm 3,27)$  пг/мл, що в 4,83 рази вище встановленого значення, (при значеннях у практично здорових осіб —  $(46,89 \pm 3,96)$  пг/мл). Тоді як вміст С-реактивного білка при хронічному бронхіті в бронхоальвеолярній рідині становив  $(5,14 \pm 0,32)$  мг/л, що в 3,29 рази вище норми (при даних у практично здорових осіб —  $(1,56 \pm 0,05)$  мг/л), а при хронічному бронхіті ускладненому вторинними бронхоектазами вміст СРБ був  $(18,24 \pm 2,31)$  мг/л, що в 11,69 разів перевищує дані у практично здорових осіб.

Висновки. Отримані значення величин вмісту ІЛ-6 та С-реактивного білка в БАВ є чіткою ознакою активності запального процесу та розвитку запальних змін, що супроводжуються тканинною переструктурою і в подальшому можуть призводити до змін структури бронхіальної стінки та розвитку такого ускладнення як бронхоектази.

Перспективи подальших досліджень. Виявлення запального процесу та його прогресування у хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами, шляхом визначення вмісту ІЛ-6 та С-реактивного білка в бронхоальвеолярній рідині дозволить контролювати прогресування хвороби та загострень. Використовувати випереджувальну лікувальну тактику, покращить ефективність і дієвість лікування пацієнтів, а значить і якість їх життя.

Список літератури в редакції

**УДК 618.179:616.441–008.64–085**

**ВПЛИВ ЛЕВОТИРОКСИНУ НА ПОКРАЩЕННЯ  
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ  
ЖИТТЯ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ  
З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ**

*ВАРЧЕНКО Л. М.*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Збереження репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку, як невід'ємної складової здоров'я нації, має стратегічне значення у збереженні сталого розвитку суспільства. В цьому аспекті велике зацікавлення викликає субклінічний гіпотиреоз, при якому виявляють деяке ( до 4,5 мМО/мл ) підвищення рівня тиреотропного гормону і нормальні значення вмісту вільного тироксину в крові [Grossman M. e. a., 2013]; водночас, розвиваються структурно– функціональні порушення у всіх, без винятку, органах і системах [Ajmani e. a., 2016; Pasqualetti, 2015; Sinha e. a., 2014], у тому числі і у репродуктивній системі [Татарчук Т. Ф. и соавт., 2013], що в сучасній літературі означається як “коморбідність” або “мультиморбідність”.

Мета роботи: оцінити вплив замісної терапії левотироксином субклінічного гіпотиреозу у жінок фертильного віку на репродуктивне здоров'я і якість життя.

Ціль роботи: в'яснити ефективність терапії левотироксином в залежності від тривалості її застосування.

Матеріали і методи. Обстежено 80 жінок у віці 23 — 34 роки і тривалістю субклінічного гіпотиреозу 3,5 — 5 років з часу його виявлення. Діагноз підтверджено шляхом ультразвукового дослідження щитоподібної залози на апараті Philips HD — 11 XE та визначення в крові рівнів тиреотропного гормону і вільного тироксину методом електрохемілюмінесценції на аналізаторі Cobas E 411. Перед лікуванням, та через 6, 9 і 12 місяців проводили загальноклінічне та гінекологічне

обстеження і оцінку якості життя за допомогою загального неспецифічного опитувальника MOS SF–36. Левотироксин призначали по 1 мкг на 1 кг маси тіла 1 раз в добу зранку, згідно рекомендацій Американської Асоціації Щитоподібної Залози [Dunn e. a., 2016].

Результати та їх обговорення. Отримані результати засвідчили, що у 75,0% жінок мали місце ті чи інші захворювання репродуктивної системи, у 52,2%– екстрагенітальні позатиреоїдні порушення, а у 85,0%– порушення у нейро– соматичній та психологічній сферах; сумарно, ті чи інші захворювання були присутні у всіх жінок, що засвідчує наявність у них коморбідного (мультиморбідного) стану. За всіма показниками фізичного (48,9  $\pm$  4,8 балів) і психічного (57,8  $\pm$  5,7 балів) компонентів здоров'я, його стан оцінено як середній.

Піврічна замісна терапія сприяла зникненню порушень репродуктивного здоров'я і коморбідності у 47 (58,8%) жінок і відновленню до високих значень фізичного (96,2%  $\pm$  1,3 балів) і психічного (98,4  $\pm$  1,2 балів) компонентів здоров'я. Водночас, у 33 жінок (41,2%) порушення в репродуктивній системі і коморбідні прояви збереглися, хоча показники як фізичного (65,1%  $\pm$  4,5 балів), так і психічного (73,2  $\pm$  3,8 балів) компонентів якості життя підвищилися ( $p < 0,001$ ). Пролонгація замісної терапії в попередньому режимі до 12 місяців з одночасною корекцією присутньої в цієї групи жінок гіперпролактинемії (вміст пролактину в крові 27,09  $\pm$  1,9 нг/мл) блокатором дофамінових рецепторів III покоління– каберголіном (0,25 мг 2 рази в тиждень впродовж перших 4–х тижнів) через 12 місяців сприяла ліквідації порушень репродуктивного здоров'я і коморбідних проявів. Показники якості життя, як по фізичному (95,9  $\pm$  2,2 балів), так і по психічному (98,9  $\pm$  1,9 балів) компонентах підвищилися до високих значень ( $p < 0,001$ ).

Висновки. Використання замісної терапії левотироксином більш, ніж у половини жінок фертильного віку з субклінічним гіпотиреозом вже через півроку ліквідує порушення репродуктивного здоров'я та коморбідність і відновлює якість життя. У 41,2% жінок виникає потреба у пролонгації терапії з додатковою корекцією гіперпролактинемії, яка через 12 місяців відновлює репродуктивне здоров'я і якість життя та ліквідує коморбідність. Разом з тим, визначення якості життя опитувальником MOS SF–36 може використовуватися для інтегральної оцінки здоров'я та контролю ефективності лікування.

**ОСОБЛИВОСТІ ДЕСИНХРОНОЗІВ ЯК ДОДАТКОВИХ  
ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ  
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: МОЖЛИВОСТІ ФІТОФАРМАКОРЕКЦІЇ**

*ВОЛОШИН О. І., БОЙЧУК Т. М., ВОЛОШИНА Л. О., ВАСЮК В. Л.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Вступ. Теперішній спосіб життя більшості людей супроводжується майже постійним високим ритмом та стресами, невпорядкованим стилем та часовим режимом роботи, в т. ч. в нічний період, професійною гіподинамією чи гіподинамією, що зумовлена надмірним захопленням інтернетом, дискутується негативний вплив на здоров'я різних гаджетів тощо. Все це виснажує людський організм, його регуляторні системи, сприяє формуванню численних взаємозалежних захворювань, одним із проявів яких є різні форми десинхронозів, чи інакше, порушень біологічних ритмів.

Найбільш рано і часто вражаються ЦНС і серцево–судинна система, навіть з підліткового віку. В теперішній час надійно увійшли в клінічну практику виявлення десинхронозів шляхами добового моніторингу ЕКГ (виявлення больової, безбольової форм ішемії, порушень варіабельності серцевого ритму), артеріального тиску (виявлення нон–дипперів, найт–пікерів), добового інтрагастрального рН моніторингу при захворюваннях гастродуоденальної системи, добової глюкозурії у хворих на цукровий діабет, дослідження сечі за Зимницьким при захворюваннях нирок тощо.

Однак зазначене вище не відповідає нинішнім реаліям клінічної практики, особливо в пограничних з внутрішньою патологією областях медицини.

Мета. Привернути увагу клініцистів різних профілів до ширшого дослідження десинхронозів та впровадження методів фітофармакотерапії, профілактики на підставі новітніх даних та власного досвіду.

Матеріал і методи. За основу взяті матеріали ключових джерел з хрономедицини, хронофармакології та власні розробки.

Результати. Провідними вченими (Ф. І. Комаров, С. І. Раппопорт, С. М. Дороговоз, Г. А. Фадєєнко, Н. А. Агаджанян) звернута увага, що сучасна фармакологія далека від досконалості, в першу чергу через шаблонні підходи до лікування, в т. ч. на засадах доказової медицини, включаючи аспекти хронотерапії, хронофармакології. Але більшість питань хронофармакології скоріш поставлені, аніж вирішені. Констатовано, що при будь–якій соматичній патології мають місце різні ступені соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи (СД ВНС), які зумовлюють системні прояви з боку інших органів. Часто їх причиною є

невпорядкований спосіб життя, психосоціальні фактори, шкідливі звички, включаючи інтернет–залежність, ігроманію, спадковість, особистісні риси тощо. СД ВНС є дуже частим патогенетичним «додатком» до численних недуг і проявів десинхронозу і, знаходячись в міждисциплінарному клінічному полі, вважається прерогативою психоневрологів; фахівці ж терапевтичного профілю як правило не надають цьому синдрому належної діагностики та лікувально–профілактичної уваги, особливо на ранніх етапах хвороби. Однією із причин зазначеного є поліморфізм скарг при мінімумі об'єктивних та лабораторно–інструментальних змін, проте порушенням саме циркадіанних ритмів регуляції, їх вираженості, тривалості існування, віковим, гендерним аспектам не надається належна увага. В цьому контексті світовою медициною пропонується ряд анкет–опитувальників типу Ханіна–Спілберга, за допомогою яких можна швидко отримати важливу для діагностики і лікування різних проявів СД ВНС.

Провідними вітчизняними і зарубіжними клініцистами (див. вище) наголошується, що в нинішню і майбутні епохи існування людської спільноти дослідження і врахування в лікувально–профілактичних заходах різних форм десинхронозів повинно бути обов'язковим в полі зору клініцистів різних профілів. При цьому необхідно враховувати фази десинхронозу (тривоги, резистентності, виснаження), вік пацієнта (у віці до 45 років фітоадаптація досягається через 12–18 днів, після 45, особливо 60 років — у 1,5–2 рази довше), причини рецидивів і вибір режиму підтримуючого використання ліків.

Приватні питання хронофармакології вирішуються після визначення домінуючої системи ураженої десинхронозом та вибору доступної групи лікарських рослин, які можуть впливати на спектр проявів десинхронозу.

З нашого досвіду при десинхронозі, що супроводжується синдромом хронічної втоми, гіпотонією, млявістю, схильністю до депресій ефективними є ліки з рослин–адаптогенів: родіоли рожевої, елеутерококу, лимонника китайського, левзеї сафлоровидної, аралії маньчжурської, звіробою, які доцільно застосовувати в першій половині дня.

І навпаки, при нервозності, поганому, тривожному сні, безсонні, кардіалгіях, функціональних порушеннях системи травлення доцільні рослини із заспокійливою дією: валеріани, глоду, евкомії в'язолистої, аморфи кущової, синюхи блакитної, меліси, м'яти перцевої, хмелю посівного, головний прийом яких повинен здійснюватися в другій половині дня.

Доцільно враховувати вікову особливість гормонального регуляторного органу, особливо в жінок з можливим проявом дефіциту естрогенів, яким корисні рослини–фітоестрогени: материнка, циміцифуга, любисток

лікарський, хміль (шишки), звіробій, хамеріон, золототисячник, солодка гола тощо.

Вторинний імунодефіцитний стан — це також один із різновидів десинхронозу. Рослини імунотропної дії (всі види ехінацеї, пеларгонія, переступень білий, елеутерокок, прополіс, пилок бджолиний, перга, родіола рожева) та ліки з них повинні використовуватися переважно в першій половині дня.

Корекція десинхронозу будь-якого генезу буде успішнішою за додаткового застосування ліків з рослин загальнозміцнюючої дії з високим вмістом вітамінів, макро- і мікроелементів, антиоксидантів: смородини чорної, чорниці, брусниці, журавлини, лохини, ожини, суниці, агрусу тощо.

Наводимо приклади деяких найбільш популярних полікомпонентних ліків рослинного походження із вищезазначеною дією: імуно-тон, антифронт, неокарділ, циклодінон, кратал, гастритол, іберогаст, персен, фітосед, флорісед, А-дістон тощо.

Висновки. 1. Дослідження хронопатофізіологічних аспектів найбільш поширених захворювань внутрішніх органів та їх врахування в лікувально-профілактичному процесі — актуальна вимога нинішньої і майбутніх епох.

2. Доцільна розробка нових технологій використання ліків рослинного і біологічного походження з метою підвищення ефективності лікування і вторинної профілактики захворювань внутрішніх органів, особливо з різними проявами десинхронозів.

**УДК 615.89”2014/2023”(477)**

**«СТРАТЕГІЯ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ 2014–2023 рр.»: ЯКИЙ ПОСТУП ЗРОБЛЕНО В УКРАЇНІ?**

*ВОЛОШИН О. І., ГАРНИК Т. П., ВАСЮК В. Л., ДОГОЛІЧ О. І.,  
ГАРНИК К. В.*

Буковинський державний медичний університет,  
ПВНЗ «Київський медичний університет»

Вступ. Прогресуюче глобальне погіршення стану довкілля, зростаючі темпи життя та супутні їм різної інтенсивності і тривалості стреси та інші негаразди зумовлюють різнопланове зростання популяційної захворюваності. Нинішнім пацієнтам притаманна поліморбідність, із спектру якої доцільно виділяти коморбідні захворювання та процеси, особливо в контексті зростання кардіо-цереброваскулярних, гастро-інтестинальних ризиків. В різні вікові періоди людини полі- та коморбідність зростають кількісно, якісно і ставатимуть динамічно



різноваріантними. Ці явища безумовно будуть предметом дослідження науковців упродовж не одного десятиліття. На сьогодні вони народжують вимушену поліпрагмацію, загрози побічних дій та ускладнень медикаментозної терапії, здорожчують лікувальний процес. Донині не існує узгоджених рекомендацій лікування таких хворих.

З урахуванням нинішніх реалій популяційного стану здоров'я на Землі та перспективи його подальшого погіршення Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) видала документ особливої важливості: «Стратегія Всесвітньої охорони здоров'я в галузі народної медицини на 2014–2023 рр.». В ньому рекомендується всім державам–членам ВООЗ, їх профільним міністерствам, керівникам лікувальних, наукових, навчальних установ внести корективи в свою діяльність у контексті додаткового опанування здобутками народної медицини та їх подальшого розвитку в науково–практичному аспекті, підготовки кадрів, міжнародного обміну досвідом з відповідної галузі цього напрямку тощо. Зазначається, що методи і засоби народної медицини (НМ) в поєднанні із нині існуючими технологіями лікування хворих, особливо складних, — це стане новим, більш ефективним та фармакоекономічним сучасним напрямком лікувальних технологій. Експертами ВООЗ чітко визначено місце методів НМ в сучасних технологіях лікування: вони є додатковими, але необхідними. ВООЗ сприятиме розвитку цього напрямку і вбачає, що до 2023 року такий підхід повинен стати світовим феноменом.

Традиційно в різних країнах в спектрі методів НМ фітотерапія складає від 70 до 87%. Україна — одна із багатих на природні ресурси лікарських рослин і має свої давні традиції їх використання. Ще не так давно в багатьох областях України існували агрогосподарства з вирощування лікарських рослин (Житомирська, Полтавська, Хмельницька, Харківська, Київська та ін. ), відомі і нині фармацевтичні виробництва (Харківщина, Житомир, Київщина, Львівщина, Тернопілля, Черкащина, Вінничина, Полтавщина (Лубни) тощо). Кожне з них виробляє свій спектр ліків рослинного походження, в існуючих рамках поширює в різні регіони України. Київський медичний університет один із небагатьох в Європі з 1992 року готує кадри з НМ не тільки для України, але й для інших держав світу, щорічно проводить науково–практичні форуми з міжнародною участю. З 1998 по 2014 рр. при МОЗ України плідно функціонував Комітет з вивчення та впровадження в практику методів народної медицини, який очолювала проф. Т. П. Гарник. З 1995 року видавався журнал «Фітотерапія в Україні», згодом (з 2002 р. ) зареєстрований як «Фітотерапія. Часопис», визнаний ДАК України як фаховий для публікацій дисертаційних статей.

При Ужгородському національному університеті з 1992 року плідно функціонує єдиний в Україні НДІ, очолюваний донині заслуженим діячем

науки і техніки України професором О. М. Ганич. В Національному фармацевтичному університеті у Харкові результативно є діяльність наукових шкіл професорів О. І. Тихонова та С. М. Дороговоз. З 1990 року в Буковинському державному медичному університеті ефективно працює наукова школа апіфітотерапії, здобутками якої є підготовка наукових кадрів (разом 29 кандидатських і докторських дисертацій), випущено 9 монографій і навчальних посібників для лікарів і студентів з апіфітотерапевтичним спрямуванням, з 2005 року функціонують курси ТУ з клінічної фітотерапії для лікарів, курсантами яких були лікарі з 5 областей України.

При Львівському національному університеті ім. Данила Галицького впродовж кількох десятиліть плідно працює в цьому напрямку школи проф. Є. Х. Заремби та проф. Л. В. Андріюка. Потужною в галузі фітотерапії у свій час була діяльність науковців Івано–Франківського, нині національного медичного університету (акад. Є. М. Нейко та Ф. І. Мамчур). За розробку донині популярного Уролесану ще в 1970 році авторам цього рослинного засобу була присуджена Державна премія.

Ми навели відомості про лише найбільш вагомні в Україні науково–практичні центри, установи, школи, які свідчать, що в нашій державі є серйозні передумови для сприйняття і належної участі в реалізації «Стратегії ВООЗ в галузі народної медицини 2014 — 2023 рр. »

Мета цього повідомлення — привернути увагу в першу чергу науковців і практичних лікарів до цього вкрай важливого для збереження здоров'я нашого народу під назвою «Стратегія ВООЗ...» до тісної взаємодії в реалізації нашої спільної мети — лікувального процесу.

Наші негаразди в Україні якраз з 2014 року пов'язані як із війною на Сході України, соціально–економічною ситуацією, станом медичної галузі та кадровою нестабільністю в МОЗ, медичною реформою з мізерною фінансовою базою, відволікли всю медичну спільноту від світового поступу в контексті «Стратегії ВООЗ...». В цих умовах є сумнівні надії, що Уряд і МОЗ України в нинішніх реформах медичної галузі в найближчий час врахують рекомендації світового лідера медицини — ВООЗ.

Науково–практичний потенціал медичної спільноти України з огляду короткого вищенаведеного резюме більше підготовлений до реалізації «Стратегії ВООЗ...», ніж керівна верхівка МОЗ. Навіть побіжна оцінка фармацевтичного ринку України з наявності ліків рослинного походження свідчить, що їх є досить багато, але наша поінформованість про них, науково–дослідницька діяльність таки є недостатньою. Представники зарубіжних фітофармацевтичних фірм є активнішими у взаємодії з лікарями, ніж вітчизняні. На нашу думку, висвітлення вітчизняних досягнень у галузі фітотерапії чи інших методів НМ повинно складати певну частку будь–якого науково–практичного форуму терапевтичного чи

близьких до нього профілів. Слід враховувати генетично–природню, навіть на рівні інстинкту, тягу більшості пацієнтів до ліків рослинного походження. Реально і впродовж короткого часу науковці українських медичних вишів можуть допомогти практичним лікарям в додатковому опануванні необхідними знаннями з фітотерапії чи інших методів НМ на короткотривалих курсах та шляхом випуску відповідної літератури. Для прикладу, вчені Буковини вже здійснили видання «Основи фітотерапії і гомеопатії» (2013, 2017), «Лікарські рослини Карпат і прилеглих територій» (2012). Давно є популярними «Клінічна фітотерапія» І. С. Чекмана (2005) та за такою ж назвою монографія О. М. Ганич, Т. М. Ганича, М. І. Фатули (2007).

Нам необхідно тісніше співпрацювати з регіональними виробниками ліків рослинного походження «Галичфарм» та «Тернофарм», а також активними агрогосподарствами, що вирощують лікарську сировину (для прикладу, с. Спас, Коломийського р-ну, Івано– Франківської області). Але об'єктом особливої нашої уваги повинна стати рослинно–сировинна база «Зеленої аптеки України» — Карпат.

Сировинна база, кадри та «Стратегія ВООЗ...» в Україні можуть зрушити частково цю справу знизу. І в додаток: наші сусіди в Європейському Союзі в цьому плані працюють значно успішніше. Тож учімося, якщо хочемо в Європу...

**УДК618.19–02:612.621.31]–07/–037**

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ  
ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У  
ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ**

*ГЕРЯК С. М., БАГНІЙ Н. І., КОРДА І. В., ДОБРЯНСЬКА В. Ю.,  
ЯКИМЧУК В. Д., САК І. М., МАРУШКА В. Р.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний  
клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Важливим у процесі реформування функціонуючої медичної галузі є вирішення доволі істинної проблеми –зміцнення та збереження здоров'я осіб працездатного віку. Витлумаченням в цьому є існуючий в суспільному житті процес “старіння” населення, що призвів до його депопуляції, а саме: збільшення демоекономічного навантаження на працюючу категорію осіб, труднощів у формуванні трудового ресурсу, забезпечення народного господарства здоровою робочою силою. Особливо властивим це є для осіб жіночої статі, оскільки саме на жінку працездатного віку, покладається ще

тягар берегині сім'ї–жінки–матері, жінки–дружини, жінки–домогосподині, жінки–менеджера, жінки–політика тощо. Особливу турботу серед осіб жіночої статі викликає рак молочної залози, що є найпоширенішим онкологічним захворюванням[8,9].

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

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

На сьогоднішній день остаточно не з'ясовані причини і пускові механізми розвитку доброякісних і злоякісних пухлин молочної залози. Проте, за результатами проведення багатоцільових епідеміологічних і експериментальних досліджень виявлено ряд чинників, що підвищують ризик виникнення пухлин молочної залози .

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

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

Молочна залоза, що належить до органів репродуктивної системи, і є органом–мішенню для стероїдних гормонів яйників, кори наднирників, пептидних гормонів гіпофізу щитовидної залози, а також різноманітних біологічно активних сполук. Певний ритм функціонування репродуктивної системи жінки зумовлює циклічність змін у тканинах молочної залози. Серед причин, що порушують циклічність процесів в молочній залозі і є провідними щодо стимуляції проліферативних процесів у ній, виділяють: ендокринні й обмінні захворювання, гінекологічні захворювання (порушення менструальної функції, запальні захворювання геніталій, міома матки, ендометріоз тощо). Зниження функціональної активності репродуктивної системи також може зумовлювати виникнення захворювань молочної залози.

До чинників ризику виникнення пухлин молочної залози, і перш за все раку молочної залози належать:

- спадковість — випадки раку молочної залози у кровних родичів (у матері, сестри або дочки). У таких жінок ризик розвитку цієї патології у два рази вищий, ніж у інших жінок, особливо, якщо родичі хворіли на рак молочної залози в пременопаузі або рак був двостороннім; наявність кількох випадків раку молочної залози в сім'ї — принаймні в 3х близьких родичів, і це відповідає аутосомній домінантній схемі;

- порушення репродуктивної функції, а саме: непліддя, вік при народженні першої дитини (після 30 років), відсутність пологів, пізня перша вагітність, що закінчилась викиднем (після 30 років), вік початку менструацій до 12 років, вік настання менопаузи (рання або пізня менопауза);

- Вік — з віком підвищується ризик захворювання на рак молочної залози. Найбільший ризик спостерігається у віці 45–75 років з двома піками у віці 45–49 років і 70–74 роки;

- Захворювання щитоподібної залози: тиреотоксикоз, гіпотиреоз;
- Захворювання нервової системи: неврастенія, вегетоневрози, психічні травми та велика кількість стресів;
- Проживання у місті, малорухомий спосіб життя;
- Вживання їжі, що містить велику кількість жирів: червоного м'яса (свинина, яловичина, баранина);
- Паління та вживання алкоголю;
- Надлишкова маса тіла після 40 років;
- Існування дисгормональних гіперплазій, особливо фіброзно–кістозних захворювань молочної залози, інвазивні або неінвазивні форми раку молочної залози з проведенням біопсій з виявленням атипичних гіперплазій і долькової карциноми;

– Неконтрольований прийом комбінованих гормональних контрацептивів.

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

Разом з тим, можна констатувати, що за даними статистики, рівненщина займає одне з останніх місць в Україні за кількістю хворих на рак молочної залози.

Кількість випадків захворювань на рак молочної залози у північних районах Рівненської області: 2011 рік — 63 випадки; 2012 рік — 67 випадків; 2013 рік — 70 випадків; 2014 рік — 65 випадків; 2015 рік — 64 випадки.

У медичному забезпеченні населення існують організаційні канони, коли хвороби, як правило підозрюються чи діагностуються при звертанні пацієнта до лікаря/медичного закладу. Важливу роль у цьому відіграють медичні огляди (профілактичні, попередні, періодичні та цільові) як профілактичні технології, що дає змогу своєчасно виявити чи запідозрити ту чи іншу патологію. У контексті сказаного визначальну роль при підозрі/виявленні злоякісних захворювань молочної залози серед жінок слід відвести регулярним медичним оглядам, зокрема цільовому та профілактичному.

Раннє виявлення — це найкращий захист від хвороби. Чим раніше діагностують це захворювання, тим вищі шанси на повне одужання. Для того, щоб обстежити молочну залозу в домашніх умовах і виявити новоутворення навіть невеликих розмірів достатньо так званого її пальпаторного обстеження. Таким чином можна виявити невеличкі ущільнення у молочній залозі. Тому важливо, щоб кожна жінка оволоділа технікою самообстеження молочних залоз.

Рак молочної залози схильний до швидкого метастазування в регіональні лімфовузли: пахвові, підключичні, парастернальні. Далі зі струмом лімфи ракові клітини поширюються по надключичних, лопаткових, медіастенальних та шийних вузлах, тому пальпацію лімфатичних вузлів при обстеженні необхідно проводити в обов'язковому порядку, що може зробити лише спеціаліст.

Лікування раку молочної залози — хірургічне. Вибір операції залежить від розміру пухлини, ступеня ураженості навколишніх тканин і лімфовузлів. Довгий час практично всім жінкам з виявленою злоякісною пухлиною молочної залози проводилась радикальна мастектомія (повне видалення залози, розташованих поруч лімфатичних вузлів і м'язів грудної клітки, 30

розташованих під нею). Зараз все частіше роблять модифікований аналог операції, коли грудні м'язи зберігають (якщо вони не зачеплені злоякісним процесом) із одночасною постановкою імпланту для зменшення косметичного дефекту. Після оперативного видалення злоякісної пухлини молочної залози жінки перебувають на обліку у мамолога–онколога, регулярно спостерігаються і обстежуються для виявлення рецидиву або метастазів в інші органи. Найчастіше метастази виявляються в перші 3–5 років, потім ризик розвитку нової пухлини зменшується.

Висновки:

1. Самим надійним заходом профілактики раку молочної залози є регулярне обстеження жінок мамологом, контроль за станом статевої системи, щомісячне самообстеження. Всім жінкам старше 35 років необхідно робити мамографію. Частота захворювань на рак молочної залози залежить від особливостей способу життя, взаємодії з канцерогенними чинниками зовнішнього середовища, специфічними моментами побуту та внутрішнього світу людини.

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

3. Своєчасне лікування, в тому числі хірургічне, раку молочної залози дає високу ефективність — від раку молочних залоз виліковуються 95% жінок, у яких захворювання виявлено на першій стадії, 80% жінок, у яких виявлено другу стадію, і лише 50% жінок із третьою стадією захворювання.

**УДК 618.3–06:616.12–008.331.1–037**

**ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВАЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ  
ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ**

*ГЕРЯК С. М., ГУМЕННА І. Є., ДОБРЯНСЬКА В. Ю., КУЦЕНКО Т. І.,  
БАГНІЙ Н. І., КУЦЕНКО І. В., ПЕТРЕНКО Н. В., БАЗЯН І. Г.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільська університетська  
лікарня, Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і  
дитина»

Актуальність проблеми. На сьогоднішній день існує багато спірних питань у виділенні груп ризику, ефективності лікування. Різноманітність запропонованих класифікацій, схем антигіпертензивної терапії, які вважаються оптимальними, значення артеріального тиску, що розглядаються як показання для лікування, дотепер залишають місце для

подальших досліджень, оскільки на сьогоднішній день надзвичайно важко провести рандомізовані дослідження або клінічні випробування через етичні проблеми.

Реальна профілактика ускладнень артеріальної гіпертензії сьогодні базується на діагностиці субклінічних порушень, установці прогностичних критеріїв і превентивній корекції, що попереджує розвиток важких форм захворювання і визначає зниження материнської і перинатальної захворюваності й смертності.

Мета дослідження: виявити фактори, що впливають на розвиток преєклампсії у вагітних з різними видами гіпертензивних розладів.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз медичної документації вагітних жінок з артеріальною гіпертензією, а також преєклампсією, що розвинулася на фоні хронічної артеріальної гіпертензії, які перебували на лікуванні у відділенні патології вагітних та відділенні екстрагенітальної патології Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» за період 2014–2016 рр. При цьому виконана багатопланова розробка 564 карт спостереження за вагітними та жінками з гіпертензивними розладами, які відповідали критеріям включення в дослідження, а саме: наявність одного із варіантів хронічної артеріальної гіпертензії (гіпертонічної хвороби I–II стадії, артеріальна гіпертензія на тлі патологічних станів, що супроводжуються вегето–судинною дисфункцією, та/або епізодів артеріальної гіпертензії в анамнезі); відсутність гіпертонічної хвороби III стадії та симптоматичних артеріальних гіпертензій; відсутність клінічних проявів преєклампсії на початку спостереження; можливість динамічного спостереження за усіма пацієнтками з 12–го тижня до завершення вагітності.

Для зручності статистичної обробки вказані історії пологів було розділено на 4 блоки: перший блок — 138 карт вагітності жінок, які нехтували лікуванням хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності; другий блок — 142 історії вагітності жінок, де основними терапевтичними підходами до лікування хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності було застосування інгібіторів АПФ; третій блок — 144 карти жінок, які отримували для лікування артеріальної гіпертензії вазодилатуючі бета–адреноблокатори; четвертий блок — 140 жінок без артеріальної гіпертензії та/чи іншої соматичної патології на початку спостереження, у яких артеріальна гіпертензія, в тому числі і преєклампсія, розвинулись під час вагітності.

Результати дослідження. В результаті аналізу медичної документації встановлено, що вік вагітних з ХАГ є вищим, ніж у вагітних четвертого блоку. Причому, медіана віку жінок з ХАГ становила 28 років, в т. ч. для першовагітних. Отримані дані свідчать про те, що у більшості пацієнток



синдром хронічної артеріальної гіпертензії формується у молодому віці, а вагітність, як додатковий фактор навантаження, сприяє ранній маніфестації симптомів артеріальної гіпертензії.

Відомо, що суттєвий вплив на хронічне підвищення артеріального тиску можуть спричиняти шкідливі звички та соціальні фактори: тютюнопаління, вживання алкоголю, стресовий та малорухливий спосіб життя, зловживання гострою та солодкою їжею, надмірна вага тощо. Аналіз цих факторів ризику проведено у обстежених пацієнток наведено в таблиці 2. При цьому встановлено, що одним з найважливіших факторів ризику розвитку АГ та розвитку на її фоні поєднаної прееклампсії був спадковий: наявність артеріальної гіпертензії у матері або батька вагітної жінки виявлено у понад 50% обстежених всіх дослідних груп.

Встановлено, що жінок, у яких хронічна артеріальна гіпертензія була в найближчих родичів, в загальному виявилось 290 (51,6%), на несприятливі соціальні фактори вказували 181 пацієнтка (32,1%) з усієї вибірки, курили 133 вагітних (23,6%), в т. ч. під час вагітності 65 (11,5%); пережили важкий стрес 203 обстежених (36,0%), проблему надмірної ваги мали 148 вагітних (26,2%). Слід зауважити, що суттєвої різниці в частоті виявлення факторів ризику АГ серед вагітних всіх обстежених груп не виявлено, разом з тим, вказані фактори ризику могли суттєво впливати на частоту розвитку ускладнень АГ, в т. ч. гестозів. У жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, які нехтували лікуванням, прееклампсія розвивалась в більш ранні терміни, в середньому на 2 тижні раніше. У жінок, які нехтували лікуванням, найбільша кількість випадків переходу хронічної артеріальної гіпертензії в поєднану прееклампсію відбувалась з двома «піками» в 26–28 тижнів (10 жінок) та 33–36 тижнів (14 жінок). При цьому в ранньому терміні вагітності було 2 випадки з прееклампсією важкого ступеня, 6 середнього і 2 легкого; у терміні 33–36 тижнів гестоз розвивався у 16 вагітних, відповідно у 3 жінок — важкого, 7 — середнього і 6 — легкого ступеня. У жінок, які отримували антигіпертензивне лікування до вагітності спостерігався незначний «пік» частоти розвитку поєднаного гестозу в 29–30 тижнів, і повторно в 35–36 тижнів вагітності. У жінок, котрі до вагітності для лікування ХАГ отримували вазодилатуючі бета-адреноблокатори і продовжували приймати їх під час вагітності (3 блок) та у жінок, у яких гіпертензія вперше розвинулась під час вагітності (4 блок) зростання частоти розвитку поєднаної прееклампсії припадало на 36–37 тижні гестації, з переважанням середньотяжкого і легкого ступеня важкості (табл. 4).

Наведені результати свідчать, що найбільша кількість ускладнень хронічної артеріальної гіпертензії прееклампсією спостерігається серед жінок, які нехтували лікуванням, в тому числі у них переважав розвиток гестозу тяжкого і середнього ступенів важкості (43,4% — середній і 9% —

тяжкий). Більше того, у 1 вагітної цієї групи розвинулась еклампсія (на 34 тижні вагітності). У жінок, котрі отримували лікування хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності спостерігався суттєво нижчий відсоток тяжкої прееклампсії. Переважали середній та легкий ступені прееклампсії, але також мав місце один випадок еклампсії у вагітної на 36 тижні. Хронічна артеріальна гіпертензія у цієї вагітної мала резистентний перебіг і погано піддавалась медикаментозній корекції. У вагітних з хронічною артеріальною гіпертензією, які отримували вазодилатуючі бета-адреноблокатори, гестоз розвивався в найпізніший термін, і при цьому переважали легкий або середній ступені важкості.

В цілому, можна узагальнити, що факторами ризику важчого перебігу гіпертензивних розладів у вагітних є вік першородячих жінок (старше 28 років), наявність спадкової схильності до артеріальної гіпертензії (наявність гіпертензії у матері або батька), нераціональне харчування, шкідливі звички (зокрема тютюнопаління) та стрес.

Хронічну артеріальну гіпертензію під час вагітності слід розглядати як один з факторів ризику виникнення прееклампсії та поєднаного гестозу, а низьку ефективність антигіпертензивної терапії або відсутність комплаєнсу можна вважати передвісником розвитку цих ускладнень. Наявність нелікованої хронічної артеріальної гіпертензії провокує маніфестацію прееклампсії та поєднаного гестозу у вагітних на 2–3 тижні раніше, ніж у жінок без артеріальної гіпертензії або при її адекватній терапії. Зауважимо також, що у вагітних, які використовували для лікування хронічної артеріальної гіпертензії вазодилатуючі бета-адреноблокатори, а також у жінок, у яких артеріальна гіпертензія вперше виникла під час вагітності, прееклампсія розвивалась з частотою, наближеною до частоти у загальній популяції і перебігала з переважанням легкого та середнього ступенів важкості.

#### Висновки.

1. Наявність некорегованої хронічної артеріальної гіпертензії у вагітних суттєво підвищує частоту розвитку у них пізніх гестозів і значно погіршує прогноз виношування вагітності.

2. Застосування адекватної антигіпертензивної терапії вазодилатуючими бета-адреноблокаторами сприяє достовірному зниженню частоти розвитку прееклампсії та важкості її перебігу.

Перспектива подальших досліджень. Отримані результати дослідження свідчать про несприятливий вплив хронічної артеріальної гіпертензії на частоту розвитку та важкість перебігу пізніх гестозів, що обґрунтовує доцільність вивчення клінічної ефективності різних груп антигіпертензивних засобів у вагітних з артеріальною гіпертензією та можливості їх комбінованого застосування.

**ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ  
У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ**

*ГЕРЯК С. М., КУЦЕНКО В. В., ЛАБІВКА О., САК І. М., ТРОЯНЕНКО А. М.,  
ДОБРЯНСЬКА В. Ю., ПОЧТАРЬ М. К., СТЕЛЬМАХ О. Є.*

*ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України", Тернопільський обласний  
клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»*

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

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

Матеріали і методи. В дослідженні прийняло участь 35 вагітних жінок від 20 до 42 років, у яких був цукровий діабет. Контрольну групу склали 20 вагітних без ознак дисбіозу. Всі ці пацієнтки приймали протягом 10 днів препарат Гінодек, який використовується у вигляді вагінального гелю, до складу якого входить декаметоксин та гіалуронова кислота. Гель підтримує рН та вологість слизової піхви, завдяки чому допомагає формувати нормальну мікрофлору, захищає від різних інфекції, усуває дискомфорт та сухість в статевих органах. Декаметоксин чинить антимікробну, протигрибкову дію та концентрується на цитоплазматичній мембрані (ЦПМ) мікробної клітини і з'єднується з фосфатидними групами ліпідів мембран, порушуючи проникність ЦПМ мікроорганізмів. Декаметоксин високоактивний відносно мікроорганізмів стійких до антибіотиків.

Декаметоксин не всмоктується слизовими оболонками, неушкодженою шкірою та рановою поверхнею. Гіалуронова кислота має властивість зв'язувати воду, чим забезпечує підтримку вологості в слизовій оболонці піхви, проявляє регенеруючі та ранозагоювальні властивості, а також покращує відновлюючі процеси в слизовій оболонці піхви. Рекомендована доза при станах, що супроводжуються сухістю слизової оболонки піхви та інфекційно-запальних захворюваннях статевих органів становить 5 мл 1–2 рази на добу, курс лікування — 7–10 днів. Усім пацієнткам проводили мікроскопічне визначення мікробіоти піхви до та після курсу лікування (табл. 1).

Таблиця 1

Результати дослідження мікробіоти піхви вагітних жінок із цукровим діабетом до та після лікування.

Мікрофлора	До лікування(кон- центрація КУО/мл)	Після лікування(кон- центрація КУО/мл)
Lactobacillus spp	Не виявлено	$10^6$
Enterobacteriaceae	$10^3$	Не виявлено
Streptococcus spp	$10^4$	Не виявлено
Staphylococcus spp	$10^3$	$10^2$
Gardnerella vag	$10^6$	Не виявлено
Lachnobacterium/Clostridium	$10^5$	Не виявлено
Mobiluncus/Corynebacter	$10^4$	Не виявлено
Peptostreptococcus	$10^3$	$10^2$
Fuzobacterium	$10^6$	$10^3$

Висновки. Отримані результати вказують на високу ефективність застосування запропонованого препарату Гінодек і дають можливість обґрунтовано призначати його при дисбіозі піхви у вагітних із цукровим діабетом. Крім того лікування цим препаратом не супроводжується побічними ефектами, такими як подразнення піхви та добре переносить пацієнтками.

УДК 618.3:616–35:[615.356+612.392.69]

## ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТАМІННО–МІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ

*ГЕРЯК С. М., ПЕТРЕНКО Н. В., ДОБРЯНСЬКА В. Ю., ШВЕД М. І.*

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

Встановлено, що у жінок, у яких мають місце соціальні і/або медичні фактори ризику під час вагітності, частіше розвиваються такі акушерські чи перинатальні ускладнення, як дисфункція плаценти, невиношування, затримка росту плода, прееклампсія, патологічний перебіг пологів тощо. Однією з причин розвитку цих ускладнень може бути недостатнє забезпечення вітамінами та мікроелементами жінки під час гестації. Впровадження комплексу лікувально–профілактичних заходів з використанням вітамінно–мінерального препарату емфетал сприяє достовірному зниженню розвитку найчастіших акушерських ускладнень.

Ключові слова: ускладнення вагітності, вітамінно–мінеральний комплекс, профілактика.

Вступ. Завданням акушерів–гінекологів є зниження частоти розвитку ускладнень вагітності та перинатальної смертності. Крім того, велике значення має також перинатальна захворюваність, яка суттєво впливає на здоров'я майбутніх поколінь і вимагає значних матеріальних затрат [2, 5]. Тому зниження перинатальної захворюваності та смертності особливо важливе для покращання демографічних показників в Україні. На формування здоров'я новонародженого значно впливає стан здоров'я батьків, особливо жінок, перебіг вагітності, пологів та раннього періоду новонародженості, що значною мірою залежить від взаємопов'язаних між собою соціальних і медичних факторів [7].

За даними світових популяційних досліджень, розвиток захворювань у дівчаток і жінок, ускладнений перебіг вагітності та пологів, а також перинатальна патологія часто виникають внаслідок несприятливих соціально–економічних впливів, таких як незадовільний екологічний стан, шкідливі умови на виробництві, низьке матеріально–фінансове забезпечення життєдіяльності сім'ї, недостатнє харчування, шкідливі звички (зловживання спиртними напоями, куріння, наркоманія), низька культура населення тощо [9, 10]. Разом з тим, 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 [6].

Крім того, вагітність, навіть за умови її фізіологічного перебігу, супроводжується напруженням усіх видів обміну. Ці зміни виникають вже починаючи з I триместру вагітності, зростають в період функціональної перебудови ендокринних систем, що забезпечують вагітність, і продовжуються в післяпологовому періоді та під час грудного вигодовування [1, 3].

Ретельне динамічне спостереження за перебігом вагітності дає можливість частково усунути негативні впливи деяких соціальних факторів на організм вагітної (шкідливі умови на виробництві, психологічний стрес), а інші (нераціональне харчування, несприятливі екологічні умови) можна успішно корегувати чи компенсувати [1, 8, 11].

В дослідженнях з вивчення харчових раціонів населення України доведено, що у більшості жінок репродуктивного віку має місце виражений дефіцит білків та жирів тваринного походження, морепродуктів, риби на фоні надмірного вживання рафінованих вуглеводів. За рахунок такої зміни якісного складу їжі забезпечується компенсація енергетичних потреб організму, проте формується хронічний дефіцит вітамінів та мінералів. За цих умов збільшена потреба білків, вітамінів і мікроелементів під час вагітності та лактації вимагає додаткової компенсації їх дефіциту [2]. Важливим є факт, що дефіцит вітамінів і мінералів можна спостерігати не лише в зимово-весняний період, а й у літньо-осінній, що свідчить про формування у більшості населення вкрай несприятливого типу полігіповітамінозу в поєднанні з дефіцитом мікроелементів [1]. Для нормальної життєдіяльності організму жінки, як і плода, необхідне підтримання відповідного балансу вітамінів, мікро- та макроелементів, який визначається абсолютним рівнем вітамінів або їх метаболітів чи їх співвідношенням. Як і вітаміни, мікроелементи функціонують як коензими (коферменти), беручи участь у процесах утворення енергії, росту і відновлення організму тощо [3, 9, 12].

Результати популяційних досліджень свідчать про недостатнє вживання і зростаючий дефіцит ретинола ацетат (віт. А), вітамінів групи В, аскорбінової кислоти (віт. С), токоферола ацетат (віт. Е) і таких мікроелементів, як залізо, цинк, магній, йод та селен, у значної частини населення України. Цей дефіцит найчастіше має характер поєднаної вітамінно-мінеральної недостатності [1, 2, 7]. Разом з тим, діагностика полігіповітамінозу утруднена в зв'язку з відсутністю патогномонічної клінічної картини, поєднанням з патологією внутрішніх органів, симптоми якої превалюють. При цьому в сучасних умовах в клінічній практиці немає можливості широко визначити кількісний вміст вітамінів та мікроелементів через недостатню забезпеченість лабораторій відповідною апаратурою і реактивами.

Важливо відмітити, що дефіцит мікро– та макроелементів негативно впливає на перебіг вагітності. Доведено, що маніфестний чи латентний дефіцит заліза, міді й цинку є фактором ризику розвитку анемії під час вагітності та кровотечі в післяпологовому періоді, недостатність кальцію супроводжується порушенням скоротливої функції матки під час і після пологів, розвитком передчасних пологів. Достатня кількість магнію сприяє покращанню кровопостачання плода і відіграє важливу роль у профілактиці невиношування вагітності на ранніх термінах та гіпертензивних розладів — на пізніх. Фолієва кислота вкрай необхідна для повноцінної закладки і розвитку нервової трубки у плода, тоді як йод — для головного мозку й щитоподібної залози плода. Достатня кількість вітамінів групи В (В<sub>1</sub> — В<sub>6</sub>) є надійною профілактикою виникнення раннього токсикозу. Нестача цинку викликає передчасні пологи. Для нормального засвоєння йоду організмом необхідний селен, а для кальцію — кальциферолі (віт. D). Під час вагітності віт. А забезпечує ріст плода, віт. С — формування і дозрівання плаценти [7, 10, 11].

Отже, зміна якісного складу харчових раціонів, хронічний дефіцит вітамінів та мікро– і макроелементів у поєднанні з напруженням метаболічних процесів й підвищеною потребою у їх вживанні під час вагітності обґрунтовують доцільність та необхідність оптимізації тактики ведення вагітності з використанням вітамінно–мінеральних комплексів для запобігання виникнення акушерських ускладнень і зниження перинатальної захворюваності й смертності.

Мета дослідження — прогнозоване зниження акушерських та перинатальних ризиків у вагітних груп ризику за допомогою профілактичного застосування вітамінно–мінерального комплексу емфетал.

Матеріали і методи. На першому етапі дослідження нами проведено статистичний аналіз перебігу вагітності у 1000 жінок, які народили у ТОКПЦ «Мати і дитина» у 2013–2014 рр. При взятті на облік в жіночій консультації вони становили групу ризику з розвитку акушерської та перинатальної патології (І група). До цієї групи ввійшли пацієнтки з одним або кількома факторами ризику: вік старше 30 років, високий паритет, вплив шкідливого виробництва, неодружені, непрацюючі, курці, робота за комп'ютером, підвищений індекс маси тіла.

До II групи ввійшло 47 вагітних групи ризику, які при терміні вагітності 5–7 тижнів отримали детальні рекомендації з харчування, фізичної активності та вживали вітамінно–мінеральний комплекс емфетал по 1 таблетці 2 рази на добу двома курсами протягом 28 днів в I та II половині вагітності. Даний комплекс обрано тому, що він містить ретинолу ацетат — 0,4 мг, тіаміну гідрохлорид — 1,1 мг, рибофлавіну — 0,8 мг, кальцію пантотенат — 4,5 мг, піридоксину гідрохлорид — 1,5 мг, кислоти

фолієвої — 200 мкг, ціанокобаламіну — 1,5 мкг, аскорбінової кислоти — 45 мг, холекальциферолу — 5 мкг,  $\alpha$ -токоферолу ацетату — 10,0 мг, нікотинамиду — 13,5 мг, біотину — 75 мкг, мікро- і макроелементи: кальцій — 160 мг, магній — 45 мг, залізо — 13,5 мг, цинк — 7,5 мг, марганець — 0,9 мг, мідь — 0,45 мг, йод — 100 мкг, молібден — 22,5 мкг, селен — 20 мкг, хром — 12,5 мкг, що повністю відповідає добовій потребі для вагітних у вітамінах та мікроелементах згідно з рекомендаціями ВООЗ. Отримані результати про перебіг вагітності у цих жінок зіставляли з аналогічними даними, одержаними при аналізі історій пологів жінок I групи.

Обстеження всіх вагітних проводили згідно із сучасними рекомендаціями регламентованими наказом МОЗ України від 15. 07. 2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Прогресування вагітності оцінювали за гравідограмою та приростом маси тіла під час вагітності. Стан плода визначали в 9–11, 16–22 тижнів та при показаннях під час УЗД. Враховували наявність ускладнень, час їх появи, частоту госпіталізації, ефективність терапії. Загрозу переривання вагітності в ранні терміни визначали за результатами оцінки суб'єктивного та об'єктивного статусу вагітної, наявністю кров'янистих виділень, довжиною шийки матки. Діагноз анемії встановлювали на основі величини рівня гемоглобіну, гематокриту, кількості еритроцитів, їх морфометричних параметрів, кольорового показника, клінічною картиною анемічного, гіпоксичного та сидеропенічного синдромів. При гіпертензивних розладах оцінювали час їх появи та ступінь вираженості. Перебіг пологів аналізували за партограмою та об'ємом крововтрати. У післяпологовому періоді зіставляли антропометричні параметри новонароджених, їх адаптацію за шкалою Апгар.

Результати та їх обговорення. Ретроспективний аналіз історій пологів перебігу вагітності і пологів у групі жінок із соціальними і/або медичними факторами ризику розвитку акушерської патології показав, що у них під час вагітності виникає значно більше ускладнень, ніж у загальній популяції (табл. 1). Так, загрозу переривання вагітності в I триместрі діагностували у 280 (28%) жінок, при цьому у 101 (10,1%) з них вона повторювалася в II і III триместрах. З приводу істміко-цервікальної недостатності 24 (2,4%) вагітним було накладено циркулярний шов на шийку матки. У 31 (3,1%) жінки вагітність завершилася самовільним її перериванням в терміни 9–13 тижнів. У II триместрі вагітності симптоми невиношування, які потребували госпіталізації до стаціонару, відмічено у 125 (12,5%), у 63 (6,3%) відбулися передчасні пологи в терміни  $(32,2 \pm 0,8)$  тижнів.

Анемія діагностована у 583 (58,3%) вагітних, серед них 436 (74,8%) отримували антианемічну терапію препаратами заліза, які були ефективними лише у 30%.



Таблиця 1

Частота розвитку ускладнень вагітності у жінок групи ризику з та без використання вітамінно–мінерального комплексу

Показник	Без лікування (n = 1000)		З використанням вітамінно– мінерального комплексу (n = 47)	
	абс. од.	%	абс. од.	%
Невиношування				
в ранньому терміні	280	28	3	6,4*
в пізніх термінах	101	10,1	–	–
Накладання шва на шийку матки	24	2,4	2	4,2*
Передчасні пологи	63	6,3	2	4,2
Анемія	583	58,3	3	6,4*
Прееклампсія				
тяжка	4	0,4	–	–
середнього ступеня	14	1,4	–	–
легкого ступеня	147	14,7	3	6,3*
Дисфункція плаценти	906	90,6	7	14,9*
Багатоводдя	244	24,4	1	2,1*
Маловоддя	186	18,6	4	8,5
Синдром затримки росту плода	68	6,8	2	4,2*
Антенатальна загибель плода	14	1,4	–	–
Вроджені вади розвитку центральної нервової системи плода	4	0,4	–	–
Патологічний прелімінарний період	86	8,6	2	4,2*
Слабкість пологової діяльності	181	18,1	2	4,2*
Дистрес плода	27	2,7	1	2,1
Асфіксія	25	2,5	1	2,1
Кесарів розтин	21	2,1	–	–
Гіпотонічна маткова кровотеча	23	2,3	1	2,1

\* Різниця показників щодо нелікованих вагітних достовірна,  $p < 0,001$ .

Гіпертензивні розлади мали місце у 165 (16,5%) вагітних, при цьому тяжка прееклампсія — у 4 (0,4%), що стало причиною дострокового розродження. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості діагностована у 14 (1,4%), легкого ступеня — у 147 (14,7%) вагітних. Підвищення

артеріального тиску найчастіше маніфестувало в терміні вагітності ( $32,4 \pm 0,6$ ) тижні.

Дисфункція плаценти за рахунок потовщення плаценти, її передчасного старіння, наявності петрифікатів, кіст та ущільнень діагностували у 906 (90,6%) вагітних. Синдром затримки росту плода (за даними його УЗД) мав місце у 68 (6,8%) вагітних. Багатоводдя виявили у 244 (24,4%) жінок, маловоддя — у 186 (18,6%). Антенатальна загибель плода настала у 14 (1,4%) пацієнок, вади розвитку центральної нервової системи плода виявлені у 4 (4%).

Перебіг пологів ускладнився патологічним прелімінарним періодом у 86 (8,6%) породіль. Слабкість пологової діяльності встановлено у 181 (18,1%) вагітної, при цьому медикаментозна корекція була ефективною лише у 88 (8,8%). З них у 12 (1,2%) виникла необхідність застосування вакуум-екстрактора, у 21 (2,1%) родорозршення проведено шляхом кесаревого розтину.

Перебіг післяпологового періоду ускладнився гіпотонічною матковою кровотечею з крововтратою понад 0,5% маси тіла у 23 (2,3%), середній об'єм крововтрати в пологах становив — ( $350 \pm 30$ ) мл.

Середня оцінка за шкалою Апгар при народженні немовлят становила на 1-й хвилині ( $7,5 \pm 0,4$ ) бала, на 5-й — ( $8,2 \pm 0,2$ ) бала. В стані тяжкої асфіксії народилось 4 дитини, помірної — 8, легкої — 15. Середня маса новонароджених становила ( $3012,5 \pm 120,0$ ) г, зріст — ( $48,2 \pm 1,9$ ) см.

Одночасно у цих вагітних (із соціально-медичними факторами ризику розвитку акушерської патології) під час лабораторного біохімічного дослідження встановлено зниження рівня в плазмі крові віт. С, важливих іонізованих макро- та мікроелементів магнію, йоду, селену, заліза.

Загалом слід відмітити, що у більшості обстежених вагітних (968; 96,8%) протягом усього терміну гестації виявлено одне і більше ускладнень, що потребувало госпіталізації. При цьому 381 (38,1%) вагітну госпіталізували двічі і 168 (16,8%) — три та більше разів. В ургентному порядку оперативне розродження проведено у 33 (3,3%) пацієнок.

Таким чином, проведений нами аналіз показав, що у жінок, із соціальними і/або медичними факторами ризику гестаційний процес найчастіше ускладнювався невиношуванням, розвитком дисфункції плаценти, анемії, багато- чи маловоддя, прееклампсії, синдрому затримки росту плода, передчасних пологів, патологічного перебігу пологів, підвищеною крововтратою в пологах. На нашу думку розвитку вищевказаних ускладнень вагітності могли сприяти низький рівень в плазмі крові цих пацієнок концентрації іонізованих мікроелементів та деяких вітамінів, необхідних для нормального розвитку плода і фізіологічного

перебігу вагітності. При патологічному перебігу вагітності необхідне було призначення відповідного лікування та профілактичних заходів.

Враховуючи отримані результати дослідження у вагітних групи ризику, ми розробили рекомендації з раціонального харчування, фізичної активності та додатково прийому двох курсів вітамінно–мінерального комплексу емфетал для запобігання розвитку акушерських ускладнень. Застосування розробленої лікувальної програми показало кращу ефективність щодо запобігання акушерським та перинатальним ускладненням порівняно з групою жінок, які її не отримували (див. табл. 1).

За результатами аналізу перебігу вагітності у жінок, які отримували запропонований комплекс лікування і профілактики, встановлено, що загроза переривання вагітності в I триместрі мала місце лише у 3 (6,4%), циркулярний шов на шийку матки накладено 2 (4,2%), передчасні пологи відбулися у 2 (4,2%). Порівнюючи отримані результати лікування з даними статистичного аналізу у пацієнок I групи, відмітили, що використання вітамінно–мінерального комплексу емфетал у вагітних сприяло зменшенню частоти невиношування вагітності в I триместрі в 4 рази ( $P < 0,001$ ), потребі в накладанні шва на шийку матки — в 2 рази ( $P < 0,001$ ), госпіталізації — в 7 разів ( $P < 0,05$ ).

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

Як показали наші дослідження, гестоз мав місце лише у 3 (6,3%) вагітних, які отримували запропонований вітамінно–мінеральний комплекс, а випадків преєклампсії тяжкого та ступеня середньої тяжкості не діагностували. При цьому преєклампсію легкого ступеня спостерігали в 2,3 рази рідше ( $P < 0,05$ ), ніж у жінок, які не приймали запропонований лікувальний комплекс. Слід відмітити, що гестоз у жінок, які приймали вітамінно–мінеральний комплекс, розвивався набагато пізніше, в терміні  $(35,9 \pm 0,4)$  тижні. На підставі цих клінічних спостережень можна припустити, що завдяки достатньому надходженню мікроелементів магнію, селену, цинку та вітамінів групи B і E настає покращання мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, що гальмує початок розвитку преєклампсії й сприяє її перебігу в легшій формі.

Серед обстежених нами вагітних після проведеного лікування дисфункцію плаценти діагностували у 7 (14,9%), що проявлялось у синдромі затримки росту плода у 2 (4,2%) та поєднувалось з багатоводдям у 1 (2,1%) або маловоддям у 4 (8,5%). Випадків антенатальної загибелі та вроджених вад розвитку центральної нервової системи плода при застосуванні емфеталу не виявлено. Слід відмітити, що порушення

матково–плацентарного кровообігу при застосуванні вітамінно–мінерального комплексу, як і синдром затримки росту плода, зустрічали в 6 разів рідше ( $P < 0,001$ ). Тому можна дійти висновку, що застосування запропонованих рекомендацій мало позитивний вплив на запобігання розвитку багатьох ускладнень вагітності, частоти, яких достовірно зменшилася.

Таким чином, полівітамінний комплекс сприяв нормалізації мікроциркуляції в плаценті, покращанню окисно–відновних процесів, активації ендогенних антиоксидантних ферментних систем, що забезпечило розвиток компенсаторних механізмів для функціонування системи мати–плацента–плід та сприяло нормальному перебігу вагітності й розвитку плода.

Аналіз перебігу пологів у жінок, які використовували полівітамінно–мінеральний комплекс, також показав хороші клінічні результати. Так, патологічний перебіг преліментарного періоду мав місце лише у 2 (4,2%) породілля, тобто в 2 рази рідше ( $P < 0,05$ ), ніж у жінок, які не отримували лікування. Слабкість пологової діяльності розвинулась у 2 (4,2%) пацієнток, проте це ускладнення ефективно коригували лікарськими засобами. Дистрес плода виник в 1 (2,1%) випадку, що спричинило народження дитини в стані легкої асфіксії. Показань до оперативного розродження у породіль даної групи не було.

Слід також зауважити, що частота розвитку післяпологової маткової кровотечі у групах достовірно не різнилася. Проте об'єм крововтрати у жінок II групи в післяпологовому періоді становив ( $285 \pm 25$ ) мл ( $P < 0,01$ ) і був достовірно нижчим, ніж у жінок, які не отримували вітамінно–мінерального комплексу. Очевидно, за рахунок використання останнього достатній рівень мікро– і макроелементів забезпечував контрактильну активність матки, що позитивно впливало на запобігання післяпологовій кровотечі [1, 9].

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар на 1–й хвилині становила ( $8,2 \pm 0,2$ ) бала, на 5–й хвилині — ( $8,9 \pm 0,2$ ) бала ( $P < 0,05$ ), що свідчить про кращі адаптаційні резерви новонароджених від породіль II групи. В стані асфіксії народилася 1 дитина (внаслідок дистресу, зумовленого тугим обвиттям пуповини навколо ший плода).

Маса тіла новонародженого від жінок, які отримували лікувальний комплекс, становила ( $3354,3 \pm 101,0$ ) г, зріст — ( $52,1 \pm 1,7$ ) см. Зіставляючи отримані результати, слід відмітити, що маса тіла новонароджених, матері яких отримували повноцінну дієту та вітамінно–мінеральний комплекс, була на 341,8 г ( $P < 0,05$ ) вищою. В цілому застосування запропонованого комплексу лікувально–профілактичних заходів з використанням вітамінно–мінерального препарату емфетал забезпечило народження дітей з кращими

антропометричними даними, без асфіксії та швидкою адаптацією до позаутробного життя.

Таким чином, аналіз отриманих результатів показав, що з настанням вагітності істотно змінюються потреби вагітної за рахунок збільшення основного обміну та відбувається виснаження депо деяких важливих вітамінів, мікро- і макроелементів. Ці зміни мають адаптаційний характер й спрямовані, в першу чергу, на забезпечення правильного розвитку ембріона і плода, що особливо помітно в II половині вагітності. Тому порушення в харчуванні жінки можуть суттєво впливати на перебіг вагітності, розвиток ускладнень, перебіг пологів та післяпологовий період. Враховуючи, що навіть найбільш повноцінне харчування не забезпечує всі потреби вагітної та її малюка, одним з шляхів вирішення даної проблеми є додаткове включення в протокол ведення вагітних груп ризику курсів профілактичного прийому комплексного вітамінно-мінерального препарату емфетал.

Висновки. 1. У жінок із соціальними і/або медичними факторами ризику вагітність часто ускладнюється розвитком дисфункції плаценти (90,6%), невиношуванням в ранніх термінах (28%), анемією (58,3%), багатоводдям (24,4%), маловоддям (18,6%), прееклампсією (16,5%), синдромом затримки росту плода (6,8%), передчасними пологами (10,1%) та патологічним перебігом пологів (26,7%). 2. Враховуючи, що однією з причин розвитку високої частоти ускладнень у вагітних групи ризику є недостатнє забезпечення організму вітамінами та мікроелементами під час гестації, вважаємо, що застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів з використанням вітамінно-мінерального препарату емфетал сприяє достовірному зниженню розвитку найчастіших ускладнень вагітності та пологів і забезпечує народження дитини з кращими антропометричними даними та швидкою адаптацією до позаутробного життя.

Список літератури в редакції

**УДК 618.14–007.61–085.357**

**ВИБІР ГЕСТАГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ  
ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ  
ПАТОЛОГІЄЮ**

*ГРОХОВСЬКА М. В., КОРНІЄНКО В. Г.*

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Суттєву роль у генезі розвитку патологічних процесів в ендометрії відіграють зміни гормонального гомеостазу, порушення метаболічних процесів, зміни на клітинному та субклітинному рівнях у ендометрії, тощо.

Різноманітність патогенетичних ланок розвитку гіперпластичних процесів ендометрію зумовлює необхідність диференційованого підходу та оцінки ефективності застосування медичних препаратів при лікуванні гіперплазій ендометрію особливо у жінок з екстрагенітальною патологією.

Ставили за мету оцінити антипроліферативний ефект і вплив гестагенних препаратів, що застосовували при лікуванні гіперпластичних процесів ендометрію у жінок з екстрагенітальною патологією на обмінні процеси.

115 пацієнток перименопаузального віку з гіперплазією ендометрію були розділені на групи та підгрупи залежно від присутньої соматичної патології і застосованого синтетичного гестагена відповідно. Хворим проводили загальноклінічні обстеження, вивчали гормонограму та показники ліпідного та вуглеводного обмінів, досліджували  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ –АТР–азну активність ендоплазматичного ретикулума клітин ендометрію. В діагностичний алгоритм включили ехографічне, ендоскопічне та гістологічне обстеження. Оцінювали ефективність застосування та вплив на перебіг супутніх захворювань похідних дідрогестерону, норетістерону, 17 ОН–прогестерону в зв'язку з чим в кожній групі обстежуваних жінок було виділено по три підгрупи відповідно.

При порівнянні вмісту різних фракцій ліпідів у 69,9% жінок відмічалася гіперхолестеринемія. У показниках ліпідного спектру крові серед жінок I групи спостереження виявлялись підвищення тригліцеридів у 4(8,9%) випадках, атерогенних фракцій (ХС–ЛПНЩ) ліпопротеїнів — у 9(20,0%), зниження антиатерогенної фракції (ХС–ЛПВЩ) ліпідів — у 14(31,1%). У цих хворих коефіцієнт атерогенності знаходився на верхній межі норми. Зміни секреції гіпофізарно–яєчникових гормонів проявлялись підвищенням рівня ФСГ і ЛГ в сироватці крові, підвищенням рівня естрадіолу, особливо у пацієнток із ожирінням, і зниженням рівня прогестерону у 77,5% пацієнток, субклінічний гіпотироз виявляли у 16,5%, підвищена активність тироїдних гормонів — у 6,1%. Встановлено, що характер екстрагенітальної патології у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію суттєво не впливав на патоморфологічні перетворення ендометрію при застосуванні різних груп прогестагенних препаратів. Проте, виявлено різницю у впливі на ліпідний спектр крові даних прогестагенів. Так, застосування похідних дідрогестерону і норетістерону сприяло зниженню рівня загального холестерину. В той же час при призначенні дюфастону спостерігалось зниження рівня атерогенної фракції ліпідів на 10,2%, а також, тенденція до зниження рівня тригліцеридів (на 6,7%), тоді як примолют–нор та 17–ОПК не впливали на показники ліпідних фракцій. Отже, зниження атерогенного потенціалу ліпідів внаслідок застосування похідних дідрогестерону необхідно розцінювати як позитивний вплив на

обмінно–метаболічні порушення у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію та екстрагенітальною патологією.

#### Висновки

1. Гормональна терапія гіперпластичних процесів ендометрію у жінок з обмінно–метаболічними порушеннями на тлі екстрагенітальної патології має бути диференційованою, із застосуванням прогестинів, які позитивно впливають на метаболічну активність.

2. При відсутності обмінно–метаболічних порушень перевагу у лікуванні гіперпластичних процесів ендометрію необхідно віддавати засобам з найбільш вираженими трансформуючим впливом на ендометрій.

**УДК 618.3–06:612.12–008.318–06:616.126.42–085.22**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІВОРЕЛЮ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ ІЗ ШЛУНОЧКОВОЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ НА ФОНІ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ**

*ДОБРЯНСЬКА В. Ю., ШВЕД М. І., ГЕРЯК С. М.*

ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського

Метою дослідження було визначити ефективність та безпечність застосування метаболічного кардіо– та ендотелійпротекторного засобу в комплексній терапії шлуночкової екстрасистолії у вагітних з пролапсом мітрального клапана.

Матеріали і методи дослідження. Робота ґрунтується на результатах комплексного обстеження 53 вагітних, в яких діагностовано пролапс мітрального клапана (ПМК) із та без частотої екстрасистолії. Вік пацієнток був від 19 до 28 (у середньому  $21,7 \pm 3,2$ ) років. Групу контролю склали 14 здорових вагітних того ж віку та терміну вагітності. Обстеження включало: 1) загально–клінічне обстеження; 2) анкетування за розробленою анкетой для виявлення фенотипових маркерів сполучно–тканинної дисплазії (СТД) і стигм дизембріогенезу, спадковості різними захворюваннями; 3) ЕКГ — дослідження в 12 загальноприйнятих відведеннях; 4) ХМ ЕКГ за допомогою програмно–апаратного комплексу “DiaCard” (“Сольвейг”, Україна); 5) визначення варіабельності серцевого ритму (BCP); 6) ЕхоКГ — дослідження в М–, В– і Д–режимах на апараті “Toshiba istyle SSA–580A”; 7) визначення електролітного балансу крові — вмісту в плазмі  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$  і  $\text{K}^{+}$  (колориметричним методом за допомогою фотометру Biosystems BTS–330).

Після попередньої рандомізації (критерії — варіант екстрасистолії) та за згоди пацієнта, хворим із ПМК та частою екстрасистолією було призначено два варіанти антиаритмічної терапії (ААТ) та відповідно

виділено дві групи лікування. У першу групу (n=27) увійшли пацієнтки, в яких в якості антиаритмічного препарату був застосований небіволол у дозі 2,5–5 мг/добу та пентагідроксікапронова кислота в вигляді магнієвої і калієвої солі в дозі 720 мг/добу; у другу (n=26) — комбінація (небіволол 2,5 — 5 мг/добу + ритмокор 720 мг/добу + тіворель по 100 мл/добу внутрішньовенно, до складу якого входить 4,2 г L-аргініну та 2 г L-карнітину). Оцінка антиаритмічної ефективності (ААЕ) терапії проводилась за клініко–інструментальними даними через 10–15 днів лікування, повторне комплексне обстеження — при терміні вагітності 36 тижнів.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою програми StatSoft „Statistica” v. 6. 0. із застосуванням методів непараметричної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. При порівняльному клінічному обстеженні вагітних дослідної та контрольної груп було виявлено, що в якості фенотипових маркерів ПМК та аритмогенезу в жінок слід розглядати: зріст > 180 см, гіпермобільність суглобів, підвищену розтяжність шкіри, ознаки зап'ястку та великого пальця, варикоз (p<0,001). Також відмічено, що екстрасистолічна аритмія асоціювалась із такими характеристиками ПМК як ступенем пролабування передньої стулки МК, наявністю міксоматозної дегенерації (МД) стулок, мітральної регургітації (МР) та двохстулковим пролабуванням, які разом з аритмією і визначають тяжкість та особливості перебігу ПМК у вагітних.

Результати ЕКГ–дослідження свідчили, що наявність екстрасистолії у вагітних, хворих на ПМК, на відміну від здорових осіб без аритмії, асоціюється з низкою змін ЕКГ–параметрів, що характеризують електрофізіологічні властивості міокарда передсердь, шлуночків та провідної системи серця — збільшення величини ЧСС у спокої (94,0 проти 72,0 за хв, p<0,001), співвідношення P/P–Q (0,66 проти 0,58, p<0,05), вольтажного критерію Соколова–Лайона (S<sub>V1</sub> + R<sub>V5</sub>) (28,0 проти 22,0 мВ, p<0,001), величини дисперсії зубця Р (dP) (24,0 проти 16,0 мс, p<0,001) і коригованого інтервалу Q–Т (dQ–Т) (43,0 проти 41,0 мс, p<0,05), частоти реєстрації випадків із укороченням інтервалу P–Q (P–Q ≤ 10 мс) (22,6 проти 0%, p<0,05). Отримані електрофізіологічні порушення серця стали обґрунтуванням для включення в комплексну терапію вагітних з ПМК та шлуночковою екстрасистолією бета–адреноблокатора з вазопротекторними властивостями небіволулу.

Результати аналізу проведеного ЕхоКГ–дослідження засвідчили, що в пацієнток із ПМК і екстрасистолією, на відміну від вагітних без аритмії, спостерігається достовірне збільшення величини кінцево–систоличного розміру лівого шлуночка (КСР) і його індекса (іКСР) (35,1 проти 30,8 мм і 18,9 проти 16,7 мм/м<sup>2</sup> відповідно, p<0,05), товщини задньої стінки лівого



шлуночка (ТМЗС) (9,7 проти 8,9 мм,  $p < 0,05$ ), товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП) (9,8 проти 8,8 мм,  $p < 0,001$ ), відносної товщини міокарда (ВТМ) (0,39 проти 0,35,  $p < 0,05$ ), величини розміру правого шлуночка (ПШ) (33,0 проти 29,0 мм,  $p < 0,05$ ), індексу маси міокарда лівого шлуночка (іММЛШ) (114,8 проти 96,5 г/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), часу сповільнення раннього діастолічного наповнення (Tdec) (179 проти 166 мс,  $p < 0,05$ ) і ізоволюметричного розслаблення міокарда (IVRT) (82 проти 71 мс,  $p < 0,05$ ) та зменшення величини фракції викиду (ФВ) (56,7 проти 63,2%,  $p < 0,001$ ), швидкості циркулярного скорочення волокон міокарда ( $V_{cf}$ ) (1,11 проти 1,22 м/с,  $p < 0,05$ ) і співвідношення ЛП/ПП (1,2 проти 1,3,  $p < 0,05$ ). Таким чином, наявність екстрасистолії в вагітних із ПМК асоціюється з більш вираженими порушеннями внутрішньосерцевої гемодинаміки, а саме з ознаками початкового структурно-геометричного ремоделювання стінок і камер серця з тенденцією до формування дилатації шлуночків та передсердь, погіршенням контрактильних і релаксаційних властивостей міокарда. Саме вищенаведені порушення стали обґрунтуванням для дослідження клінічної ефективності препарату тіворель, який володіє вираженими кардіо- та ендотелійпротекторними властивостями.

Одним із завдань дослідження була оцінка ААЕ та фармакологічної безпеки застосування небівололу, ритмокору і тіворелю та їх комбінації у вагітних із ПМК і частою екстрасистолією протягом всієї вагітності. Ефект лікування вважали позитивним у разі зникнення або достовірного зменшення екстрасистолії, що характеризувалося суттєвим поліпшенням суб'єктивної симптоматики і зменшенням загальної кількості екстрасистол на 50,0%, парних і групових ШЕ на 90,0% за даними ХМ ЕКГ. Аналіз результатів лікування в групі небівололу та ритмокору засвідчив, що їх ААЕ, оцінена протягом 10–15 днів від початку терапії, була достатньо високою і уже протягом лікування перших 10–15 днів склала 81,4% (комбінація була ефективною у 22 із 27 хворих). При цьому задовільний клінічний ефект небівололу в більшості (68,2% — у 15 із 22) хворих був досягнутий на мінімальній дозі — 2,5 мг на добу. Необхідно відмітити, що в 3 пацієнток при застосуванні 5 мг небівололу на добу через 6–12 (у середньому —  $8,4 \pm 1,4$ ) днів відмічали типові побічні реакції бета-адреноблокаторів — розвиток артеріальної гіпотензії (3 вагітні), синусової брадикардії (2 вагітні) та погіршення сну (1 хвора), що потребувало зменшення дози.

Аналіз результатів лікування в другій групі (небіволол+ритмокор+тіворель) засвідчив, що ААЕ цієї комбінації, оцінена протягом 10–15 днів терапії, була значно вищою і склала при ШЕ (100,0% протягом 10–15 днів і 90,7% протягом всієї вагітності), а при суправентрикулярній екстрасистолії (СЕ) (90,8 і 80,7% відповідно). У

хворих із комбінованою екстрасистолією ААЕ комбінації була дещо нижчою і складала 70,0%. Застосування комбінації надало можливість зменшити дозу небівололу і зменшити кількість його побічних реакцій.

Враховуючи фармакологічні та фармакодинамічні властивості використаних препаратів для лікування вагітних з ПМК в поєднанні з порушеннями ритму серця, можна заключити, що їх тривале застосування не приводило до виникнення суттєвих побічних реакцій, які б вплинули на протікання вагітності і стан плоду. Більше того, лікування небівололом, який має властивості покращувати ендотеліальну функцію, певним чином посилюється кардіо– та ендотеліопротекторним впливом тіворелю, що покращує електрофізіологічні властивості міокарда шлуночків і, можливо, знижує шлуночковий ектопізм. У свою чергу, тривала терапія ритмокором супроводжувалася відновленням відносної гіпомагнійемії та електролітного співвідношення  $Mg^{2+}/K^{+}$ ,  $Mg^{2+}/Ca^{2+}$  в сироватці крові, що нормалізувало електрофізіологічні властивості міокарда передсердь і АВ–вузла.

Висновки: 1. Наявність частої екстрасистолії у вагітних із ПМК асоціюється з певними фенотиповими маркерами недиференційованої дисплазії сполучної тканини та змінами електрофізіологічних властивостей міокарда шлуночків і передсердь, що супроводжується ознаками структурно–геометричного ремодельовання серця, погіршенням контрактильних і релаксаційних властивостей міокарда, ознаками МД стулок МК і аномальними хордами ЛШ і ПШ та збільшенням величини денної ЧСС, епізодами міграції передсердного ритму і екстрасистолічною аритмією.

2. Визначена досить висока антиаритмічна ефективність небівололу (2,5–5 мг на добу) в поєднанні з ритмокором (720 мг/д) при ШЕ (у 81,4%) і відносно низька його ефективність при СЕ і комбінованій екстрасистолії (44,4%). Застосування комбінованої ААТ (небіволол+ритмокор+тіворель) значно підвищує ефективність лікування при ШЕ (100%) і СЕ (80,7%). Додаткове призначення ритмокору і тіворелю не лише дозволяло знизити дозу бета–адреноблокатора, але й нормалізувати показники рівнів  $Mg^{2+}$ ,  $Mg^{2+}/K^{+}$ ,  $Mg^{2+}/Ca^{2+}$ , поліпшити діастолічну функцію ЛШ та гемодинаміку в малому колі кровообігу.

**ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З  
ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ  
СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ФОНІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ  
ВЕН МАЛОГО ТАЗУ**

*ДРОГОМИРЕЦЬКА Н. В., ГЕНИК Н. І.*

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Оцінка результатів лікування пацієнтів з використанням стандартизованих заповнених анкет широко застосовується при проведенні клінічних досліджень. Кінцевою метою, як правило, є порівняння результатів лікування, визначення груп ризику і адекватного підбору пацієнтів. Міжнародна асоціація по вивченню болю (IASP) дала наступне визначення поняттю біль: неприємне сенсорне і емоційне переживання, пов'язане з істинним або потенційним пошкодженням тканини або описуване в термінах такого пошкодження. Вимірювання інтенсивності болю відрізняється від вимірювання впливу болю на самопочуття в цілому — «афекта болю». Інтенсивність больового синдрому визначається тим, наскільки людина страждає, тоді як «афект болю» є більш комплексним поняттям, що відображає змінений бодем психічний стан людини і, в загальному, вплив болю на якість життя людини. Таким чином, не можна грубо розділити анкети і шкали на ті, які виключно оцінюють тяжкість болю і ті, які оцінюють лише якість життя.

Метою нашої роботи було довести цінність шкал для оцінки болю в комплексному обстеженні жінок з хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів (ХЗПВСО) на фоні варикозного розширення вен малого тазу (ВРВМТ).

Основну групу склали 68 пацієток з ХЗПВСО на фоні ВРВМТ, контрольну — 30 жінок без больового синдрому та ознак гінекологічної патології. Середній вік жінок становив  $32,1 \pm 2,4$  роки. Оцінка болю проводилася на основі короткої оцінки болю, цифрової рейтингової шкали (ЦРШ), короткої форми опитувальника болю МакГілла та візуально аналогової шкали (ВАШ).

На основі вивчення якісних та кількісних характеристик болю нами встановлено, що у жінок основної групи погіршення загальної активності відмічалася у 46 (67,6%) випадках, вплив симптомів на ходу спостерігався у 31 (45,6%) жінки, повсякденну роботу та професійну діяльність у 59 (86,8%) пацієток. У 46 (67,6%) з опитуваних відмічалася посилення болю в другу фазу менструального циклу, а у 52 (76,5%) — після довготривалого стояння. Порушення сну спостерігалася у половини обстежуваних жінок, емоційна лабільність з частою зміною настрою у 54 (79,4%), схильність до депресії

відмітили третина жінок. Зниження задоволення від життя виявлено у 59 (86,8%) пацієток, а негативний вплив на звичне сексуальне життя мав місце в 73,8% випадків. За даними ЦРШ нами відмічена наступна картина: 2 бали — 8,1%, 3 бали — 9,7%, 4 бали — 30,6%, 5 балів — 32,2%, 6 балів — 19,4%, отже легкий біль відмічався у 17,8%, помірний — у 82,2%.

На основі результатів опитувальника болю МакГілла можна прослідкувати показники сенсорної характеристики больового синдрому, які між собою відрізнялися. Так на стискаючий, ниючий та м'який біль скаржилися 45 (66,2%) жінок, на тяжкий та жагучий біль — 13 (19,1%), розколюючий та буравлючий біль відмічали 9,0% жінок. Оцінка показників емоційної шкали виявила, що у більш ніж половини жінок хронічний тазовий біль викликав відчуття виснаженості, у третини — нудоти, в той час як 4 (5,9%) пацієнтки періодично відмічали жорстоко-караючий біль, що приводив у відчай.

Інтенсивність болю по ВАШ склала в середньому  $4,45 \pm 1,3$  (62,0%).

В результаті дослідження нами виявлено, що запропоновані шкали оцінки болю дозволяють прослідкувати вплив болю на фізичний та психічний стан жінок, їх соціальну адаптацію.

Висновки. Адекватна якісна та кількісна оцінка больового синдрому у жінок з ХЗПВСО на фоні ВРВМТ має важливе діагностичне значення для вибору оптимального методу лікування даної патології та дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування.

**УДК 616.12–005.4–036.11/.12–85.224/.272**

### **КОРВИТИН У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

*ГЛАЩУК Т. О., ОКІПНЯК І. В., ГЛАЩУК І. І.*

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Загальновідомо, що смертність від гострого інфаркту міокарда (ГІМ) за останні 20 років значно зменшилася завдяки оптимальному використанню медикаментозних засобів, упровадженню в клінічну практику методів реканалізації інфарктзумовлювальної коронарної артерії (тромболітична терапія та перкутанна коронарна ангіопластика) [1, 2]. Незважаючи на велику кількість експериментальних досліджень, в яких показано позитивні властивості багатьох ліків, застосування більшості препаратів у клінічній практиці не підтвердило даних досліджень на тваринах. Тому методи захисту міокарда від ішемічного та реперфузійного пошкодження (методи кардіопротекції) продовжують інтенсивно розроблятися [4, 5, 6].

Мета роботи. Визначити додаткові можливості оптимізації лікування пацієнтів із гострими та хронічними формами ішемічної хвороби серця.

Матеріал і методи. В умовах лікування базисною терапією (пролонговані нітропрепарати,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, статини, антикоагулянти і антиагреганти) обстежено 30 хворих (група 1), яким до базисної терапії додано внутрішньовенний інгібітор 5-ліпоксигенази кверцетин — препарат українського виробництва — корвітин протягом 5 діб за загальноприйнятою схемою [3], у зіставленні з іншими хворими, які отримували базисну антиішемічну терапію (група 2). Використовували таку схему застосування препарату: 0,5 г 10% розчину препарату, розчиненого в 50 мл фізіологічного розчину NaCl, шляхом внутрішньовенної інфузії протягом 20 хв вводили зразу після госпіталізації хворого на ГІМ, ускладнений ГЛШН. Потім інфузію повторювали через 2 та 12 год у такій самій дозі. На 2-гу та 3-тю доби кверцетин вводили двічі по 0,5 г з інтервалом 12 годин, на 4-ту та 5-ту доби — однократно в дозі 0,25 г. Усім обстеженим хворим на початку та після закінчення терапії корвітином у динаміці 28 діб спостереження проведено оцінку вмісту прозапальних цитокінів (інтерлейкіну-1- $\alpha$  (Іл-1- $\alpha$ ), інтерлейкіну-6 (Іл-6), інтерлейкіну-10 (Іл-10), тумор некротичного фактору (ТНФ), неоптерину (Нп)), біомаркерів пошкодження міокарда (тропоніну-I (Тр-I)) та С-реактивного протеїну (СРП).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз вихідних клініко-анамнестичних даних пацієнтів обох груп показав, що вік пацієнтів групи, яка отримувала корвітин, вірогідно менший ( $52,67 \pm 1,61$  і  $62,99 \pm 1,05$  року відповідно в групах 1 і 2,  $p < 0,001$ ), оскільки вибір пацієнтів проводився випадковим методом. Проведений аналіз розподілу форм ГІМ за величиною ураженого міокарда свідчить, що співвідношення Q/неQ форм у групі 1 становило 100/0%, у групі 2 відповідно 77,92/22,08%.

На наступному етапі дослідження нами проаналізовано яким чином різнилися між собою виділені групи за локалізацією ІМ. Вірогідних відмінностей втягнення в процес інфаркціювання різних стінок ЛШ у групах 1 і 2 не виявлено. Розподіл різних локалізацій ГІМ всередині груп відбувався таким чином: у групі 1 дещо частіше реєструвався передній ІМ ( $28,13 \pm 5,62\%$  проти  $24,67 \pm 2,49\%$  (група 2),  $p > 0,5$ ), у той час як задній ІМ з дещо більшою частотою реєструвався в пацієнтів групи 2 ( $18,75 \pm 4,88\%$  проти  $27,33 \pm 2,57\%$  (група 1),  $p > 0,1$ ). Частота реєстрації перегородково-верхівково-бічних пошкоджень ЛШ в обох групах також вірогідно не різнилася, хоча дещо частіше верхівкова локалізація ІМ траплялася у групі 1 ( $23,44 \pm 5,30\%$  проти  $15,67 \pm 2,10\%$  (група 2),  $p > 0,1$ ). Однак всі виявлені зміни

не вірогідні, що дає змогу стверджувати про однорідність груп, що порівнюються.

Аналіз наявності в анамнезі попереднього ІМ показав, що вірогідних розбіжностей також не виявлено в групах 1 і 2 ( $20,00 \pm 7,30\%$  та  $16,87 \pm 2,96\%$  відповідно  $p > 0,5$ ).

Наступним етапом дослідження був аналіз змін цитокинової ланки розвитку та прогресування ГІМ та ГЛШН у пацієнтів обох груп у процесі лікування. Виявлено, що вихідний вміст Іл-1- $\alpha$  значно перевищував нормативні значення в обох групах, а міжгрупові його рівні вірогідно не розрізнялись і становили  $29,01 \pm 4,15$  (група 1) та  $32,16 \pm 4,76$  пг/мл (група 2),  $p > 0,5$ . У процесі лікування відмічалось вірогідне зменшення цього показника в обох виділених групах, однак у групі 2 він залишався вірогідно вищим, ніж у групі 1 ( $18,64 \pm 3,28$  проти  $9,73 \pm 1,36$  пг/мл,  $p < 0,02$ ). Отже, зниження рівня Іл-1- $\alpha$  в групі 1 становило  $\Delta\%$  —  $66,46\%$ ,  $p < 0,01$ , а в групі 2 —  $\Delta\%$  —  $42,04\%$ ,  $p < 0,05$ . Таким чином, у групі пацієнтів, що поряд з базисною антишемічною терапією отримували корвітин, відбулося більш вагоме зниження рівня Іл-1- $\alpha$ , що може свідчити на користь здатності корвітину пригнічувати активність цитокинової ланки патогенезу ГІМ.

Аналіз вмісту Іл-6 показав, що його загальний рівень значно вищий за нормативний показник в обох групах, причому в групі 2 його значення дещо більше порівняно з групою 1 ( $36,45 \pm 5,12$  проти  $30,27 \pm 4,32$  пг/мл), хоча дані між собою не розрізнялися ( $p > 0,5$ ). Впродовж 28 днів перебування пацієнтів у стаціонарі та застосування відповідних погрупових схем лікування відбувалося зниження рівня Іл-6 в обох групах, але в пацієнтів з ізольованою антишемічною терапією значення його залишалося вірогідно вищим ( $13,27 \pm 2,06$  пг/мл) у порівнянні з пацієнтами, яким до базової антишемічної терапії додавали корвітин ( $4,83 \pm 1,45$  пг/мл,  $p < 0,01$ ). Таким чином, зменшення показника Іл-6 в групі 1 становило  $\Delta\%$  —  $84,04\%$ ,  $p < 0,01$ , а в групі 2 —  $\Delta\%$  —  $63,59\%$ ,  $p < 0,01$ . Отже, у групі 1 відбулося істотне зменшення прозапального цитокину Іл-6, що також свідчить про позитивну роль корвітину в гальмуванні запального процесу при ГІМ.

Аналіз вмісту протизапального цитокину Іл-10 показав, що його рівень в обох групах вірогідно не різнився ні в першу добу ГІМ ( $4,89 \pm 1,52$  (група 1) проти  $3,41 \pm 0,64$  пг/мл (група 2),  $p > 0,5$ ), ні на фоні лікування ( $2,91 \pm 0,42$  проти  $2,74 \pm 0,36$  пг/мл,  $p > 0,5$ , у групі 1 та групі 2 відповідно). Вірогідних змін внутрішньогрупового рівня цього показника в процесі лікування також не відбулося (група 1 —  $r_{\text{вихід-лікування}} > 0,2$ , група 2 —  $r_{\text{вихід-лікування}} > 0,5$ ).

На наступному етапі дослідження нами проаналізовано внутрішньо- та міжгрупові зміни рівня ТНФ упродовж 28 днів лікування. Виявлено, що вихідний рівень ТНФ в обох групах перевищував нормативні значення і залишався вищим у пацієнтів групи 2, хоча дані вірогідно не різнилися

(48,31±3,12 проти 44,26±2,67 пг/мл,  $p>0,2$ ). Після проведеного лікування відбулося зниження рівня ТНФ в обох групах, але в групі 2 цей показник залишався вірогідно більшим у порівнянні з групою 1 (22,16±1,41 проти 16,57±1,02 пг/мл,  $p<0,02$ ). Таким чином, зменшення показника ТНФ у групі 1 становило  $\Delta\%$  — 62,56% ( $p<0,001$ ), а в групі 2 —  $\Delta\%$  — 54,12% ( $p<0,001$ ).

На наступному етапі дослідження нами проаналізовано, яким чином змінювалися середні значення Нп упродовж 28 діб перебування пацієнтів у стаціонарі за умов застосування різних схем лікування. Виявлено, що рівень Нп перевищував нормативний в обох групах, а його значення у двох групах вірогідно не різнилися, хоча були несуттєво вищими в пацієнтів групи 2 порівняно з групою 1 (18,27±2,78 проти 15,36±2,34 нмоль/л,  $p<0,05$ ). Через 28 діб лікування відбулося зменшення рівня Нп в обох групах, але в групі пацієнтів з ізольованою антиішемічною терапією цей показник залишався вірогідно більшим порівняно з пацієнтами, у лікуванні яких додатково використовувався корвітин (10,29±2,07 проти 4,24±1,21 нмоль/л,  $p<0,02$ ). Отже, зменшення показника Нп у групі 1 становило  $\Delta\%$  — 72,39% ( $p<0,01$ ), а в групі 2 —  $\Delta\%$  — 43,68% ( $p<0,05$ ).

Проведений аналіз вмісту біомаркерів ГІМ із метою виявлення ефективності розроблених схем лікування. Встановлено, що рівень Тр-I вірогідно різнився в обох групах ще до початку призначеного лікування і був вищим у групі 2 порівняно з групою 1 (39,40±1,71 проти 29,52±2,31 нг/мл відповідно,  $p<0,001$ ). Оскільки рівень Тр-I оцінювали імуноферментним шляхом, після закінчення всього набору для дослідження у нас не було змоги враховувати вихідний рівень біомаркерів перед вибором відповідної схеми лікування. Однак слід зазначити збережене після проведеного лікування значне переважання рівня Тр-I у групі 2 (15,45±1,25 проти 3,73±0,50 (група 1) нг/мл,  $p<0,001$ ). Аналіз відсоткового зниження рівня Тр-I на фоні лікування показав його суттєве зниження в групі 1 — на 87,3% ( $p<0,001$ ) у порівнянні з групою 2, де зменшення показника на фоні лікування становило 60,7% ( $p<0,001$ ).

Зіставлення змін вмісту СРП відповідно запропонованого терапевтичного підходу показало, що вихідний рівень СРП в обох групах вірогідно не різнився (0,14±0,01 (група 1) проти 0,15±0,03 мг/л (група 2),  $p>0,5$ ), на фоні проведеного лікування залишився не вірогідно вищим у групі 1 (0,09±0,01 проти 0,07±0,03 мг/л (група 2),  $p>0,2$ ), однак відсоткове зменшення рівня СРП вірогідне як у групі 1 ( $\Delta\%$  — 35,71%,  $p<0,01$ ), так і в групі 2 ( $\Delta\%$  — 53,33%,  $p<0,005$ ).

Висновок. Включення ін'єкційної форми блокатора 5-ліпоксигенази кверцетину — препарату Корвітин — у комплексну терапію в пацієнтів із ГІМ та ГЛШН пригнічує активність цитокінової ланки патогенезу ГІМ та

обмежує зону некрозу міокарда та в подальшому покращує перебіг ішемічної хвороби серця.

Список літератури в редакції

УДК 618.532.6–082–06:618.1–001–055.26

**ВПЛИВ СПОСОБУ КОНСЕРВАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ НА  
АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ ПРИ  
ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА**

*КАЛАНЖОВА О. М., ГАЛИЧ С. Р.*

Одеський національний медичний університет

Вступ. За даними сучасної літератури, травми м'яких тканин пологового каналу ускладнюють консервативні пологи кожної 3–5 жінки. Зазначене ускладнення негативно впливає не лише на якість життя жінки після пологів, але й може призводити до її інвалідизації. Серед провідних чинників, що зумовлюють пошкодження м'яких тканин пологового каналу виділяють як їх гестаційні анатомо–функціональні зміни, так й особливості ведення пологів. При цьому, окремої уваги заслуговує частота виконання операції розтину промежини у II періоді пологів. Визначення впродовж тривалого часу зазначеного втручання як одного з вагомих чинників у сприятливих перинатальних наслідках при консервативних пологах у тазовому передлежанні плода (ТПП) призвело до майже рутинного його виконання (86,8% — 93,7%). Втім, сучасний науковий погляд на проблему акушерського травматизму матері дає змогу дещо змінити кут зору щодо особливості ведення таких пологів.

Мета дослідження. Підвищення рівня профілактики та попередження травм м'яких тканин пологового каналу матері під час надання допомоги дитині у консервативних пологах при ТПП лікарем акушером–гінекологом.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 40 історій пологів жінок, вагітність яких завершилася самостійним народженням живих доношених дітей при ТПП. Всі пацієнтки народжували на III рівні надання акушерської допомоги у Одеському обласному перинатальному центрі в 2015 — 2017 рр. Пацієнтки були розподілені на 2 групи: I — основна група (ОГ) (n=20), жінки з ТПП, які народжували у вертикальному положенні; II — контрольна група (КГ) (n=20), жінки з ТПП, в пологах у яких використовувалася ручна допомога за Цов'яновим. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2016. Статистично значущими вважались значення  $p < 0,05$ .



Результати. Середній вік жінок у групах дослідження становив  $27,3 \pm 1,2$  років — ОГ та  $28,1 \pm 1,1$  років — КГ. Середня маса новонароджених в ОГ була  $3580 \pm 180$  г та була відповідною з показником в КГ —  $3470 \pm 230$  г ( $p > 0,05$ ). Спонтанні травми пологових шляхів серед жінок ОГ мали місце лише у 3 (15%) випадках, були представлені виключно ссадинами та тріщинами й не потребували хірургічного відновлення тканин. Втім, у пацієток КГ їх превалювання реєструвалося не лише за кількістю 17 (85%), але й за глибиною та ступенем пошкоджень пологових шляхів (гематоми піхви та зовнішніх статевих органів, розриви піхви, розриви промежини I і II ступенів) що майже завжди потребувало хірургічного втручання ( $p < 0,05$ ).

Операція епісіотомії серед жінок, які народжували вертикально (ОГ) не виконувалася в жодному випадку. В той час як її здійснення потребувалося серед більшості 14 (70%) жінок КГ. Необхідність такої високої частоти розтину промежини під час класичного консервативного ведення пологів у ТПП була зумовлена як пологовими ускладненнями (інтранатальний дистрес плода у II періоді пологів, передчасне порушення членорозташування плода), що потребували швидкого завершення пологів, так й профілактикою розриву промежини породіль, які народжували лежачі на спині.

Окрім зазначеного, привертає увагу наявність серед пацієток КГ випадків поєданого травматизму м'яких тканин пологового каналу (спонтанна травма та епізіо– або перинеотомія) — 6 (30%)

Таким чином, низький відсоток пологового травматизму матері (3 (15%)) та відсутність необхідності виконання епісіотомії під час вертикального ведення пологів при ТПП підтверджують ефективність обраного способу ведення пологів у профілактиці та попередженні травматизму м'яких тканин пологового каналу матері, коли інстинктивна зручна поза для жінки сприяє як максимальному зниженню напруги м'язів промежини, так і поступовому достатньо дбайливому розтягуванню її тканин.

**УДК 618.146+578.27+618.177**

## **МОДЕЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ, ЩО АСОЦІЮЄТЬСЯ З ПАПЛОМАІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ЖІНОК ХВОРИХ НА БЕЗПЛІДДЯ**

*КІНДРАТІВ Е. О.*

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Аналіз останніх досліджень, показує широке використання молекулярно–біологічних маркерів, спрямованих на удосконалення

діагностики дисплазії шийки матки (ДШМ), оскільки вони можуть допомогти в об'єктивізації верифікації діагнозу. Метою дослідження є розробка моделі визначення ступеня важкості ДШМ, що асоціюється з ПВІ у хворих на безпліддя для вибору адекватної персоналізованої стратегії лікування.

Результати проведеного кореляційного аналізу між досліджуваними показниками вказують на наявність вираженого достовірного зв'язку між дисплазією та співвідношенням багат шарового плоского епітелію (БПНЕ) та об'ємної щільності капілярів (ОЩК) ( $r=0,95$ ,  $p<0,05$ ), поширеністю експресії Ki-67 в БПНЕ ( $r=0,70$ ,  $p<0,05$ ), рівнями експресії маркеру проліферації Ki-67 ( $r=0,96$ ,  $p<0,05$ ), протоонкогену p63 ( $r=0,94$ ,  $p<0,05$ ). Кореляційний зв'язок між ступенем дисплазії і значеннями БПНЕ/ОЩК, Ki-67 та p63 прямує до лінійного функціонального зв'язку. Провівши регресійний аналіз визначені рівняння регресії залежності ступеня важкості дисплазії шийки матки від БПНЕ/ОЩК, Ki-67 та p63:

$$y = [-0,0263 * X1 + 3,9209], \text{ коефіцієнт детермінації } R^2 = 0,9185,$$

$$y = [0,0338 * X2 + 0,5986], \text{ коефіцієнт детермінації } R^2 = 0,9,$$

$$y = [0,03 * X3 + 0,3088], \text{ коефіцієнт детермінації } R^2 = 0,88,$$

де  $y$  — ступінь важкості дисплазії шийки матки,  $X1$  — значення БПНЕ/ОЩК,

$X2$  — значення Ki-67, %,  $X3$  — значення p63, %.

Для встановлення ступеня важкості дисплазії шийки матки створена узагальнена регресійна модель:

$$Y = [1,6094 - 0,00877 * X1 + 0,011267 * X2 + 0,01 * X3].$$

Доведена адекватність побудованої математичної моделі ( $F = 5123,064$ ,  $F^* = 2,66$ ,  $p = 0,00000001$ ,  $R^2 = 0,99$ ).

Таким чином, дана модель дозволить достовірно встановити ступінь важкості ДШМ, що асоціюється з ПВІ у жінок хворих на безпліддя для вибору адекватної персоналізованої стратегії лікування.

## УДК 618.11-006.6

### НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ У СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЇ

*КОЛЕСНИК О. П., КАБАКОВ А. О.*

Запорізький державний медичний університет

Мета. Незважаючи на досягнення сучасної онкології, залишається не вирішеною велика кількість аспектів діагностики та лікування раку яєчників (РЯ). Метою цієї роботи було проаналізувати сучасні рекомендації діагностики та лікування РЯ, та визначити найбільш актуальні питання.

Матеріали та методи. Були досліджені сучасні рекомендації, такі як NCCN (Національна Всеосяжна Мережа Раку) та ESMO (Європейське Співтовариство Медичної Онкології) 2016 року.

Результати дослідження. За даними NCCN та ESMO на сьогодні не вирішеними питаннями діагностики та лікування РЯ є наступні:

- Переваги видалення тільки маткових труб, а не всієї матки у пацієнок з РЯ;
- Вплив лімфодиссекції на виживаність пацієнок з РЯ;
- Ефективність хірургії в лікуванні пізніх рецидивів РЯ;
- Повторна операція після першої субоптимальної циторедукції та 3-х курсів ПХТ;
- Неоад'ювантна хіміотерапія з подальшою відстроченою циторедуктивною операцією;
- Внутрішньочеревна хіміотерапія у пацієнок з 2-ю стадією РЯ;
- Застосування бевацизумабу як продовження лікування після основної (первинної) системної хіміотерапії;
- Хіміотерапевтичне лікування герміногенних пухлин (GCTs) — 1A та 1A (G1) стадії РЯ;
- Ад'ювантна хіміотерапія у хворих з 1A (G2–G3), 1B та 1C стадіями РЯ;
- Таргетна терапія при РЯ;

Висновки. Таким чином, не дивлячись на великий прогрес у діагностиці та лікуванні РЯ, все ще залишається велика кількість актуальних питань в сучасній онкогенікології, що потребує проведення рандомізованих досліджень для їх вирішення.

## **УДК 618.111–053.8**

### **ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ЗНИЖЕННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ У ЖІНОК ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

*КОРДА І. В., ГЕРЯК С. М., ЯКИМЧУК В. Д., СТЕЛЬМАХ О. Є.,  
БАГНІЙ Л. В., ПЕТРЕНКО Н. В.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Відтерміноване настання вагітності, що суттєво збільшилось за останні роки, часто асоціюється із збільшенням непліддя, ризику вагітності та пологів. Оваріальний резерв є одним з головних факторів настання вагітності та суттєво впливає на стан здоров'я жінки загалом, особливо у жінок пізнього репродуктивного віку.

Мета. Сформувати фактори ризику зниження оваріального резерву та підбір тактичних рекомендацій для жінок пізнього репродуктивного віку.

Результати. Гормональне обстеження та оцінка оваріального резерву проводилась у жінок різних вікових груп. Були сформовані групи ризику зниження оваріального резерву відповідно до віку. Проводилось консультування жінок із рекомендаціями щодо репродуктивних планів та можливих корекцій ускладнень. Нами було встановлено, що рівень Антимюллерового гормону та підрахунок кількості антральних фолікулів є найбільш надійними біомаркерами оваріального резерву. Проте, ні один з них не дає абсолютної гарантії в передбаченні ефективності настання вагітності при використанні додаткових репродуктивних технологій. Вдосконалення верифікації ооцитів може суттєво вплинути на оцінку фертильності жінок групи ризику.

Жінки, які відтермінують настання вагітності після 30 років є в групі ризику розвитку неплідності. Використання допоміжних репродуктивних технологій не може гарантувати стовідсоткове настання вагітності у вікових жінок із зниженим оваріальним резервом.

Висновки. Відповідне обстеження та вчасне виявлення зниження оваріального резерву у жінок пізнього репродуктивного віку, використання сучасних біомаркерів оваріального старіння, допоможе адекватно обстежити жінок та дати рекомендації щодо біологічного віку, часу настання вагітності, кріоконсервуванні ооцитів в більш молодому віці в груп жінок ризику та можливостей корекції непліддя жінок пізнього репродуктивного віку.

**УДК 616.127.3–008.65**

## **ХАРАКТЕР ЛЕПТИНУ У ЖІНОК З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

*КОРИЛЬЧУК Н. І.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Один з компонентів метаболічного синдрому — абдомінальне ожиріння (АО). Відомо, що жирова тканина — це ендокринний орган, який синтезує велику кількість адипоцитокінів. Лептин це пептидний гормон, який продукується білою жировою тканиною, бере участь у енергообміні та регуляції харчової поведінки. Секреція лептину коливається впродовж доби. Так, якщо протягом дня концентрація його в крові змінюється відповідно до кількості прийнятої їжі, то вночі підвищується пропорційно кількості жирової тканини в організмі з максимумом опівночі (22. 00–03. 00).

Фізіологічна функція лептину полягає в запобіганні розвитку ожиріння в умовах надлишкового надходження їжі в організм. В умовах лептинорезистентності порушується фізіологічна регуляція вироблення інсуліну, що може призвести до розвитку гіперінсулінемії та сприяти маніфестації цукрового діабету 2 типу в осіб з надмірною вагою. Виявлення пацієнтів з МС — це важливе завдання, оскільки практично всі компоненти піддаються модифікації за допомогою медикаментозних і не медикаментозних методів корекції. За останні роки багато уваги приділяється МС та зокрема вивченню лептину, проте залишається відкритим ряд питань, що потребують проведення досліджень.

Метою роботи було вивчити взаємозв'язки, характер та механізм розвитку гіперлептинемії та лептинорезистентності у жінок з АО.

Методики дослідження. Оглянуто 42 жінки з ознаками АО, у віці від 30 до 60 років. Середній вік  $48,9 \pm 4,2$  роки. Для вирішення поставленої мети всім пацієнткам поводити комплекс клінічних, інструментальних та лабораторних досліджень, які включали антропометричні дані (зріст, маса тіла, ІМТ); визначали абдомінальне ожиріння (об'єм талії (ОТ) та об'єм стегон (ОС), їх співвідношення); рівень САТ та ДАТ, ліпідний спектр крові, глікемічний статус, лептинорезистентність. Використовували монітор складу тіла OMRONBF 511 (НBF-511 В-Е/НBF-511Т-Е), за допомогою якого вимірювали відсотковий склад жиру в організмі, ІМТ, рівень вісцерального жиру. Статистичний аналіз проводили за допомогою комп'ютерної програми Статистика 10.

Основний матеріал. Рівень лептину збільшувався паралельно із зростанням як маси тіла в цілому, так і з проявами АО, що прослідковувалося за результатами збільшення ОТ та співвідношення ОТ/ОС. Так, рівень лептину виявився високим у всіх 100% пацієнтів і сягав від 12,9 до 60,4 нг/мл. Аналіз показників показав, що найвищі рівні лептину були в жінок, що мали найбільші показники ІМТ. Найнижчі показники лептину спостерігалися у жінок з надлишковою масою тіла та мінімальними ознаками АО (ОТ/ОС  $0,86 \pm 0,02$ ). Залежність гіперлептинемії від давності надлишкової ваги не встановлено. Виявлено кореляційний зв'язок між рівнем лептину та ОТ ( $r=0,51$ ;  $P<0,05$ ) та ІМТ ( $r=0,59$ ;  $P<0,05$ ). Встановлена пряма залежність показників лептину від рівня вісцерального жиру. Аналіз стану ліпідного обміну продемонстрував поглиблення проявів дисліпідемії при зростанні АО. Встановлено середній кореляційний зв'язок між рівнем лептину та ЗХС ( $r=0,42$ ;  $P<0,05$ ), рівнем ТГ ( $r=0,34$ ;  $P<0,05$ ), а також зворотній кореляційний зв'язок з ХС ЛПВЩ ( $r=-0,35$ ;  $P<0,05$ ). Діапазон лептинорезистентності, яка діагностувалася за умов збільшення відношення лептину/ТГ  $>2,7$ , сягав від 3,29 до 15,02. Лептинорезистентність виявлена у 76,2% обстежених. Відзначено кореляційний зв'язок між вмістом лептину та

глікемічним статусом (між рівнем глюкози ( $r=0,29$ ;  $P<0,05$ ) та між рівнем інсулінорезистентності ( $r=0,38$ ;  $P<0,05$ ).

Висновки. Для характерних ознак жінок з АО слід віднести не лише інсулінорезистентність але й гіперлептинемію та лептинорезистентність, які корелюють з ІМТ, ОТ/ОС, показниками ліпідного, вуглеводного обмінів та інсулінорезистентністю.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому проводиться аналіз та вивчення характеру стійкості лептину та лептинорезистентності під впливом лікувальних програм.

**УДК 618.17–008.8–053.6–084–039.71**

## **ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ**

*КОРСАК В. В., ПАЦКАНЬ І. І.*

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний  
університет»

Вступ: Після менархе 80% менструальних циклів є ановуляторними, що обумовлює аномальні маткові кровотечі, які пов'язані зі зниженням якості життя пацієнтки та є маркером ендокринного неблагополуччя, гінекологічних і соматичних захворювань.

Мета: Обґрунтувати доцільність негормональної корекції порушень менструального циклу.

Матеріали та методи: 30 підліткам з функціональними порушеннями менструального циклу протягом 6–ти місяців рекомендували симптоматичне лікування, дієтотерапію, давали поради з корекції способу життя. Іншим 30 пацієнткам додатково призначали тазалок згідно рекомендацій виробника.

Результати: Було встановлено, що при застосуванні тазалоку спостерігається скорочення міжменструальних інтервалів і покращання контролю ациклічних кров'янистих виділень у пацієнок з аномальними матковими кровотечами, достовірно зменшується відсоток тяжких менструальних кровотеч та інтенсивність масталгії, покращується вегетативна функція, нормалізується секреція пролактину і гонадотропінів, усуваються симптоми дратливості та тривоги. Отже, призначення тазалоку може розглядатися як варіант терапії у хворих із функціональними порушеннями менструального циклу.

Висновки. 1. При порушеннях менструального циклу доцільні поради щодо дієтотерапії, елімінації стресу і корекції способу життя. 2. Медикаментозну терапію в пубертатному періоді варто розпочинати з

безпечних рослинних лікарських засобів. 3. Подібна тактика дозволить молодим жінкам зберегти генеративну функцію, планувати вагітність і покращити якість життя.

УДК 618.15/16–006.327:612.662.9]–06:616.3/4

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО  
ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК ПЕРІОДУ МЕНОПАУЗИ ТА  
ПОСТМЕНОПАУЗИ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ СУПУТНИМИ  
ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

*КОРЧИНСЬКА О. А., КОРЧИНСЬКИЙ Б. М.*

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Генітальний ендометріоз — доброякісне гормонозалежне захворювання. Ендометріоз розглядається як пременопаузальна хвороба. Тим не менше, ендометріоз діагностується і в постменопаузі. Проте, науковий пошук свідчить, що проблема ендометріозу в періоді менопаузи і постменопаузи вивчена недостатньо.

Метою роботи було вивчення особливостей діагностики та лікування генітального ендометріозу у жінок в періоді менопаузи і постменопаузи з урахуванням існуючої поєднаної екстрагенітальної патології.

Нами обстежено 86 хворих з генітальним ендометріозом. Використовувались клініко–лабораторні і апаратні методи дослідження, консультування суміжних фахівців. Нами виявлено 8 (9,3%) хворих, які знаходилися в менопаузальному і постменопаузальному періоді. Серед екстрагенітальних захворювань у цих жінок були виявлені: гепатоз, цукровий діабет, ожиріння, гіпертонічна хвороба. З урахуванням ризику озлоякіснення ендометріозу у 6 (75,0%) хворих було обрано хірургічне лікування. У інших, які відмовились від хірургічного лікування, не використовували препарати з естрогенним компонентом. Нами був обраний агоніст ГнРГ декапептил. Пацієнтам призначалась дієта для зменшення жирової тканини та терапія екстрагенітальної патології.

Таким чином, у жінок з ендометріозом в менопаузі та постменопаузі доцільним є виявлення екстрагенітальною патології і в схеми лікування включати агоніст ГнРГ та сучасну терапію супутньої патології. Подальші розвідки у вирішенні проблеми ендометріозу у жінок в менопаузі і постменопаузі є потрібними і перспективними.

**ПРОФІЛАКТИКА НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ПІДЛІТКІВ**

*КОШАРСЬКИЙ Д. В., МАРТИНЮК Л. П.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Стан кісткової тканини вважається одним із маркерів, що характеризує загальний стан здоров'я дитини.

Незбалансоване харчування з недостатнім споживанням кальцію та вітаміну D у продуктах, зменшення фізичної активності в дитячому та підлітковому віці, несприятлива соціально–екологічна ситуація на території України, забруднення навколишнього середовища остеотропними радіонуклідами, спровоковане аварією на ЧАЕС, інші чинники сприяють порушенню формування кісткової тканини в дітей. А це є фактором ризику розвитку ортопедичної патології, остеоартрозу й остеопорозу в майбутньому.

Також відсутність достатньої кількості ультразвукових приладів для дослідження кісткової тканини та обізнаність та низька обізнаність населення у питаннях профілактики негативних змін, загалом роблять проблему вивчення стану кісткової тканини і чинників, які впливають на її формування у дітей, особливо актуальною та своєчасною.

Метою нашого дослідження було зниження травматичної патології (низькоенергетичних переломів) шляхом проведення тематичних бесід із учнями та їхніми батьками щодо оптимізації харчування та підвищення фізичної активності у дітей.

Для розв'язання поставлених завдань було проведено анкетування 85 учнів Тернопільської класичної гімназії віком 12–16 років. Серед них було 43 дівчат та 42 хлопців. Середній вік дітей склав  $14,18 \pm 1,15$  років. На початку дослідження ми провели анкетування 34–х учнів у 2013 р. з наступним аналізом результатів. За отриманими результатами розроблено рекомендації щодо оптимізації харчового раціону та фізичної активності. І протягом 2 років, 1 раз в 3 місяці проводились профілактичні бесіди в школі з учнями та батьками на тему збалансованого харчування з повноцінним вмістом кальцію та вправи, що мають позитивний вплив на кістково–суглобовий апарат. Та знову провели анкетування 51–го учня у 2017 р. з наступним аналізом результатів.

При більш детальному аналізі встановлено, що лише у 13% дітей вміст кальцію у харчовому раціоні відповідає рекомендаціям. При цьому в I групі цей показник становив 5. 8% від усіх дітей, а у II групі– 17. 6%. При аналізі



даного показника в залежності від статі виявлено, що середній показник споживання кальцію за день вище у хлопців як першої, так і другої групи.

Аналіз результатів дослідження показав, що кількість кальцію в продуктах харчування була меншою у дітей з переломами в анамнезі.

Проведений аналіз даних щодо вживання вітаміну D, який міститься в продуктах харчування, показав недостатню кількість останнього в раціоні дітей обох аналізованих груп.

Одним із факторів, який сприяє утворенню нормальної кісткової тканини, є помірна фізична активність. Згідно з опитуванням учнів регулярно відвідують спортивні секції у I групі 12 (35%) дітей, з них 5 дівчат та 7 хлопців, у той час як в II групі 25(49%) дітей, з них 13 хлопців та 12 дівчат.

Аналіз анкетних даних щодо вживання найпоширеніших продуктів, які мають негативний вплив на засвоєння кальцію в організмі, а отже не сприяють нормальному утворенню кісткової тканини, показав, що солодкі газовані напої у I групі регулярно вживають 16 (47,05%) хлопців та 14 (41,1%) дівчат, а в II групі 10 (19. 6%) дівчат та 12 (23. 5%) хлопців. Сухарики та чіпси є в раціоні I групи, у 10 хлопців (вживають середньому по 100 г/ тиждень) і такої ж кількості дівчат (вживають в середньому по 90 г/тиждень), що складає 55,6% опитаних підлітків. Ці ж продукти в харчуванні II групи є у 14 хлопців та 10 дівчат, що складає 47,1% від загальної кількості дітей.

Таким чином, про позитивний результат від тематичних уроків та профілактичних бесід, які проводились з II групою свідчить зменшення кількості низькоенергетичних переломів.

Висновки. 1. У дітей з низькоенергетичними переломами в анамнезі виявлено суттєво нижчий вміст кальцію та вітаміну D в харчовому раціоні.

2. Проведення профілактичних бесід сприяло нормалізації харчового раціону дітей з підвищенням кальцію в їжі на 32% та частоти займання спортом на 14% серед дітей.

3. Частота низькоенергетичних переломів зменшилась на 15% в опитаних підлітків II групи, порівняно з I групою, що свідчить про ефективність проведення профілактичних бесід та тематичних уроків з підлітками.

Рекомендації. Враховуючи результати дослідження ми рекомендовано:

- Запровадити в школах регулярні профілактичні заняття на тему «Стан кісткової тканини — один із маркерів, що характеризує загальний стан здоров'я дитини».

- Внести в шкільне меню продукти багаті на кальцій (молочні продукти, бобові, сухофрукти) та вітамін D (морські продукти, різні види

риб, яєчний жовток), а також виключити з раціону продукти, які погіршують засвоєння кальцію або сприяють його вимиванню з організму — надлишок солі, різні снеки, кофеїн, газовані напої.

- Збільшити час проведення дітей на відкритому повітрі (активні ігри).

- Проводити регулярні профілактичні бесіди з дітьми та їх батьками про важливість кальцію та вітаміну D в домашньому раціоні дітей.

- Впровадити регулярні скринінгові дослідження кісткової тканини за допомогою ультразвукової денситометрії у дітей і підлітків для виявлення порушень кісткової тканини на початкових стадіях, що дозволить проводити адекватну їх корекцію.

### **УДК 618.5–089.888.3**

#### **ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

*КУЦЕНКО В. В., КУЦЕНКО А. В., ГРАБЧАК І. Л.*

Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр  
«Мати і дитина»

Передумови. Одним із основних завдань, що покладаються на акушерів–гінекологів, є забезпечення сприятливих наслідків вагітності та пологів для матері і плода. Певних здобутків у цьому напрямку вдалося досягти завдяки вдосконаленню та широкому впровадженню в щоденну практику — поряд з адекватною преконцепційною підготовкою, антенатальним доглядом, здобутками неонатології — оперативних методів розродження, левову частку серед яких займає кесарів розтин (Г. О. Слабкий, Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна, 2016). Водночас, протягом останніх двох–трьох десятиліть інструментальні вагінальні пологи поступово втрачають статус планових, їх частота зводиться до мінімуму. Слушним є твердження В. И. Краснопольского и соавт. (2017) про те, що низька частота вакуум–екстракцій і акушерських щипців (яка пов’язана з хибною думкою про високий ризик травматизації матері і плода) не відміняє необхідності у їх використанні та кваліфікаційного обов’язку лікаря–акушера–гінеколога володіти вказаними акушерськими операціями.

Частота інструментальних вагінальних пологів у різних країнах коливається в широких межах. Так, у США частота вакуум–екстракцій плода становить 3,5%, акушерських щипців — 0,8%; в Канаді — 10,3% і 4,6%; в Австралії — 7,5% і 3,6%; в Росії — 0,07% і 0,21%; в Україні — 0,3% і 0,2% (Т. В. Златовратская и соавт., 2010; О. В. Голяновський і співавт.,

2015). Низька частота їх проведення в пострадянських країнах пов'язана не лише з розширенням показів до кесарського розтину, а й з існуючою практикою надання «мануальної допомоги» — різноманітних «модифікацій» прийому Крістелера, спрямованих на витискання плода з порожнини матки в II періоді пологів. Враховуючи високу травматичність і забороненість даного методу, офіційної статистики його поширеності нема. Проте, дані вітчизняних дослідників (О. В. Голяновський і співавт., 2015) свідчать, що на практиці він застосовується у кожній третій-четвертій роділлі.

Мета роботи — оцінити частоту, структуру показів і перинатальні наслідки інструментальних вагінальних пологів; з'ясувати перспективи їх використання.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації щодо випадків інструментальних вагінальних пологів. Протягом 2013–2017 рр. у Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі "Мати і дитина" було прийнято 11763 пологів. З них 133 (1,1%) завершилися вакуум–екстракцією плода, 19 (0,2%) — накладанням акушерських щипців. Використовувалися ручні вакуум–екстрактори з м'якими чашечками Kiwi VAC 6000 (Clinical Innovations, США) та акушерські щипці Сімпсона–Брауна.

Результати. Показами до вакуум–екстракції були: дистрес плода — в 104 випадках; вторинна слабкість пологової діяльності, що не піддавалася медикаментозній корекції — в 22; екстрагенітальна патологія, що потребувала вкорочення чи виключення потуг — у 7. У 83 жінок пологи велися під епідуральною аналгезією, 3 проводилася пудендальна анестезія. Епізіотомію виконано в 86 роділь; у 29 мали місце розриви стінок піхви та промежини I ст. У всіх випадках народилися живі доношені діти, з них 11 в стані асфіксії помірного та важкого ст. У 16 дітей спостерігалися кефалогематоми. 3 дітей померли в ранньому неонатальному періоді від причин, не пов'язаних з показами чи технікою проведення вакуум–екстракції. Акушерські щипці накладалися в зв'язку з дистресом плода в 14 випадках; вторинною слабкістю пологової діяльності, що не піддавалася медикаментозній корекції — в 2; передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти — в 1; екстрагенітальною патологією, що потребувала вкорочення чи виключення потуг — у 2. У 5 жінок пологи велися під епідуральною аналгезією, 2 проводилася пудендальна анестезія. Епізіотомію виконано в 7 роділь; у 8 мали місце розриви стінок піхви і промежини I ст. У всіх випадках народилися живі доношені діти, з них 2 в стані асфіксії помірного ст. Ознак пологового травматизму та випадків ранньої неонатальної смертності серед дітей, що народилися шляхом накладання акушерських щипців, не було.

Висновки. Таким чином, у ТОКПЦ "Мати і дитина" частота накладання акушерських щипців відповідає загальнодержавному рівню, а вакуум–екстракцій — дещо перевищує його. Материнські та перинатальні наслідки демонструють безпечність цих операцій. Можна припустити, що в майбутньому підвищення світоглядної і юридичної грамотності населення сприятиме збільшенню частоти інструментальних вагінальних пологів. Наслідком цього стане стабілізація чи навіть незначне зниження частоти кесарських розтинів, ліквідація випадків акушерської агресії та справдження репродуктивних очікувань.

**УДК 618.3–06:616–056.52–06:616.36–008.6**

### **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ**

*КУЦЕНКО І. В., ДОБРЯНСЬКА В. Ю., КУЦЕНКО А. В.*

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського  
МОЗ України, Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр  
"Мати і дитина"

Передумови. Ожиріння серед жінок репродуктивного віку виявляється в 4–27% випадків. Надлишок жирової клітковини з часом спричиняє метаболічні порушення та ураження внутрішніх органів і систем. Беручи участь у всіх видах обмінних процесів в людському організмі, печінка є однією з першочергових мішеней при ожирінні. Під час вагітності вона відіграє важливу роль у забезпеченні ростучого плода пластичним матеріалом, знешкодженні продуктів його життєдіяльності, метаболізації статевих гормонів тощо. Розлади функціонування печінки під час вагітності можуть спричинити до розвитку ряду акушерських ускладнень. Незважаючи на це, робіт, присвячених вивченню стану печінки у вагітних із ожирінням обмаль.

Мета роботи — вивчення функціонального стану печінки під час вагітності на тлі ожиріння.

Матеріали і методи. Обстежено 73 вагітних із ожирінням. Індекс маси тіла, розрахований в I триместрі вагітності, становив 34,2 (30,8; 38,3) кг/м<sup>2</sup>. Усім жінкам проведено стандартне клінічне обстеження. З метою оцінки функціонального стану печінки визначали в крові рівні загального білку, загального і прямого білірубіну, гама–глутамілтрансферази, лужної фосфатази, аланін– і аспартат–амінотрансферази; проводили УЗД внутрішніх органів.

Результати. У 12 пацієнток мали місце скарги на загальну слабкість, в 10 — на швидку втомлюваність, у 7 — на відчуття дискомфорту чи важкості

в правому підребер'ї. При УЗД патологічні зміни виявлено в 34 жінок. Серед них у 21 відмічено гіперехогенність печінки, у 13 — неоднорідність паренхіми, у 1 — нечіткість судинного малюнку, у 5 — дистальне затухання ехосигналу. Розміри печінки в усіх обстежених не перебільшували допустиму норму. Підвищення рівня АЛТ виявлено у 14 жінок, АСТ — в 12. При цьому, АСТ/АЛТ>1 було в 5 обстежених. Концентрації загального білку в крові, загального і прямого білірубину, ГГТ і ЛФ в усіх вагітних були в межах норми.

Висновки. Результати дослідження продемонстрували, що у вагітних із ожирінням функціональні зміни печінки клінічно перебігають безсимптомно або викликають неспецифічні скарги. Проте, у 47% випадків серед обстежених були виявлені ехоознаки жирової дистрофії печінки. Патологічні зміни біохімічних аналізів встановлено лише в 19%. Наведені порушення у печінці вагітних із ожирінням можуть бути предикторами розвитку акушерських ускладнень та розширюють перспективи для розробки нових патогенетично обґрунтованих заходів їх профілактики та лікування.

**УДК 616.127–005.8–036.82–08–039.76**

**ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ  
ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, НА ПІДГОСТРОМУ ЕТАПІ  
СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

*ЛЕВИЦЬКА Л. В., ШВЕД М. І., ЦУГЛЕВИЧ Л. В., ЛЕВИЦЬКИЙ І. Б.*

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

Вступ. В сучасному медичному просторі кардіологічна реабілітація є ефективним та економічно вигідним для охорони здоров'я і суспільства в цілому лікуванням хворих, які видужують після гострих серцево-судинних захворювань або оперативних втручань та інвазивних процедур. Однак, в Україні впровадження сучасних технологій та методів кардіореабілітації знаходиться на початковому етапі. Особливі труднощі викликає відновлення здоров'я хворих на інфаркт міокарда (ІМ) після виписки із стаціонару, на підгострому етапі спостереження.

Мета дослідження — вивчити можливості підвищення ефективності реабілітації у хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) на підгострому етапі спостереження.

Матеріали і методи. Обстежено 84 хворих на ІМ, які проходили II етап реабілітації під спостереженням кардіолога або сімейного лікаря за місцем проживання. Медикаментозне лікування проводили згідно стандартного

протоколу. Навчання пацієнтів регулюванню індивідуальних факторів ризику підтримання максимального комплаєнсу з медикаментозної терапії та консультування ізична реабілітація, проводились при виписці із кардіологічної клініки. Хворі були розподілені на 2 репрезентативні групи (вік, стать, клінічні прояви ІМ, кількість реваскуляризованих пацієнтів, функціональний клас за реабілітаційною класифікацією). I група, 40 осіб, включала в себе хворих на ІМ, яким проводилось традиційне диспансерне спостереження і лікування згідно протоколу. II дослідна група, 44 особи, — склали хворі на ІМ, яким проводилась індивідуалізована кардіореабілітаційна програма, яка поєднувала трикомпонентне індивідуальне консультування (корекція факторів ризику, рекомендації з побутової фізичної активності та психологічної підтримки).

Усім хворим аналізували комплаєнс (відсоток виконання рекомендацій по медикаментозному лікуванню), обліковували об'єм фізичної активності з урахуванням побутових навантажень, добової ходьби (ДХ) і 6-хвилинного тесту (ТШХ). Проводився аналіз клінічних даних (наявність та ступінь стенокардії, задишки, показники артеріального тиску та пульсу), ЕКГ, ліпідограми, глікемії, креатиніну крові та АЛТ, АСТ. Оцінку якості життя проводили за допомогою Ноттінгемського опитувальника. Статистичний аналіз проводили за допомогою програмних продуктів MS Excel 2000 і EViews 5. 1.

Отримані результати. До закінчення періоду спостереження хворі I групи досягнули V–VI ступеня рухової активності і виконання комплексу ЛФК № 6 на 92%. Середнє значення ТШХ в цій групі склало 256,4±27,3 м, ДХ — 3353,4±165,3 кроків. Пацієнти II групи досягнули вищого ступеня рухової активності (VI–VII), продемонстрували достовірно більшу дистанцію ТШХ —472,7±44,0 м, ДХ — 5342,6±344,1 кроків. У 67,50% хворих контрольної групи було досягнуто цільових рівнів АТ та у 75,5%, — рівня ЧСС проти 82,6% та 91,3% по II групі. Ступінь комплаєнсу по виконанню рекомендацій щодо медикаментозної терапії становив по першій групі 60%, а по II — 80%. Відмічено достовірну різницю у покращенні якості життя пацієнтів дослідної групи за основними блоками Ноттінгемського профілю (больові відчуття, фізичні здібності, сон, емоційні реакції, енергійність, соціальна ізоляція) в порівнянні з контрольною. Спостерігалась тенденція до швидшого відновлення показників толерантності до фізичного навантаження у реваскуляризованих пацієнтів.

Висновки: Проведення індивідуалізованої програми кардіореабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда, на підгострому етапі значно покращує комплаєнс з медикаментозної терапії, толерантність до фізичного навантаження та якість життя, в порівнянні із стандартною програмою.

Перспектива подальших досліджень: подальше вивчення впливу компонентів реабілітаційних програм на клініко–функціональні показники у ревааскуляризованих та неревааскуляризованих хворих з різними клініко–патогенетичними варіантами інфаркту міокарда буде сприяти скороченню термінів кардіореабілітації та підвищенню її ефективності.

**УДК 618.14–005.1–06:616.36–002.14]–08**

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ АМК  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ  
ГЕПАТИТІВ — ЗАПОРУКА УСПІШНОГО РЕЗУЛЬТАТУ  
ЛІКУВАННЯ**

*ЛИМАР Л. С., ЛИМАР Н. А.*

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»; Тернопільський  
обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Впродовж останніх років спостерігається збільшення кількості дисгормональних захворювань жіночих статевих органів, незважаючи на вагомі досягнення медичної та фармацевтичної науки. Аномальні маткові кровотечі (АМК) заслуговують особливої уваги, оскільки, з одного боку, призводять до втрати працездатності, погіршення якості життя, з іншого боку нерідко є причиною порушення репродуктивної функції. Останніми роками спостерігається значний ріст хронічних вірусних гепатитів (ХВГ). Оскільки печінка відповідає за метаболізм гормонів, у жінок із хронічними захворюваннями печінки виникають порушення менструальної функції, зокрема, АМК, які важко піддаються терапії. Загострення ХВГ обмежують використання гормональної терапії та призводять до порушення згортальних властивостей крові, тому кровотечі стають затяжними. Метою нашого дослідження була оцінка функціонального стану печінки та системи гемостазу у жінок репродуктивного віку при загостренні та вибір диференційованого підходу до лікування жінок із вказаною патологією.

Нами обстежено 56 жінок дітородного віку від 18 до 46 років, які впродовж 2–15 років страждають ХВГ та АМК від 3 до 12 років. У 36 (64,3%) відмічається хронічний гепатит В, у 20 (35,7%) — хронічний гепатит С. 30 пацієнткам в комплексній програмі лікування застосовували алоферон. 26 пацієнток не отримували імунomodуючої терапії. Всім пацієнткам проводилось загальні клінічні дослідження крові, сечі, визначення білірубіну, холестерину, загального білка, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, Ig A, M, G, Т–лімфоцити, Т–хелпери, Т–супресори, В–лімфоцити. У жінок, які страждають АМК, спостерігається зниження імунітету. Розроблена

диференційована програма для жінок з АМК на тлі загострення ХВГ. Ми включали в комплекс лікування загострення гепатитів В і С середнього ступенів тяжкості препарат алоферон, який вводили підшкірно по 1 мг 3 рази на тиждень протягом 3 тижнів (усього 9 ін'єкцій). Лікування розпочинали при появі перших ознак захворювання, не пізніше 7-го дня від початку появи симптомів загострення. При загостренні гепатитів В і С препарат призначали при проведенні загальноприйнятої базисної терапії. Патогенетична терапія АМК проводилась монофазними комбінованими естроген–гестагенними препаратами за гемостатичною схемою. Контрольні дослідження функції печінки, системи гемостазу та імунного статусу проводились через місяць після завершення лікування та через 6 місяців. Виявлено стійку нормалізацію рівня імунного захисту, показників крові та відсутність рецидиву АМК у 26 (86,7%) жінок піддослідної групи. У групі жінок, які не отримували імуномодулюючу терапію, спостерігались повторні АМК у 16 (61,5%) жінок. Після припинення терапії прояви АМК були затяжними, до 1,5 –2 місяців, важко піддавались лікуванню. Нами планується продовжувати дослідження порушень стану імунної системи у жінок з АМК на тлі екстрагенітальної патології та розробити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням супутньої патології.

Таким чином, у жінок з АМК на тлі ХВГ спостерігається зниження рівня імунного захисту, порушення системи гемостазу, що призводить до затяжних кровотеч, зниження працездатності, погіршення якості життя жінок репродуктивного віку. Застосування в комплексній терапії імуномодулятора алоферону запезпечує значну ефективність лікування та попередження рецидивів АМК у 86,7% жінок.

**УДК 618.17–02:618.14–006.36–085**

**КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ ТА  
МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ**

*ЛИМАР Л. Є., ЛИМАР Н. А., КУЛІНІЧ І. М.*

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»; Тернопільський  
обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Захворювання жіночих статевих органів дисгормонального генезу залишаються актуальною проблемою, оскільки спостерігається ріст захворюваності, втрати працездатності, погіршення якості життя молодих жінок. Міома матки є одним з найбільш частих доброякісних пухлинних захворювань жіночої статевої системи і має несприятливий вплив на репродуктивне здоров'я жінки. Спостерігається тенденція до



«омолодження» цієї патології, зростає число жінок з міомою матки у віці до 30 років, тобто в активному репродуктивному періоді, тому органозберігаюче лікування міоми матки стає пріоритетним. Незважаючи на успіхи в консервативній терапії міоми матки, основним методом її лікування залишається хірургічний.

Метою нашого дослідження було дослідити гормональний статус у жінок репродуктивного віку з міомою матки та можливість реалізації репродуктивної функції після консервативного лікування міоми матки. Проведено загальноклінічні обстеження, біохімічне дослідження крові, визначення показників ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону в 1 та 2 фази менструального циклу, ультразвукове дослідження геніталій, доплерометрія судин матки, комп'ютерна томографія. Обстежено 73 пацієнтки, які були розподілені на 2 групи. До 1 групи ввійшло 38 жінок з міомою матки, які отримували гозереліну ацетат 3,6 мг підшкірно кожні 28 днів протягом 6 місяців. До групи ввійшло 35 пацієнток з міомою матки, які отримували уліпристалу ацетат по 5 мг перорально щоденно протягом 2 курсів по 3 місяці з двомісячною перервою.

Показники гормонального статусу до лікування виявили підвищення рівня естрадіолу в 1 і 2 фази менструального циклу у 29 (76,3%) пацієнток 1 групи і у 29 (82,9%) пацієнток 2 групи. У решти пацієнток обох груп спостерігався підвищений рівень прогестерону, значною мірою в 2 фазу менструального циклу. Рівень пролактину протягом досліджень достовірно не змінювався у дослідних групах і відповідав контрольній групі. Після лікування у жінок 1 і 2 груп достовірно знижувались показники естрадіолу та прогестерону, які сягали рівня контролю через 6 місяців після лікування. Після лікування в 1 групі відбувається нормалізація менструальної функції у 63,2%, у 2 групі у 89,6% пацієнток; спостерігається зменшення міоматозних вузлів на 44,7% в 1 групі та на 74,3% в 2 групі. Потовщення ендометрію зникає через 4–6 місяців після припинення лікування. Аменорея під час лікування спостерігалась у 34,2% та 22,9%, яка зникла через 2 місяці після припинення лікування. У 5 пацієнток 1 групи та у 2 — 2 групи після лікування наступила вагітність без застосування ДРТ.

Таким чином, можна зробити висновок, що застосування консервативних методів лікування міоми матки призводять до значного зменшення міоматозних вузлів, нормалізації гормонального статусу, відновлення фізіологічного стану ендометрію та дають можливість реалізувати репродуктивну функцію у жінок.

**ПЛАЦЕНТА–АСОЦІЙОВАНІ УСКЛАДНЕННЯ  
ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВАГІТНИХ**

*ЛОСКУТОВА Т. О.*

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Преєклампсія (ПЕ) виникає в 2–8% вагітностей і є провідною причиною материнської і перинатальної захворюваності і смертності. Основну загрозу становлять пов'язані із преєклампсією ускладнення: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП), передчасні пологи, прогресуюча плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода (ЗРП), дистрес плода та його антенатальна загибель (АЗП).

Мета дослідження — вивчити розподіл та вплив поліморфізмів генів факторів згортання крові, ендотеліальної дисфункції, регулятора артеріального тиску на розвиток акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ПЕ.

Матеріали та методи дослідження. Здійснили проспективне когортне дослідження. Основну (О) групу дослідження сформували 46 жінок з ПЕ та ускладненнями з боку матері або плода. Як ускладнення розглядали передчасне відшарування нормально розташованої плаценти 8,7%, еклампсію 2,17%, HELLP–синдром 2,17%, ЗРП 50,0%, АЗП 13,04%, дистрес плода під час вагітності 45,65%. Групу порівняння (П) сформували 87 вагітних із ПЕ, які не мали ускладнень. Проводили дослідження генетичних поліморфізмів факторів згортання крові та фібринолізу (1691 G→A FVL, 20210 G→A протромбіну, 675 5G/4G PAI–1, 455 G→A фібриногену β), ендотеліальної дисфункції (192 Q→R PON–1, 677 C→T MTHFR), регулятора артеріального тиску (235 M→T AGT II) за допомогою алельспецифічної полімеразної ланцюгової реакції, статистичну обробку результатів із застосуванням методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати дослідження. Аналіз результатів тестування виявив високу частоту патологічних поліморфізмів у пацієнток з преєклампсією незалежно від наявності ускладнень: 46 (100%) жінок О групи і 84 (96,5%) групи П. Результати тестування на наявність поліморфізмів у гені ANG II 235 M→T, PAI–1 5G/4G, фібриногена β 455 G→A, PON–1 192 Q→R не виявили істотних змін між досліджуваними групами. Аналіз частот генотипів гена FVL 1691 G→A показав зниження частоти нормальних гомозигот GG в 1,62 рази в О групі порівняно з П групою ( $p < 0,001$ , OR=0,11, 95% ДІ 0,04–0,3), і підвищення кількості гетерозигот GA в О групі в 5,13 рази порівняно з П групою ( $p < 0,001$ , OR=8,04, 95% ДІ 3,05–21,22). Аналізуючи частоту генотипів гена протромбіну (20210 G→A) виявлено, що у групі О частота

гетерозиготних форм перевищувала в 4,73 рази показник П групи ( $p < 0,05$ ,  $OR = 5,7$ ; 95% ДІ 1,7–19,6), кількість мутантних гомозигот 20210 AA істотно переважає в О групі, ніж у П ( $p < 0,05$ ,  $OR = 23,19$ , 95% ДІ 1,25–429,4).

Аналіз частот алелів і генотипів MTHFR 677 C→T виявив зниження частоти нормального генотипу CC в О групі в 1,5 рази порівняно з групою П ( $p < 0,05$ ,  $OR = 0,38$ , 95% ДІ 0,18–0,79;  $RR = 0,54$ , 95% ДІ 0,34–0,86). Тобто, саме наявність найбільш патогенних поліморфізмів та їх поєднана дія, відіграють роль у виникненні ускладнень при ПЕ. Це підтверджується кореляційними зв'язками між мутаціями в генах протромбіну 20210 G→A, FVL, MTHFR 677 C→T і розвитком акушерських і перинатальних ускладнень при ПЕ  $r = 0,387$ ,  $r = 0,421$  та  $r = 0,225$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Висновки: слід припустити, що необхідно виділяти два види гіпертензивних розладів під час вагітності: перший — це ПЕ середнього або тяжкого ступеня, яка рано розпочинається та супроводжується загрозливими для життя матері та дитини ускладненнями, і другий — це легка ПЕ, у пізні терміни вагітності та без супутніх ускладнень. В розвитку цих, різних за терміном і перебігом, видів гіпертензивних розладів лежать різні етіологічні та патофізіологічні зміни. Розвиток ПЕ на фоні аномальних поліморфізмів генів пов'язаний з більш важким перебігом, раннім початком та розвитком загрозливих для життя матері та плода ускладнень.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні поліморфізму “загрозливих” генів у жінок з ПЕ та конкретним ускладненням.

**УДК 616.61–06:616–002.78–085.281.032.13**

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КРЕНФОРСУ В ЯКОСТІ ЗАСОБУ  
АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УРАЖЕННІ НИРОК У ХВОРИХ НА  
ПОДАГРУ**

*ЛУКАШЕВИЧ І. В., БАЧУК–ПОНИЧ Н. В.*

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

За останні десятиліття поширеність подагри значно збільшилась, що пов'язано як зі збільшенням вживання алкоголю, продуктів, багатих пуринами, так і з підвищенням рівня діагностики [4, с. 4–6]. Значну роль у зростанні захворюваності на подагру відіграє неконтрольований прийом лікарських препаратів, які індукують розвиток подагри: діуретики, метилксантини, рибоксин, АТФ, навіть низькі дози ацетилсаліцилової кислоти. В останні роки доведено, що деякі широко вживані харчові добавки, такі як глутамат натрію, в продуктах харчування провокують порушення пуринового обміну і сприяють розвитку подагри. Значна

інвалідизація внаслідок перерахованих нозологій та економічні витрати на їх лікування обумовлюють актуальність вивчення перебігу поєднаної патології [1, с. 4–5, 5, с. 16].

Значні труднощі в лікуванні подагри зумовлені найчастіше пізнім її виявленням та майже закономірним поліморбідним фоном, що суттєво затрудняє реалізацію довготривалого (пожиттєвого) застосування ключового лікарського засобу алопуринолу [6, с. 111–116]. Сучасні тенденції медикаментозної терапії, особливо у випадках мікст-патології, вимагають включення в комплексне лікування лікарських засобів, які мають багатогранний спектр корегувальних властивостей, характеризуються м'якістю, поступовістю дії, не мають або володіють мінімальними побічними впливами. Таким вимогам відповідають препарати рослинного походження [2, с. 32–34; 3, с. 258–262].

Метою дослідження було вивчення особливостей терапевтичної дії рослинного уроантисептичного препарату «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) до складу якого входить сухий концентрат журавлини (*Vaccinium oxococcus*) (10:1) 265 мг [7, 632].

Обстежено 24 хворих на хронічну подагру в період загострення. Діагноз подагра виставлявся згідно критеріїв Уоллеса і співавторів та рекомендації Української асоціації ревматологів і наказу МОЗ України № 676 від 12. 10. 2006р. за розділом 13 «Ревматологія». Діагноз подагри верифікували на підставі скарг, ретельно зібраного анамнезу, результатів об'єктивного обстеження, даних рентгенологічного, ультрасонографічного дослідження та показників біохімічного дослідження крові, аналізів сечі. Рентгенологічне обстеження уражених суглобів здійснювалося за стандартними методиками. У всіх пацієнтів виявленні ультразвукові ознаками сечокислого діатезу чи сечо–кам'яної хвороби. Всі пацієнти були чоловічої статі, віком від 4 до 75 років з тривалістю анамнезу захворювання від 5 до 17 років.

Всі хворі отримували стандартну базисну терапію в гострий період пацієнти отримували згідно Протоколу МОЗ України № 675 з розділу 13 «Ревматологія» від 2010 року, тобто головним чином НПЗП (німесулід або моваліс), місцево компреси дімексиду з розчином НПЗП чи мазь «Ремісид», а з моменту покращення — з 10–12 дня підключали алопуринол в низьких (100 мг/добу) дозах, поступово збільшуючи до 300 мг/добу до кінця третього тижня та переводились на амбулаторне лікування алопуринолом (група порівняння). 14 пацієнтам (основна група) — додатково призначили препарат «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) по 1 капсулі 2 рази на добу після їжі, запиваючи склянкою (200 мл) питної води, впродовж 1 місяця. Критерії ефективності: клінічні, лабораторно-біохімічні (кров, сеча — динаміка сечової кислоти та сечового осаду).

Спостереженнями встановлено, що вже на стаціонарному етапі лікування у хворих основної групи на 2–3 дні раніше почався та був прискорений регрес больового суглобового синдрому, що дозволяло із 7–8 дня знизити на половину добову дозу НПЗП та на 1–2 дні раніше їх відмінити. Встановлено, що у хворих основної групи відмічено почастищення сечовиділення (кількісно і якісно), помутніння сечі, екскреції сечової кислоти, а також помірне прискорення регресу суглобового больового синдрому. З 7–10 дня частота сечовиділення наближається до нормальної, пацієнти відмічали наростання прозорості сечі з епізодами її помутніння, зменшення неприємних відчуттів у попереку. Важливо, що симптоми супутніх холецисто–гепатопатій, синдрому подразнення кишечника мали чіткішу тенденцію до регресу, ніж у хворих групи порівняння.

Через 2 тижні від початку застосування препарату «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) в основній групі пацієнтів динаміка зниження рівня сечової кислоти у крові було кращою ніж у групи порівняння, але різниця була невірогідною. У хворих обох дослідних груп до кінця стаціонарного лікування відмічено вірогідне покращення параметрів: лейкоцити крові, ШОЕ, С–реактивний білок, однак міжгрупової різниці не виявлено. Зазначені явища можна пояснити чинниками складової препарату «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія): концентрат журавлини містить лимонну, хінну, бензойну, урсолову кислоти, азотисті й дубильні речовини, мінеральні солі, йод та вітамін С. Їх спільна дія зумовлює діуретичну, літолітичну, спазмолітичну, протизапальну, антибактеріальну, фунгіцидну, антиоксидантну та загально зміцнювальну дії [8, с. 533]. Важливим було також виявлення вірогідного зниження рівня креатиніну крові на 20–ий день застосування препарату «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія), що може бути ймовірним доказом покращення ним функції нирок.

Особливо важливими були вірогідне зниження активності АЛТ, АСТ, ЛДГ, лужної фосфатази, гама–глутаміл–транспептидази та рівня загального білірубину у пацієнтів основної групи, що є вагомим доказом притаманних йому гепатопротекторних властивостей. Заслуговує на увагу зниження, хоч і не вірогідне, на 20–й день від початку лікування, рівнів холестерину, тригліцеридів та глюкози крові, що дає підстави досліджувати гіпохолестеринемічні та гіпоглікемічні ефекти препарат «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) при більш тривалому їх застосуванні.

Певні (невірогідні) позитивні зміни рівнів кальцію і фосфору у сироватці крові можуть свідчити про сприятливий вплив «Кренфорсу» на кальцієво–фосфорний обмін, що є важливим у досліджуваного контингенту хворих з огляду на те, що з віком у них розвивається остеоартроз та остеопороз.

Не може залишитися поза нашою увагою покращення показника заліза в сироватці крові: у хворих основної групи він вірогідно зріс (хоча і в межах референтних значень норми), а у пацієнтів групи порівняння навіть знизився, що, можливо є наслідком негативної дії нестероїдних протизапальних засобів та алопуринолу.

Всі хворі оцінили переносимість препарату «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) як відмінну та добру.

Висновки:

1. Рослинний уроантисептичний препарат «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія) є цінним адювантним засобом в комплексному лікуванні хворих на подагру.

2. Включення в схеми лікування подагри «Кренфорсу» сприятливо впливає на суглобові, ниркові прояви хвороби, знижує рівень гіперурикемії.

3. Застосування «Кренфорсу» зменшує симптоматику частих у пацієнтів із подагрою уражень системи травлення.

4. Позитивний ефект лікування хворих на подагру зумовлений діуретичною, літолітичною, спазмолітичною, протизапальною, антибактеріальною, фунгіцидною, антиоксидантною та загальнозмцнювальною дією препарату препарат «Кренфорс» LLC «Solefarm» (Латвія).

Список літератури в редакції

**УДК 616.36–002.1–099:546.264–06:612.015.1–085.224/.835] –092.9**  
**ЗАСТОСУВАННЯ ТРИВАЛОЇ ВНУТРІШНЬОШЛУНКОВОЇ**  
**ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ В ПОЄДНАННІ З ТІВОРТИНОМ ТА ЇХ ВПЛИВ**  
**НА СТАН ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ НА ТЛІ**  
**ГОСТРОГО ТЕТРАХЛОРЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ**  
*ЛЯХОВИЧ Р. М., КИЦАК Я. М., ДЖУС М. Я., САВЧУК В. М. .,*  
*ЗЕМЛЯК О. С., НОВІКОВА П. П.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Вступ. На сьогоднішній день проблема захворювань печінки залишається актуальною, про що свідчить значний відсоток хворих на гепатити різного генезу. Зростання захворюваності на цю патологію серед населення та розвиток тяжких наслідків, зокрема цирозу та гепатоцелюлярної карциноми, збільшується з кожним роком.

Серед численних ланок патогенезу гепатитів важливе місце відводиться гіпоксії, яка є наслідком цілого ряду відхилень, спровокованих дією патологічного агента, сприяє надмірному утворенню вільних радикалів та

виснаженню ендогенних механізмів гомеостатичного регулювання. Один із сучасних методів лікування полягає у проведенні внутрішньошлункової оксигенації, коли кисень надходить у шлунок через тонкий зонд впродовж тривалого часу.

Водночас, у лікуванні токсичних гепатитів також традиційно застосовують препарати з гепатопротекторними властивостями, до яких, зокрема, відноситься препарат Тівортін. Він чинить гепатопротекторну дію завдяки своїй цитопротекторній, антирадикальній, антигіпоксичній та мембраностабілізуючій активності, позитивно впливає на процеси обміну енергозапезпечення в гепатоцитах, має дезінтоксикуючу дію.

Мета дослідження — з'ясувати стан пероксидного окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту на тлі гострого токсичного гепатиту, коригованого тривалою внутрішньошлунковою оксигенацією та метаболічною терапією тівортіном.

В експерименті використано 24 статевозрілих лінійних щурів-самців масою 160–180г, яких розділили на 4 групи по 6 тварин у кожній. Першу групу склали інтактні тварини. У другій моделювали гострий токсичний гепатит за допомогою внутрішньошлункового введення 50% олійного розчину тетрахлорметануодноразово у дозі 0,2 мл чистої речовини на 100 г маси тварини. У третій — через 24 год після введення токсину під внутрішньом'язовим кетаміновим наркозом за допомогою апарата «Інфузомат» катетером вводили в шлунок молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,1 мл·кг<sup>-1</sup>·хв<sup>-1</sup>протягом 8 год впродовж 7 діб. В четвертій серії — шляхом поєднаного застосування оксигенації та внутрічеревенного введення 4,2% розчину тівортіну в дозі мг·кг<sup>-1</sup>у дозі 5,4 мг·кг<sup>-1</sup> в аналогічні терміни. На восьму добу тварин декапітували і встановлювали вміст у сироватці крові дієнових і трієнових кон'югатів (відповідно ДК, ТК) ТБК-активних продуктів ПОЛ, активність супероксиддисмутази (СОД), каталази та вміст церулоплазміну. З метою нівелювання впливу кетаміну на отримані результати його аналогічно вводили й тваринам першої та другої груп. Отриманий цифровий матеріал обробляли методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

Встановлено, що застосування запропонованого методу на тлі гострого тетрахлорметанового гепатиту супроводжується меншими відхиленнями вмісту первинних і вторинних продуктів ПОЛ. До восьмої доби під впливом оксигенотерапії та тівортіну практично на рівні норми знаходиться концентрація у сироватці крові ДК, а вміст ТБК-активних продуктів ПОЛ стає майже ідентичним рівню показників, що й у інтактних тварин. Отже, поєднання оксигенотерапії та тівортіну, розпочате через 24 год після введення токсину, супроводжується вираженим гепатопротекторним ефектом на тлі отруєння тетрахлорметаном, про що свідчить зниження

вмісту продуктів пероксидного окиснення ліпідів, зміни в напрямку нормалізації показників антиоксидантного захисту.

Очевидно, це пов'язано із зростанням надходження кисню до печінки за рахунок артеріалізації венозної крові.

Враховуючи отримані результати, можна припускати, що в перспективі слід поглибити вивчення механізмів позитивного впливу оксигенації та метаболічної терапії в умовах ураження тетрахлорметаном на показники гуморального імунітету, жовчовидільної та жовчоутворювальної функції печінки.

**УДК 618.146–007.41–06–036.65–055.2–053.8/86–091.8**

**ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЦИДИВУЮЧОЇ  
УСКЛАДНЕНОЇ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

*МАЗУР Ю. Ю., ПИРОГОВА В. І.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Незважаючи на широкі сучасні діагностичні та лікувальні можливості, частота рецидивування ускладненої ектопії шийки матки (ЕШМ) залишається доволі високою. За спостереженнями деяких науковців, навіть неодноразові спроби лікування в обстежених пацієнток з рецидивами ЕШМ — два (13%) і більше разів (20,4%) — виявлялися невдалими. Особливої актуальності проблемі додає те, що наявність активних тривалих метапластичних змін створює сприятливі умови для інфікування ВПЛ, його реплікації і персистенції у подальшому. При виборі оптимальної тактики лікування важливим є розуміння та врахування патоморфологічних особливостей рецидивуючої ЕШМ.

**Мета.** Виявити та вивчити патоморфологічні характеристики рецидивуючої ускладненої ЕШМ у жінок репродуктивного віку.

**Методики дослідження.** У дослідження включено 312 жінок репродуктивного віку, що отримали оперативне лікування з приводу ЕШМ. Використовувані методи лікування включали: цервікальний кюретаж, петлеву ексцизію та діатермоконізацію шийки матки. Показами слугували: наявність ускладненої симптомної ЕШМ на протязі  $\geq 6$  місяців за умов неефективності консервативного медикаментозного лікування. У подальшому було сформовано 2 групи: основна група (n=135) — пацієнтки з рецидивом ЕШМ та група порівняння (n=177) — пацієнтки з вперше діагностованою ЕШМ. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% ( $p < 0,05$ ).



Результати. За результатами патогістологічного дослідження у пацієнок обох груп найчастіше діагностувався стаціонарний ендocerвікоз (у  $67,41 \pm 4,03\%$  пацієнок основної групи та  $87,57 \pm 2,48\%$  пацієнок групи порівняння). У пацієнок з рецидивом ЕШМ достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше відзначено наявність гіперплазії багатошарового плоского епітелію (у  $50,85 \pm 3,76\%$  пацієнок), натомість у пацієнок з вперше діагностованою ЕШМ — наявність наботових кист ( $p < 0,05$ ) —  $41,81 \pm 3,71\%$ , у пацієнок основної групи —  $28,15 \pm 3,87\%$ . Непряму ознаку інфікування ВПЛ — паракератоз багатошарового плоского епітелію — достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше відзначено у пацієнок основної групи ( $65,54 \pm 3,57\%$ ), частка у пацієнок групи порівняння виявилась також доволі високою та склала  $42,96 \pm 4,26\%$ . Привертає увагу висока частка діагностованого цервіциту у пацієнок обох груп, достовірно ( $p < 0,001$ ) вища у пацієнок основної групи ( $89,83 \pm 2,27\%$ ). Достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше в основній групі ЕШМ поєднувалась з CIN I ( $40,68 \pm 3,69\%$ ) та CIN II ( $13,56 \pm 2,57\%$ ), у групі порівняння дані показники склали  $26,67 \pm 3,81\%$  та  $4,44 \pm 1,77\%$  відповідно.

Висновки. 1. У пацієнок з рецидивуючою ускладненою ЕШМ частіше виявляється паракератоз гіперплазованого багатошарового плоского епітелію та CIN, у значній частки пацієнок обох груп втручання на шийці матки виконувались в умовах хронічного цервіциту.

2. Лише ліквідація вогнищ цервікального запалення, нормалізація стану місцевого імунітету та біоценозу піхви можуть забезпечити оптимальні умови для оперативного лікування та подальшої репарації і реепітелізації шийки матки.

Перспективи подальших досліджень. Планується розробка рекомендацій щодо оптимізації лікування ускладненої рецидивуючої ЕШМ, зокрема в умовах папіломавірусного інфікування та заходів превенції рецидиву.

**УДК 618.3:616.151.5–07**

## **РОЛЬ МЕТОДУ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ У ВИЗНАЧЕННІ СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ**

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., БЕРЕСТОВИЙ В. О., СОКОЛ І. В.,  
ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Антифосфоліпідний синдром (АФС) — хронічний вазооклюзивний процес, який виникає внаслідок рецидивуючого тромбоутворення в дрібних судинах на тлі циркуляції в крові антифосфоліпідних антитіл (АФА).

Питома вага АФС в етіології передчасних пологів складає 10–35%. Метод тромбоеластографії (ТЕГ) широко використовується для діагностики та вибору тактики корекції порушень системи гемостазу в акушерстві, хірургії тощо.

**Мета.** Визначити стан системи гемостазу методом тромбоеластографії у вагітних жінок II триместру гестації із підтвердженим АФС.

**Матеріали та методи.** На базі Київського міського пологового будинку №5 проводиться проспективне дослідження, в яке включені 29 жінок (паритет — 1) в II триместрі гестації (середній термін  $19,2 \pm 2,3$  тижні) з самостійною одноплідною вагітністю із клінічними прояви загрози переривання вагітності (болі внизу живота, укорочення шийки матки на УЗД менше 30 мм), анамнестично — 2 та більше самовільними викиднями та підвищенням рівня, хоча б одного з наведених антитіл класу IgG до бета-2-глікопротеїну, кардіоліпіну, фосфатидилсерину, фосфатидилінозитулу і фосфатидилової кислоти, фосфатидилхоліну. На підставі клініко-лабораторних даних встановлено діагноз АФС. Контрольну групу склали 11 жінок (паритет — 1) II триместру ( $18,7 \pm 2,1$ ) з самостійною одноплідною вагітністю без викиднів в анамнезі та відсутністю АФА. Всім жінкам проведено дообстеження методом ТЕГ.

**Результати.** В групі дослідження визначено гіперкоагуляційний синдром за рахунок підвищення МА (максимальної амплітуди) згустка та укорочення часу ініціації та формування згустка (R, K, кута  $\alpha$ ) у 21 жінки цієї групи (72,4%). У 8 (27,6%) вагітних досліджуваної групи виявлено нормокоагуляцію. В контрольній групі порушення системи гемостазу на тромбоеластограмі виявлено не було.

**Висновки.** В даній роботі продемонстровані результати визначення стану системи гемостазу методом тромбоеластографії у вагітних жінок II триместру гестації із підтвердженим АФС. В досліджуваній групі було виявлено 21 (72,4%) вагітну з гіперкоагуляційний синдром, який виявлений методом ТЕГ. Правильна трактовка результатів загальноклінічних та додаткових досліджень, в тому числі ТЕГ, в поєднанні із клінічними даними допомагають практикуючому лікарю встановити правильний діагноз та призначити патогенетичне обґрунтоване лікування.

УДК 618.2:612.465.1

## **ВИЗНАЧЕННЯ ЦИСТАТИНУ С — ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ОЦІНКИ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ?**

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., БЕРЕСТОВИЙ В. О., СОКОЛ І. В.,  
ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

На сьогодні “золотим стандартом” визначення ШКФ є метод розрахунку кліренсу ендogenous креатиніну (проба Реберга–Тарєєва). Проте, даний метод має ряд недоліків. Великий інтерес представляє визначення цистатину С в сироватці крові. Цистатин С — це білок, який синтезується всіма ядерними клітинами організму людини зі стабільною швидкістю.

Метою даної роботи є порівняння ефективності визначення клубочкової фільтрації методами оцінки кліренсу ендogenous креатиніну (проба Реберга–Тарєєва) та визначення рівня цистатину С, у вагітних III триместру з діабетичною нефропатією та без неї.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних отриманих на базі відділення екстрагенітальної патології Київського міського пологового будинку №5. Жінки поділені на II групи, в I групу увійшли 11 жінок (середній вік  $32,1 \pm 4,2$  роки, маніфестація ЦД  $19,2 \pm 2,1$  роки, середній термін гестації  $33,3 \pm 2,1$  тижня, паритет I) із цукровий діабетом I типу з діабетичною нефропатією в терміні гестації Досліджувану групу склали 23 вагітних жінки в III триместрі з ЦД I типу, ускладненим нефропатією. Контрольну групу склали 15 вагітних жінок в III триместрі з неускладненим ЦД I типу. Анамнестично діагноз ЦД I типу у жінок був встановлений до настання вагітності. Вагітні при надходженні до відділення були обстежені згідно наказу МОЗ 676.

Для визначення швидкості клубочкової фільтрації були використані методи: визначення кліренсу ендogenous креатиніну (проба Реберга–Тарєєва) та визначення сироваткового цистатину С. Методи порівнювалися за простотою виконання, чутливістю та специфічністю.

Результати. В I групі ШКФц дорівнювала  $35 \pm 8$  мл/хв, а ШКФкр —  $45 \pm 11$  мл/хв. В II групі ШКФц дорівнювала  $87 \pm 8$  мл/хв, а ШКФкр —  $98 \pm 10$  мл/хв. В жінок контрольної групи ШКФц склала  $97 \pm 7$  мл/хв, а ШКФкр —  $96 \pm 9$  мл/хв.

Специфічність методу визначення ШКФц склала 93,3%, а ШКФкр — 73,4%. Чутливість методу визначення ШКФц склала 91,3%, а ШКФкр — 82,61%.

Визначення ШКФ за допомогою проби Реберга–Тарєєва склало 25 годин, за допомогою цистатину С — 45 хв–1,5 год.

Висновки. Враховуючи отримані дані можна зробити висновок, що використання методу визначення рівня сироваткового цистатину С в крові є більш чутливим, специфічним та зручним методом для визначення ШКФ, як інтегрального показника ренальної функції, ніж проведення проби Реберга–Тарєєва.

**УДК 618.3–06 :616.94]–07–08**

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: «СЕПСИС ПРИ ВАГІТНОСТІ»**

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВССЄВ Д. О., БЕРЕСТОВИЙ В. О., СОКОЛ І. В.,  
ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Сепсис при вагітності розвивається рідко, але це одне із найнебезпечніших ускладнень, яке може виникнути у жінки. Смертність жінок від сепсису досягає 50%. Але на даний час документів, які б регламентували дії акушер–гінеколога та анестезіолога при сепсису у вагітної в нашій країні немає. Тому виникла необхідність висвітлити всі питання пов'язані з діагностикою, лікуванням, та родорозршення вагітних із сепсисом. Авторами було написано власний уніфікований протокол основуючи на рекомендаціях великобританського королівського коледжу акушер–гінекологів.

Успішним результатом лікування сепсису є вчасно встановлений діагноз та правильно вибрана антибактеріальна терапія. Але в умовах світової тенденції наростаючої антибіотико резистентності, надзвичайно складно підібрати емпірично вірну патогенетично обґрунтовану антибіотико–терапію. Тому в даному протоколі багато уваги приділяється раннім клінічним ознакам інфекційної контамінації та диференційній діагностиці. Велика увага приділяється співпраці із суміжними спеціалістами, такими як інфекціоністи та мікробіологи. Наголошується на колегіальному прийнятті рішення по встановленні діагнозу та тактиці введення вагітних із сепсисом.

Спостереження за станом вагітним, які потрапляють до клініки із підозрою на септичний стан потребує від працівників закладу, але не тільки від лікарів, а й від середнього та молодшого медичного персоналу підвищеної уваги та моніторингу за станом вагітної та плоду. В протоколі вказані чіткі межі моніторингу персоналом стану жінки та показання для встановлення діагнозу сепсис, і перевodu вагітної під нагляд у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

В даному протоколі наведено можливі збудники сепсису різних локалізацій при вагітності та наведено спектр чутливості антибактеріальних препаратів до різної флори, які використовуються в акушерській практиці.

Як препарат вибору при лікуванні стафілококового та стрептококового сепсису у вагітних нами запропоновано застосування внутрішньовенних імуноглобулінів (ВВІГ). ВВІГ має імуномодулюючий ефект, а при стрепто- і стафілококовому сепсисі нейтралізує антигенні властивості екзотоксинів та гальмує синтез фактора некрозу пухлини та прозапальних інтерлейкінів. Але в той же час застосовування ВВІГ при інфікуванні збудниками, які виробляють ендотоксини не настільки ефективне, як при лікуванні збудників із виробленням екзотоксинів. Але це не виключає можливості ВВІГ при збудниках, які виробляють ендотоксин (грамнегативні бактерії).

Питання яке завжди виникає при виявленні сепсису у вагітних — це тактика ведення вагітності та родорозршення. Розглядається питання первинного вогнища сепсису в контексті стану жінки та ризиків оперативних та вагінальних методів родорозршення.

Особливе місце в протоколі займає профілактика захворювання інфекційним збудником наявного у вагітної контактних осіб — родичі, які контактувала останнім часом з жінкою та медичного персоналу. Також висвітлено питання антибіотико-профілактики в новонароджених дітей.

Уніфікація нових медичних протоколів дає нам можливості до оптимізації надання медичної допомоги та наближення української медичної допомоги до рівня західноєвропейських стандартів.

**УДК 618.145–007.61:618.173**

**ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ СТЕРОЇДНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПОЛІПАХ ЕНДОМЕТРІУ ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ**

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., БЕРЕСТОВИЙ В. О., СОКОЛ І. В.,  
ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Гіперплазія ендометрію — це передракова нефізіологічна неінвазивна проліферація ендометрію, що характеризується змінами залозистої архітектури (формою та розмірами). Метод імуногістохімії дозволяє визначити експресію ядерних стероїдних рецепторів, через стимуляцію яких відбуваються розповсюдження та диференціювання ендометрію.

Мета. Визначити рівень експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах ендометрію в жінок у постменопаузі.

Матеріали та методи. Був проведений проспективний аналіз 39 випадків залозистих поліпів ендометрію та фрагментів здорового

ендометрію, серед жінок постменопаузального періоду, віком від 51 до 65 років (середній вік  $57,1 \pm 3,7$  роки). Усі хворі мали ознаки поліпу ендометрію за даними УЗД. З лікувально-діагностичною метою всім жінкам виконана гістерорезектоскопія в об'ємі поліпектомії та біопсії ендометрію. Пацієнти перед оперативним лікуванням не приймали гормональні ліки протягом щонайменше 6 місяців. Експресію стероїдних рецепторів визначали у стромі та залозах поліпів ендометрію, а також у фрагментах незміненого ендометрію. Імуногістохімічну реакцію експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів оцінювали використовуючи подвійну класифікацію напівкількісного підрахунку ядерної реакції позитивних клітин, тобто процентного індексу (1 = 0–25%; 2 = 26–50%; 3 = 51–75%; 4 = 76–100%) та індексу інтенсивності (1 — більшість клітини слабо забарвлені; 2 — більшість клітин мають помірне забарвлення; 3 — більшість клітин сильно забарвлювалися). Остаточний бал був сумою процентного індексу і індексу інтенсивності, який коливається від 2 (найслабша реакція) до 7 (найсильніша реакція).

Результати. Видалені поліпи ендометрію були діаметром від 0,4 до 1,0 см. Медіана експресії естрогенових рецепторів становила 7,0 в залозах поліпів і 5,0 у залозах незміненого ендометрію ( $P < 0,01$ ). Медіана експресії прогестеронових рецепторів був 6,0 і 4,0 ( $P < 0,01$ ) відповідно. Медіана експресії рецепторів естрогену у стромі залозистих поліпів склала 6,5, в стромі «здорового» ендометрію — 5,5 ( $P = 0,021$ ). Медіана прогестерону — 4,0 і 4,0 ( $P = 0,02$ ).

Висновки. В даній статті було проведено дослідження по визначенню експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах ендометрію серед жінок у постменопаузі. Отримані нами дані свідчать про більш виражену експресію естрогенових та прогестеронових рецепторів у поліпах, ніж залози незміненого ендометрію. Експресія естрогенових рецепторів визначалась вищою у стромі поліпів у порівнянні зі стромою ендометрію. Наявність високої експресії стероїдних рецепторів у поліпах постменопаузальних жінок може свідчити про високу чутливість до відповідних гормонів.

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: «ГЕСТАЦІЙНА ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ»**  
*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., БЕРЕСТОВИЙ В. О., СОКОЛ І. В.,*  
*ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Акушерська кровотеча — одна із самих небезпечних і загрожуючи станів в сучасній медицині. В структурі причин материнської смертності кровотечі займають одне з перших місць у світі. Основними причинами післяпологової кровотечі є порушення процесів відділення плаценти і посліду, зниження скоротливої активності матки, травматичні пошкодження пологових шляхів та порушення в системі гемокоагуляції. Однією із причин розладів в системі гемокоагуляції під час вагітності є тромбоцитопенія.

Гестаційна тромбоцитопенія — зменшення кількості тромбоцитів  $< 150 \times 10^9/\text{л}$  у II–III триместрі гестації. Гестаційна тромбоцитопенія є другим по частоті (після анемії) гематологічним порушенням при вагітності. Зустрічається гестаційна тромбоцитопенія в межах 6,6% — 11,6% від всіх вагітностей. Гестаційна тромбоцитопенія складає близько 70–80% від усіх тромбоцитопеній під час вагітності. Механізм розвитку гестаційної тромбоцитопенії невідомий, але існує припущення розвитку тромбоцитопенії із підвищенням алоімуних антитіл, які зв'язуються з антигенами на поверхні тромбоцитів та руйнують їх.

Кількість гестаційних тромбоцитопеній з кожним роком прогресивно збільшується, що не може не турбувати. Відсутність нормативних розробок в розділі профілактики акушерських кровотеч у вагітних с гестаційною тромбоцитопенією спонукало авторів до написання протоколу. В основі протоколу було покладено західноєвропейські рекомендації по введенню жінок із гестаційною тромбоцитопенією. В україномовних публікаціях ми не знайшли згадки про дану проблему.

Основу протоколу склала модель діагностики, яка спрямована на виявлення ефективності системи гемостазу та з'ясуванні причин розвитку тромбоцитопеній у вагітних. Як основний метод визначення стану системи гемостазу в цілому, авторами запропоновано використання методу тромбоеластографії, який демонструє всі стадії коагуляції та фібринолізу перенесені на графічне зображення. Після верифікації діагнозу на основі лабораторно–клінічних даних та консультації гематолога, розробляється план введення вагітності та пологів. В протоколі вказані методи корекції гемостазу в залежності від кількості тромбоцитів та ефективності системи в цілому. Оцінка ефективності системи гемостазу та її корекції на допологовому етапі, в аспекті гестаційної тромбоцитопенії — це перша спроба наблизитися до основ «профілактичної медицини» в Україні.

Написання сучасних протоколів, які б покращили рівень надання медичної допомоги в Україні є пріоритетним напрямком роботи.

**УДК 618.146–008.64–089.84–068.168**

**ЕФЕКТИВНІСТЮ СЕРКЛЯЖУ ПРИ ПРОЛАБУВАННІ ПЛІДНОГО МІХУРА**

*МАКАРЕНКО М. В., ГОВСЄЄВ Д. О., ГОРОДНИЧА Л. М., СОКОЛ І. В.,  
БЕРЕСТОВИЙ В. О., ВОРОНА Р. М.*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Істміко–цервікальна недостатність (ІЦН) — це патологічний стан перешийка і шийки матки (ШМ) під час вагітності, при якому вони не здатні стримувати внутрішньоматковий тиск і утримувати плід в порожнині матки до термінових пологів. В даний час методи лікування ІЦН широко дискутуються. Пропонують використовувати мікронізовані прогестерони, введення песаріїв, хірургічну корекцію ІЦН. Ефективність накладення шва на шийку матки і подальший прогноз виношування залежать від багатьох факторів. Найбільш значимі — це терміни гестації і ступінь вираженості ІЦН. Так, найгіршою прогностичною ознакою вважається пролабування плідного міхура.

**Мета.** Оцінити ефективність накладання циркулярного шва мерсиленою ниткою на шийку матки при пролабуванні плідного міхура.

**Матеріали та методи.** В київському міському пологовому будинку №5 був проведений ретроспективний аналіз історій пологів жінок із істміко–цервікальною недостатністю з пролабуванням плідного міхура протягом 2015–2016 рр. . В дослідження включено 23 жінки (середній вік  $27 \pm 3,2$  роки) з першими пологами, без оперативних втручань з приводу гінекологічних захворювань в анамнезі та вад розвитку матки в онтогенезі (інфантилізм, двоорога матка...). Жінки поділені на 3 групи, в залежності від ступені пролабування плідного міхура: I група — плідний міхур заповнює шийку матки без пролабування у піхву (11 жінок (47,8%)); II група — плідний міхур виходить за межі шийки матки та заповнює до 1/3 піхви (9 жінок (39,1%)); III група — пролабуючий плідний міхур заповнює більше 1/3 піхви (3 жінки (13,1%)). Жінкам накладенно циркулярний шов на шийку матки мерсиленою ниткою в положенні Тренделенбурга, з попереднім запровадженням плідного міхура за допомогою марлевого тупфера.

**Результати.** В I групі дослідження передчасно народили 2 жінки (в терміні 27 тижнів (2 тижні після накладання шва), 31 тиждень (4 тижні)), що склало 18,2% від всіх жінок групи. В середньому термін пролонгації



вагітності після накладання шва у I групі дослідження склав 11 тижнів ( $p < 0,05$ ) від 2 до 15 тижнів.

В II групі передчасно народили 4 жінки (в терміні 24 тижні (1 тиждень після накладання шва), 28 (3), 24 (2), 32 (7)), що становить 44,4% від всіх жінок групи. В середньому термін пролонгації вагітності після накладання шва у II групі дослідження склав 8 тижнів ( $p < 0,05$ ) від 1 до 14 тижнів.

В III групі передчасно народили 2 жінки (в терміні 23 тижні (0,3 тижня після накладання шва), 27 (2)), що становить 66,6% від всіх жінок групи. В середньому термін пролонгації вагітності після накладання шва у III групі дослідження склав 4,6 тижнів ( $p > 0,05$ ) від 0 до 12 тижнів.

Висновок. Ефективність накладання циркулярного шва при пролабуванні плідного міхура залежить від ступеню пролабування та якості хірургічна корекція, що призводить до меншого відсотку передчасних пологів та меншій кількості перенатальних втрат.

**УДК 616.379–008.64:616.833–06:612.015.11/.]–085.21**

**ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КЕЛТІКАН НА СТАН ПЕРЕКИСНОГО  
ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОГО  
ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2–ГО ТИПУ З  
ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ**

*МАКАРЧУК Н. Р., МАРТИНЮК Л. П., ГУЛЬКО Н. Я., СОВ'ЯК І. В.,  
РЕМЕЗЮК О. М., ШУМСЬКА О. А.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Діабетична полінейропатія (ДПН) є одним із найбільш частих ускладнень цукрового діабету (ЦД). Особливо важливою клінічною ознакою останнього є больовий синдром. У патогенезі виникнення ДПН лежить порушення нормального функціонування мембранних структур клітин, посилення їх деструкції, яка відбувається, за даними різних дослідників, внаслідок змін перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), а ступінь активності патологічного процесу можна визначити за функціональним станом антиоксидантного захисту (АОЗ).

Позитивний вплив на перебіг нейропатії різної етіології має застосування препарат Келтікан. Використання у лікуванні хворих комбінації двох пірамідинових нуклеотидів: цитидину — 5 — монофосфату (ЦМФ) і уридину — 5 — трифосфату (УТФ), які входять до складу препарату сприяє вираженому протибольовому ефекту за рахунок позитивного впливу на структуру мембран нервових волокон.

Мета роботи: вивчити впливу препарату Келтікан на больовий синдром, перекисне окиснення ліпідів та стан антиоксидантного захисту хворих на цукровий діабет 2-го типу, ускладнений діабетичною полінейропатією.

Матеріали і методи: Обстежено 64 хворих на ЦД 2 типу та діабетичною полінейропатією. Вік обстежених становив від 45 до 65 років (середній вік  $57,09 \pm 6,18$  роки). Всі хворі були розділені на дві репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання групи. До контрольної групи (I група) увійшло 32 пацієнти, які отримували стандартне лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (№1118 від 21. 12. 2012). 32 пацієнти дослідної групи (II групи) додатково отримували Келтікан по 1 капсулі тричі на добу впродовж місяця.

Наявність больового синдрому діагностували за допомогою модифікованого опитувальника DN4. Про стан ПОЛ судили за вмістом дієнових кон'югатів(ДК) і малонового діальдегіду(МДА). Активність антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за показниками концентрації супероксиддисмутаза (СОД), каталази та глутатіону відновного (SH-група). Обстеження пацієнтів проводили до початку та після 12-ти денного лікування. Аналіз й обробку статистичних даних результатів клінічних обстежень проводили на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм STATISTICA 10 і MS Excel XP та з використанням критеріїв Стюдента. Порівняння абсолютних величин здійснювалося за допомогою критерію Пірсона  $\chi^2$  (хі-квадрат). Показники представлені у вигляді середніх значень з їх середніми похибками ( $M \pm m$ ). Достовірною вважали різницю при  $p < 0,05$ .

Результати: Згідно опитувальника DN4 до лікування больовий синдром мав місце у 50 (78,13%) обстежених. Отримані результати до лікування показали порушення ПОЛ (МДА  $6,15 \pm 0,678$  мкмоль/л — I група;  $6,16 \pm 0,765$  мкмоль/л — II група; ДК  $29,34 \pm 2,22$  нм/г — I група  $29,97 \pm 2,46$  нм/г — II груп) та пригнічення функціонального стану АОЗ (СОД —  $41,17 \pm 3,02\%$  — I група,  $40,78 \pm 2,8\%$  — II група; каталаза  $53,89 \pm 5,79\%$  — I група,  $51,83 \pm 9,98\%$  — II група; глутатіон відновний (SH-група)  $40,97 \pm 2,15$  мкмоль/л — I група,  $40,65 \pm 3,46$  мкмоль/л — II група). В обох групах до лікування показники вірогідно не відрізнялися  $p > 0,05$ .

Проведене лікування сприяло зменшенню ознак больового синдрому на 9,4% ( $41,67$ ) ( $\chi^2 = 2,494$ ;  $p > 0,05$ ) у хворих контрольної групи та на 28,1% ( $80,77$ ) ( $\chi^2 = 27,589$ ;  $p < 0,05$ ) в групі осіб, які додатково отримували лікування келтіканом. Показник наявності больового синдрому після курсу лікування був вірогідно меншим у пацієнтів II-ї групи.

Проведене дослідження показників ПОЛ показало змиження рівня МДА ( $5,94 \pm 0,697$  мкмоль/л — I група;  $5,102 \pm 1,57$  мкмоль/л — II група,  $p < 0,05$ ); ДК ( $28,53 \pm 2,1$  нм/г I група  $26,9 \pm 3,48$  нм/г II група,  $p < 0,05$ ), при цьому показники вірогідно відрізнялися між групами ( $p < 0,05$ ). Виявлено зміни показників антиоксидантного захисту: підвищення рівня концентрація СОД ( $41,81 \pm 3,01\%$  — I група,  $45,88 \pm 8,04\%$  — II група  $p < 0,05$ ); каталази ( $52,58 \pm 5,18\%$  — I група,  $45,41 \pm 14,46\%$  — II група  $p < 0,05$ ); SH-групи ( $41,57 \pm 2,21$  мкмоль/л — I група,  $46,37 \pm 7,95$  мкмоль/л — II група  $p < 0,05$ ). Під впливом комплексної терапії з включенням Келтікану виявлено достовірне покращення показників ПОЛ та АОЗ  $p < 0,05$ .

Висновок: включення до традиційного лікування препарату Келтікан тричі на добу на протязі 12 днів сприяє зменшенню больового синдрому та покращує показники перекисного окислення ліпідів і антиоксидантного захисту.

**УДК 612.621.9–02:618.145–006.03]–092.9**

**ЗМІНИ В ЕСТРАЛЬНОМУ ЦИКЛІ ЩУРІВ ПРИ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ІНДУКОВАНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ ПІД  
ВПЛИВОМ МЕТАБОЛІЧНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА 5 АМІНО–  
1,2,3,4–ТЕТРАГІДРОФТАЛАЗИН–1,4–ДІОНУ НАТРІЄВОЇ СОЛІ  
МАЛАНЧУК Л. М., КРАСНЯНСЬКА Л. О., КОВАЛЬЧУК А. О., КУЧМА З.  
М., МАРТИНЮК В. М.**

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

Актуальність. Ендометріоз являється досить поширеним захворюванням репродуктивного віку, який приносить фізичні та моральні страждання, призводить до безплідності, значно погіршує якість життя жінки. Жодна із запропонованих в наш час теорій патогенезу ендометріозу не може пролити світло на особливості його перебігу та різноманітність локалізації його осередків. За літературними даними у жінок, які страждають на ендометріоз, спостерігається дисфункція системи імунітету. Стає очевидним, що у комплексному лікуванні ендометріозу доцільне використання імуномодуляторів.

Мета дослідження. Ми вирішили вивчити вплив сучасного імуномодулятора 5 аміно–1,2,3,4–тетрагідрофталазин–1,4–діону натрієвої солі, який проявляє не лише імуномодельючий, але й антиоксидантний ефект та володіє протизапальними властивостями, на зміни естрального циклу при експериментальному ендометріозі у щурів.

Матеріали і методи. Експеримент проведено на 50 білих безпорідних щурах–самках в умовах сертифікованої лабораторії з дотриманням міжнародних стандартів щодо утримання лабораторних тварин. Була створена модель експериментального ендометріозу шляхом аутотрансплантації фрагментів лівого рогу матки на внутрішню поверхню передньої черевної стінки таким чином, щоб ендометрій був обернений в черевну порожнину. Тварини були поділені на 2 групи, що утримувалися в стандартних умовах і отримували однаковий корм. Основну групу склали 25 самок з експериментально–індукованим ендометріозом, яким підшкірно вводився 5 аміно–1,2,3,4–тетрагідрофталазин–1,4–діону натрієвої солі в дозі 2 мг / кг на добу в 1 мл фізіологічного розчину протягом 15 діб, а контрольна група включала 25 тварин, які отримували підшкірні ін'єкції еквівалентної кількості фізіологічного розчину упродовж такого ж часу. Введення препаратів розпочинали через 4 тижні після оперативного втручання. Наступного дня після 15–денного введення препаратів розпочинали дослідження тривалості фаз естрального циклу — дієструса та проєструса, еструса та метєструса. З цією метою в ранковий час проводили забір мазків з вагіни, які забарвлювали (азур–II–еозином) за методикою Романовського. Диференціацію фаз циклу проводили після підрахунку типів клітин та визначення їх співвідношення. Проводили також макроскопічну оцінку вогнищ ендометріозу.

Результати дослідження. Середня тривалість естрального циклу у досліджуваних тварин перед проведенням оперативного втручання становила 4,4 дня, при цьому в середньому дієструс (стадія спокою) тривав 2,4 доби, середня тривалість проєструса становила 13 год., тривалість еструса– 1,2 доби, метєструс в середньому становив 7 год. Через 3 тижні після проведеної операції у всіх досліджуваних тварин спостерігалось значне збільшення середньої тривалості дієструса — до 3,5 днів, скорочення фаз проєструса до 10 год. та еструса до 23 год. Загальна тривалість естрального циклу зростала і становила 5,2 дня. Такі зміни часових параметрів статевого циклу розцінювались, як первинний прояв ендометріозу, що підтверджувалось даними макроскопічної оцінки та мікроскопічного дослідження органів статевої сфери після виведення тварин з експерименту (Рис. 1).

Через 15 днів від початку введення імуномодулятора тваринам основної групи у них виявлено зменшення загальної тривалості естрального циклу до 4,6 днів та тривалості дієструса до 3,1 днів порівняно до тривалості фаз, які були до початку імунотерапії. Фаза проєструса відповідала показникам інтактних тварин (13 год. ), а тривалість еструса зростала до 26,4 год. У тварин контрольної групи порушення тривалості фаз естрального циклу, які виникли після проведеної операції, були стійкими і

не змінювались як до, так і після проведення 15-денного курсу підшкірних ін'єкцій еквівалентної кількості 0,9% р-ну NaCl. Що стосується тривалості фази метеструса, то вона не змінювалась в обох групах як після проведеного оперативного втручання з метою створення експериментального ендометріозу, так і через 15 днів після введення розчинів.

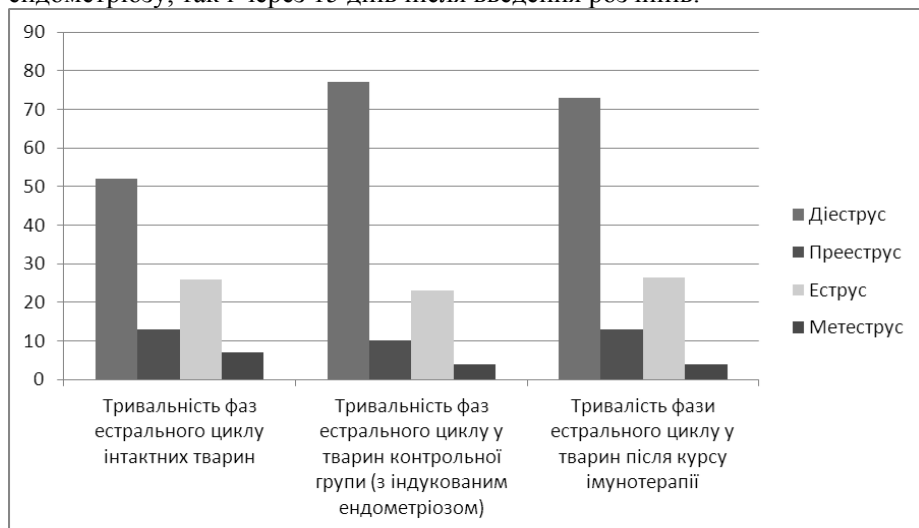


Рис. 1 Зміни фаз естрального циклу в експериментальних тварин.

**Заключення.** Таким чином, застосування метаболічного імуномодулятора 5 аміно-1,2,3,4-тетрагідрофталазин-1,4-діону натрієвої солі при експериментально-індукованому ендометріозі у беспорідних самок-щурів призводить збільшення тривалості фаз проєструса та еструса і скорочення фази дієструса. Отже, запропонований імунотропний препарат забезпечує нормалізацію статевого циклу у піддослідних тварин.

**УДК 618.146-007.17-085**

## **РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ**

*МАЛАНЧУК С. Л., МАЛАНЧУК А. С., МАРТИНЮК В. М., КУЦЕНКО В. В., ДОБРОРОДНЯ Л. В.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Вступ. Патологія шийки матки займає одне з перших місць в структурі онкогінекологічної патології. Останні роки спостерігається тенденція

зростання частоти дисплазій та раку шийки матки. Враховуючи етіопатогенез даного захворювання і провідну роль папіломавірусної інфекції, усі напрямки терапевтичного лікування спрямовані на елімінацію збудника та відновлення біоценозу піхви.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність застосування препарату на основі флавоноїдних глікозидів у вигляді вагінальних супозиторіїв та розчині у жінок із легкою та помірною дисплазією шийки матки.

Матеріали і методи. Впродовж 2016–2017 рр. в умовах жіночої консультації ТОКПЦ «Мати і дитина» проводилося спостереження та лікування пацієнок із легкою та помірною дисплазією шийки матки. У всіх жінок методом ПЛР було діагностовано наявність онкогенних типів папіломавірусної інфекції. Результати ПАП–тесту на основі рідинної цитології у 25 жінок було діагностовано CIN I, у 23 — CIN II. Усі пацієнтки були розподілені на дві групи по 24 пацієнтки. І групу склали 12 жінок з CIN I та 12 — з CIN II. У другу групу увійшли 13 пацієнок з CIN I та 11 — з CIN II. Лікування усіх хворих здійснювалося відповідно до наказу МОЗ України № 236 від 02. 04. 2014 року. В протокол лікування жінок II групи противірусний препарат на основі флавоноїдних глікозидів призначався не лише перорально, але й додатково у вигляді вагінальних супозиторіїв щоденно двічі на добу впродовж 14 днів.

Контроль ефективності лікування проводили після завершення лікування та через один місяць з кольпоскопічним та лабораторним скринінгом.

Результати дослідження. Результати розширеної кольпоцитології через місяць після лікування свідчили про нормалізацію кольпоскопічної картини в обох групах спостереження: відсутність йод–негативних зон, атипових судин та ацетобілого епітелію. Проте, у I групі дослідження в зоні трансформації спостерігалися легка мозаїка та пунктуація. Результати ПАП–тесту на основі рідинної цитології підтвердили позитивний ефект у лікуванні легкої і помірної дисплазії шийки матки. Однак, у I групі дослідження у двох пацієнок з CIN II діагноз помірної дисплазії залишився. У групі хворих, де комбінувалося введення противірусного препарату перорально та місцево позитивна динаміка спостерігалася у всіх пацієнок.

Висновок. Таким чином, за результатами клінічного спостереження, лабораторного та інструментальних методів дослідження, було підтверджено високу ефективність використання в протоколі лікування дисплазій шийки матки препарату «Протефлазид» в розчині та у вигляді супозиторіїв.

УДК 616.71–007.234:618.174–06:616.152

**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ  
НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ  
У ЖІНОК В ПЕРІОДІ МЕНОПАУЗИ**

*МАРТИНЮК Л. П.*

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

До важливих медичних проблем у жінок в періоді менопаузи поряд з серцево–судинними захворюваннями належить остеопороз, які сприяють значному зниженню якості та тривалості життя внаслідок розвитку ускладнень: серцево–судинних катастроф у першому випадку та переломів в іншому. Аналіз літературних даних виявив суперечливі дані щодо зв'язків між рівнем показників ліпідограми та мінеральної щільністю кісткової тканини МЩКТ).

Метою дослідження було оцінити взаємозв'язки між показниками ліпідограми та мінеральною щільністю кісткової тканини.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 1469 жінок віком (середній вік 50–79 років у періоді менопаузи щонайменше більше одного року. Усі пацієнтки були розділені залежно від тривалості менопаузи (1 група — від 1– до 9 років (481 особа), 2 група — від 10 до 19 років (549 жінок), 3 група — понад 20 років 439 хворих). Показники ліпідного обміну (ЗХ (загальний холестерин), ТГ (тригліцериди), ХС ЛПНЩ (холестерин ліпопротеїди низької щільності), ХС ЛПДНЩ (холестерин ліпопротеїди дуже низької щільності), ХС ЛПВЩ (холестерин ліпопротеїди високої щільності) визначали за загальноприйнятими методиками. Дослідження МЩКТ проводили методом DXA на апараті Prodigy (GE DF +16430, США). Оцінку впливу тривалості менопаузи на МЩКТ і ліпідного обміну проводили за допомогою однофакторного диспенсірного аналізу (Anova). Відмінності у біохімічних та сенситометричних показниках між групами залежно від тривалості менопаузи визначали за допомогою критерію Шеффе.

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнток із більшою тривалістю менопаузи (3 групи) вірогідно підвищувався рівень ХС ЛПВГ (порівняно з жінками 1 групи) та знижувався рівень ХС ЛПНГ (порівняно з жінками 1 та 2 груп). При аналізі стану МЩКТ відзначалося вірогідне зменшення значень майже всіх показників зі збільшенням тривалості постменопаузального періоду. Так, існують відмінності щодо зв'язків між показниками ліпідного обміну та денситометричними характеристиками структурно–функціонального стану кісткової тканини впродовж постменопаузального періоду. Аналіз результатів обстеження показав, що у

перші 10 років відзначаються слабкі зв'язки між показниками, що характеризують МЩКТ та ліпідний обмін, які не можуть розглядатися як вагомі.

Зі збільшенням тривалості менопаузи (10–19 років) визначається сильна негативна кореляція між рівнями ЗХ, ХС ЛПНГ та МЩКТ у ділянці стегнової кістки, а при тривалості постменопаузи понад 20 років майже на всіх ділянках кісткової тканини відзначаються сильні позитивні кореляції з рівнями ЗХ, ТГ та атерогенними фракціями ліпопротеїнів, а також негативні — з ХС ЛПВГ.

Аналіз зв'язку дисліпідемії та МЩКТ у постменопаузі розглядає можливість створення алгоритмів ведення жінок у цей особливий період життя. Враховуючи спільність чинників ризику розвитку серцево-судинної патології та остеопорозу в постменопаузі та наявність між ними зв'язків не виникає сумнівів щодо необхідності диференційованого підходу до зниження ризику виникнення ускладнень — серцево-судинних катастроф та переломів.

**УДК 616–056.52:616.379–008.64–06:616.61–036.12–085.21**

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ  $\gamma$ -АМІНО-  $\beta$  –  
ФЕНІЛОМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПОКАЗНИКИ  
ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА  
ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК**

*МАРТИНЮК Л. П., ВОНС Л. З., РУЖИЦЬКА О. О., ЧАЙКОВСЬКА М. І.,  
ФІЛЮК А. І.*

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

Актуальність. Впродовж останнього десятиріччя спостерігається стрімке зростання кількості хворих з цукровим діабетом (ЦД). Діабетична нефропатія, поряд із нейропатією, ретинопатією, атеросклеротичним ураженням судин серця, мозку та нижніх кінцівок, є тяжким проявом мікро- та макроангіопатій, що ускладнюють перебіг ЦД. Численними дослідженнями встановлено, що значна кількість ускладнень ЦД значно погіршує якість життя (ЯЖ) таких пацієнтів і приводять до передчасної смерті. Протягом останніх років науковці багатьох країн світ активно вивчають ЯЖ пацієнтів на ЦД залежно від ступеня тяжкості захворювання та наявності ускладнень. Це обґрунтовує необхідність пошуку нових підходів до поліпшення лікування хворих на ЦД 2 типу та ХХН шляхом впливу на ЯЖ таких пацієнтів.



Метою роботи було оцінити ефективність впливу  $\gamma$ -аміно- $\beta$ -феніломаляної кислоти гідрохлориду на показники ЯЖ у пацієнтів на ЦД 2 типу та ХХН.

Матеріали і методи. У дослідження включено 60 на ЦД 2 типу та ХХН II–IV стадій (середній вік —  $59,66 \pm 8,21$  років), яких шляхом рандомізації розподілено на 2 групи залежно від способу лікування. Групи були репрезентативні за віком, статтю, тривалістю ХХН, ЦД та швидкістю клубочкової фільтрації. Пацієнти першої групи ( $n=28$ ) отримували стандартну терапію. Хворі другої групи ( $n=32$ ), крім стандартного лікування, отримували  $\gamma$ -аміно- $\beta$ -феніломаляної кислоти гідрохлориду по 250 мг 3 рази на добу впродовж 4 тижнів.

Всі пацієнти були обстежені згідно з протоколами обстежень хворих з ЦД та ХХН. Для оцінки ЯЖ хворих використовували опитувальник Medical Outcomes Study — Short Form, SF-36, який дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями. SF-36 складається із 36 питань, що згруповані у 8 шкал: PF — фізичне функціонування, RP — рольова діяльність, BP — тілесний біль, GH — загальне здоров'я, VT — життєздатність, SF — соціальне функціонування, RE — емоційний стан, MH — психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вищі значення показника (від 0 до 100), тим краща оцінка за обраною шкалою. Із них формуються два параметри — психологічний та фізичний компонент здоров'я. Обстеження проводились до початку комплексного лікування та через 3 місяці від початку спостереження.

Статистичну обробку даних виконано на персональному комп'ютері за допомогою програмної системи STATISTICA 12. 0.

Результати обстежень. При аналізі результатів виявлено, що під впливом стандартного лікування у пацієнтів першої групи спостерігалось підвищення показників фізичного функціонування (PF) ( $p<0,01$ ), життєздатності (VT) ( $p<0,01$ ), психологічного здоров'я (MH) ( $p<0,01$ ), емоційного функціонування (RE) ( $p<0,05$ ), а також зменшення рівня болю (BP) ( $p<0,05$ ).

У хворих другої групи під впливом терапії  $\gamma$ -аміно- $\beta$ -феніломаляної кислоти гідрохлориду, порівняно з вихідними даними, відзначалось достовірне покращення всіх складових опитувальника ЯЖ ( $p<0,01$ ), зокрема: підвищення показників фізичного функціонування (PF), рольового функціонування (RP), життєздатності (VT), психологічного здоров'я (MH), загального здоров'я (GH), емоційного функціонування (RE), соціального функціонування (SF), а також зменшення рівня болю (BP).

У пацієнтів другої групи, порівняно з хворими першої групи, під впливом лікування спостерігалися достовірно вищі показники наступних шкал: підвищення показників рольового функціонування (RP) ( $p<0,01$ ),

життєздатності (VT) ( $p < 0,01$ ), психологічного здоров'я (MH) ( $p < 0,01$ ), загального здоров'я (GH) ( $p < 0,05$ ), емоційного функціонування (RE) ( $p < 0,05$ ), соціального функціонування (SF) ( $p < 0,01$ ), в той час, як показники фізичного функціонування (PF) та рівня болю (BP) достовірно не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

**Висновок.** Включення  $\gamma$ -аміно- $\beta$ -феніломасляної кислоти гідрохлориду до стандартних схем лікування пацієнтів із ЦД 2 типу та ХХН достовірно покращує якість життя даного контингенту хворих за компонентами як фізичного, так і психічного здоров'я.

**УДК 618.3–008.6–085.246.9**

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ МУЛЬТИСОРБ В ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ**

*МАРЧЕНКО Н. Є., ЯРЕМЧУК Т. П., СОРОКІВСЬКА С. А.*

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького;  
Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

Актуальність теми. Блювота вагітних є найчастішою клінічною формою раннього гестозу, яка призводить до зневоднення організму, метаболічного ацидозу, дисбалансу електролітів, гіповітамінозу, гіперкоагуляції, обмінних та імунних порушень. Спазми та антиперестальтика шлунку та кишечника є наслідком порушення нейрогуморальної регуляції організму у відповідь на вагітність. Спорожнення кишечника та зневоднення приводить до ішемії та глибоких порушень функцій слизової оболонки органів травлення. Кишечник людини також є першим імунологічним бар'єром, який відіграє захисну роль та протидіє виникненню токсемії.

Метою роботи було підвищення ефективності лікування жінок з блювотою вагітних на основі застосування препарату МУЛЬТИСОРБ в комплексній терапії раннього гестозу. Матеріалом дослідження були кількісні та якісні показники історій хворіб 48 вагітних, які лікувалися з приводу блювоти вагітних в гінекологічному відділенні ЛОКЛ та КМКЛШМД м. Львова в 2014–2017 р. р. У 30 вагітних спостерігався гестоз легкого ступеня з блювотою до 3–5 разів на добу, яка виникла в терміні 5–10 тижнів вагітності. У 18 вагітних діагностовано ранній гестоз середнього ступеня, який виник в 4–9 тижнів вагітності й проявлявся блювотою до 6–8 разів на добу, втратою ваги тіла. Методами дослідження були клінічні, УЗД та лабораторні методи оцінки показників стану організму, та медико-статистичні методи.

Результати досліджень. У 77,08±6,13% пролікованих жінок в анамнезі виявлені гострі та хронічні захворювання органів травної системи, у 83,33±5,44% вагітних була вегето–судинна дистонія, мав місце астеничний синдром, у 6,25±3,53% жінок вагітність наступила у віці 15–18 років. Основою комплексного лікування вагітних було застосування інфузійної терапії 4% розчином глутаргіну 5 мл в 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрію або вливання 4,2% тівортіну аспартату 100 мл. Призначався ксилат 400 мл, 5% розчин глюкози 400 мл з інсуліном 4 ОД та панангіном 10 мл, ін'єкції метоклопраміду. Щоденно оцінювався водно–електролітний баланс. Був рекомендований прийом теплої їжі напіврідкої консистенції невеликими об'ємами 5 разів на добу. Мультисорб призначали перед їжею, рекомендували запивати перевареною водою, або приймати разом з будь–якими стравами (борщ, суп, каша, кефір, творог та ін. ). Добову дозу 45 г розділяли на 3 прийоми по 1 ст. ложці на прийом упродовж 10 днів.

Мультисорб — лікувально–профілактичний продукт, містить концентрат натуральних активованих харчових волокон (комплекс біополімерів рослинних клітинних оболонок, що включає целюлозу, геміцелюлозу, пектинові речовини і лігнін, стійкий до дії ферментів шлунково–кишкового тракту). Мультисорб потенціє моторно–евакуаційну функцію товстого кишечника, абсорбує на собі ряд ендо– та екзогенних токсинів, підсилює секрецію кишкових залоз, зв'язує жовчні кислоти. Призначення ентеросорбенту мультисорб позитивно вплинуло на стан здоров'я вагітних, прискорило реконвалесценцію. Блювота легкого ступеня важкості припинялася впродовж доби, блювота середньої важкості — впродовж 2–3 діб. Спостерігалось швидке припинення диспепсичних проявів. Явища кетоацидозу зникли на 1–3 добу від початку лікування. В динаміці відмічалось покращення засвоєння їжі, унормування стільця, не було токсико–алергічних реакцій.

Висновки Мультисорб позитивно впливає на стан жінок з блювотою вагітних, сприяє унормуванню функцій організму та пришвидшує покращення стану вагітних, що дозволяє рекомендувати його застосування у жінок з ранніми гестозами.

**УДК 618.3:618.4/5**

## **РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ**

*МІСЮРА А. Г.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Незважаючи на сучасні досягнення перинатальної медицини і тенденцію до зменшення перинатальної захворюваності та смертності, в

практиці лікаря акушера—гінеколога залишаються клінічні випадки внутріутробної загибелі плода у різні гестаційні терміни.

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування осмотичних дилататорів на етапі преіндукції пологів у разі антенатальної загибелі плода.

Матеріали і методи: у дослідження включено 14 пацієток з констатованої антенатальної загибеллю плода в терміни гестації 24–40 тижнів та з ознаками біологічно незрілої шийки матки (оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа від 0 до 5 балів). Преіндукцію пологів здійснювали за допомогою паличок ламінарії (малих, середніх, великих). У вологому середовищі (цервікальний канал) паличка ламінарії за 16–24 години значно збільшує свої поперечні розміри. Завдяки біохімічним складовим та гігроскопічності водорості, розширення цервікального каналу відбувається як за рахунок механічного впливу ламінарії так і за рахунок синтезу ендогенних простагландинів в шийці матки. Застосування ламінарій обґрунтовано в Національних клінічних протоколах МОЗ України (наказ №508 від 20.07.06 «Штучне переривання вагітності», №901 від 27.12.06 «Переношена вагітність», уніфікованому клінічному протоколі «Преіндукція, індукція пологів» (на обговоренні)).

Результати. Неблагоприємне завершення вагітності (антенатальна загибель плода) відбулося у широкій віковій категорії від 18 до 37 років; частка першовагітних становила 28,6%; багатородивших ( $\geq 3$  пологів) — 21,4%, повторновагітних першородячих — 14,3%. У гестаційному віці II триместру знаходилося 2 (14,3%) пацієтки, III триместру — 12 вагітних. До поступлення в стаціонар антенатальну загибель плода констатовано в 11 випадках, в стаціонарі — три.

Гестаційні ускладнення супроводжували 100% вагітностей. Ранжир по частоті виявився наступним: анемія вагітних — 13 (92,6%), безсимптомна бактеріурія — 6 (42,6%), гестаційний набряк — 5 (35,7%), гестаційна гіпертензія — 4 (28,5%), прееклампсія середнього ступеня тяжкості та тяжка прееклампсія — по два (14,3%) випадки, затримка росту плода I–II ступеня — 5 (35,7%), III ступінь затримки росту плода — 3 (21,4%), природжені аномалії розвитку плода — 2 (14,3%), антифосфоліпідний синдром (верифікований у II триместрі даної вагітності) — 1 (7,1%). Обтяжений коморбідний фон виявлено у 8 (57,1%) вагітних: ожиріння (ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) — 6 (75%), захворювання нирок — 4 (50%), гіпертонічна хвороба — 2 (25%), ревматична хвороба серця, бронхіальна астма (стадія ремісії) — по одному випадку. Результати оцінки ступеня зрілості шийки матки за шкалою Х. Бішопа виглядали наступними: незріла шийка матки (0–2 бали) діагностована у 9 (64,3%) вагітних, недостатньо зріла (3–5 балів) — у 5 (35,7%) пацієток.

В практичній роботі використано палички ламінарії трьох розмірів: малі — у трьох пацієток, середні — у семи, великі — у чотирьох. Одномоментно дві ламінарії введено у 4 випадках; три ламінарії — у восьми; чотири — один випадок; одна ламінарія — в єдиній клінічній ситуації: першовагітна в терміні 23–24 тижні з абсолютно незрілою шийкою матки (0 балів), введено одну ламінарію малого розміру, через добу повторне введення трьох ламінарій середнього розміру. Повторне застосування ламінарій проведено у 5 (35,7%) пацієток: використовувалися осмодилататори більшого розміру та в двічі більшою кількістю. Експозиція ламінарій — 20–24 години.

Висновки. Після преіндукції пологів осмотичними дилаторами спонтанна пологова діяльність розвинулася у 4 (28,5%) вагітних (всі випадки повторнородящих пацієнтів з недостатньо зрілою шийкою матки); індукція пологів утеротонічною сумішшю (окситоцин) з попередньою амніотомією — у 8 клінічних ситуаціях; неготовність шийки матки констатовано у двох випадках — введено пропедил-гель. Всі пологи завершено через природні пологові шляхи з активним веденням III періоду пологів.

Підсумовуючи наш досвід преіндукції пологів осмотичними дилаторами, рекомендуємо: одномоментне введення двох–трьох і більше ламінарій; використання ламінарій середнього та великого розмірів; однократне повторне введення (при неефективності — розглянути інші методи преіндукції). Кваліфіковане консультування вагітних щодо даного методу підготовки шийки матки до пологів демонструє прихильність пацієнтів, безпеку для матері, позитивну економічну складову, зменшення тривалості перебування в стаціонарі до розродження.

Застосування ламінарій не є новітньою перинатальною технологією: історичний досвід, безпечність для матері і плода, відсутність акушерської агресії — дає перспективу подальшого застосування даного методу в контексті індукованих пологів.

**УДК 618.44–618.3–008.6–06:616.61–002.3)+615.33**

**ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**

**НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ**

*ОЛЬШЕВСЬКА О. В., ОЛЬШЕВСЬКИЙ В. С.*

Донецький національний медичний університет МОЗ України

Преєклампсія (ПЕ) є однією з головних причин ускладненого перебігу вагітності, частіше розвивається у вагітних з екстрагенітальною патологією — хронічний пієлонефрит (ХП) становить 12% такої. Вагітність при ХП

ускладнюється приєднанням ПЕ в 16,8–82,5% випадків, що сприяє підвищенню частоти акушерських і перинатальних ускладнень, рівня перинатальної захворюваності до 50,7%, смертності — до 25,0–67,0%, від інфекційних ускладнень — до 53,3%, внаслідок асфіксії — до 30,2%, від респіраторного дистрес-синдрому — до 44,1–59,7%, неонатальної смертності — до 12,2%.

Мета роботи полягала у визначенні особливостей перебігу вагітності у жінок з прееклампсією на тлі хронічного піелонефриту.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз перебігу вагітності у жінок з ХП (1-ша група, 70 жінок), з ПЕ середньої тяжкості на тлі ХП (2-га група, 120 жінок), з тяжкою ПЕ на тлі ХП (3-тя група, 60 жінок), у 30 здорових жінок. Результати досліджень опрацьовано методами варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінку клініко-лабораторних показників крові та сечі в групах з ПЕ середньої тяжкості на тлі ХП і з тяжкою ПЕ на тлі ХП здійснювали згідно з класифікацією відповідно наказу № 676 МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Найгірша клінічна симптоматика і порушення лабораторних показників крові та сечі відзначені у вагітних з тяжкою ПЕ на тлі ХП. При проведенні клінічних досліджень визначена залежність розвитку ПЕ на тлі ХП від тривалості ХП, від частоти супутньої хронічної екстрагенітальної інфекційної патології та частоти хронічних запальних захворювань матки і придатків, а саме, у вагітних з ПЕ середньої тяжкості і з тяжкою ПЕ на тлі ХП визначено високий інфекційний індекс — у 80,90% і у 85,0% випадків, відповідно.

Проаналізовано особливості перебігу вагітності у жінок з ХП, з ПЕ середньої тяжкості і з тяжкою ПЕ на тлі ХП. Перебіг вагітності у цих жінок у 3-му триместрі ускладнився загрозою переривання, плацентарною недостатністю, анемією, дистресом плода, багатоводдям.

Так, загроза переривання вагітності спостерігалась в 1-й, 2-й, 3-й групах, відповідно, у 25 (35,71%), 54 (45,0%), і у 32 (53,33%) жінок; різниця достовірна між показниками 1-ї і 3-ї груп ( $p < 0,05$ ). Плацентарна недостатність розвинулась у 40 (57,14%), 72 (60,0%) і 42 (70,0%) вагітних, відповідно ( $p > 0,05$ ). Анемія відзначалась у 34 (48,57%), 62 (51,67%), 36 (60,0%) вагітних 1-ї, 2-ї і 3-ї груп, відповідно; різниця між показниками 1-ї і 3-ї груп достовірна ( $p < 0,05$ ). Стан плода ускладнився дистресом у 28 (40,0%), 53 (44,17%), 38 (63,33%) випадках у 1-й, 2-й, 3-й групах; різниця показників достовірна між 2-ю і 3-ю групами ( $p < 0,05$ ) та 1-ю і 3-ю групами ( $p < 0,05$ ). Багатоводдя розвинулось у 12 (17,14%), 33 (27,50%) та 20 (33,33%) вагітних 1-ї, 2-ї, 3-ї груп, відповідно, з достовірною різницею показників

між 1–ю і 3–ю групами ( $p < 0,05$ ). У групі здорових ускладнення вагітності не спостерігались.

Висновки. У жінок з ХП, з ПЕ на тлі ХП визначені чисельні ускладнення вагітності, максимальна частота яких відзначена у жінок з тяжкою ПЕ на тлі ХП.

Перспективи подальших досліджень. Значна частота акушерських ускладнень у жінок з ХП, з ПЕ середньої тяжкості і з тяжкою ПЕ на тлі ХП зумовлює необхідність встановлення причин їх розвитку і застосування відповідних лікувально–профілактичних заходів.

**УДК 616.37–002–06:616.155.194.8]–08–039.76**

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АНЕМІЇ**

*ПАЛИХАТА М. В., БАБІНЕЦЬ Л. С., РЕДЬКВА О. В.*

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

Вступ. Вивчення якості життя (ЯЖ) у всьому світі є однією з актуальних проблем у медицині. Опитувальники є надійним і дійсним інструментом для вимірювання ЯЖ з точки зору пацієнта. Шкала часто використовуються з упевненістю у пацієнтів з хронічними захворюваннями, що потребують довготривалої терапії. У пацієнтів із хронічним панкреатитом (ХП) і супутньою анемією частіше зустрічаються супутні когнітивні порушення у молодих жінок, більший ризик летальності та госпіталізацій у дорослих і особливо у пацієнтів літнього віку, порушення терморегуляції, дисфункція імунної системи, шлунково–кишкові розлади, інфекція *Helicobacter pylori*, які ще більше знижують ЯЖ. Наше дослідження ЯЖ у пацієнтів із ХП і ХП із супутнім анемічним синдромом за допомогою опитувальників SF–36 і GSRS, продемонстрували значно нижчий рівень ЯЖ у пацієнтів із анемією. Це свідчить про об'єктивну обтяжувальну роль супутньої анемії на перебіг основного захворювання.

Мета. Порівняти ЯЖ у пацієнтів хворих на ХП із пацієнтами з ХП в поєднанні з анемією.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано 58 історій хвороб пацієнтів із ХП, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні КНП «ТКМЛ №2» в 2015–2017 роках. Пацієнти розділені на дві групи: в першу групу увійшли 29 осіб із ХП, а в другу — 29 із ХП в поєднанні з анемією, в контрольну групу входило 20 чоловік.

Результати. ЯЖ обстежуваних пацієнтів визначали за допомогою загального опитувальника SF–36, в якому 36 пунктів згруповані у 8 шкал.

Шкали з 1 по 4 характеризують оцінку пацієнтами свого фізичного здоров'я, в шкалах з 5 по 8 відображаються основні параметри психічного здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами, де 100 балів — повне здоров'я. Різниця показників за фізичним компонентом ЯЖ у групах дослідження в порівнянні з контрольною становила: 169,66 балів для першої групи — 53,1%; 107,48 балів для другої — 29,7%. Це свідчить, що наявність супутньої анемії вірогідно погіршувала ЯЖ хворих на ХП за всіма шкалами, що відображають фізичний стан пацієнта. Різниця показників за психологічним компонентом ЯЖ у групах дослідження в порівнянні з контрольною становила: 91,23 балів для першої групи — 27,14%; 73,77 балів для другої групи — 21,95%. Всі показники психологічного здоров'я у двох дослідних групах є достовірно нижчими за контрольні. Також досліджено показники компонентів ЯЖ хворих на ХП за шкалами опитувальника GRSR. Для цього використовували його російську версію, що містить 15 питань, згрупованих у 5 шкал: абдомінальний біль, рефлюкс-синдром, закреп, діарея, диспепсія. Показники шкал коливаються від 1 до 7, більш високі значення відповідають більш вираженим симптомам та нижчій ЯЖ. Різниця показників за шкалами опитувальника GSRS у групах дослідження в порівнянні з контрольною становила: 9,24 балів у першій групі — 118,91%; 6,7 балів у другій групі — 87,01%. Показники рефлюкс-синдрому (група №1 (3,76±0,21), а група №2 (3,00±0,23)), закрепу ((3,46±0,21) проти (2,50±0,27)) і діареї ((3,58±0,20) проти (2,92±0,20)) у першій групі достовірно вищі, ніж у другій, що свідчить про більш виражені дані симптоми у пацієнтів із супутньою анемією ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Наявність супутньої анемії ускладнювала клінічний перебіг ХП, що підтверджує зниження ЯЖ за шкалами опитувальника SF (середнє значення різниці за фізичними і психологічними шкалами становило відповідно 169,66 та 91,23 балів, у відсотковому співвідношенні — 53,1% та 27,14%) і GSRS (різниця показників становила 9,24 балів — 118,91%) ( $p < 0,05$ ).

Перспективи подальших досліджень. Плануємо розробити програму реабілітації для пацієнтів із ХП в поєднанні з анемією, щоб зменшити число рецидивів основного захворювання та усунути анемію і, таким чином, покращити ЯЖ даних пацієнтів.



УДК 618.3–008.6–06.616.988.7]–036

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ГРВІ СЕРЕД ВАГІТНИХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

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

*КОРДА І. В.*

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

Вступ. В структурі екстрагенітальної патології вагітних гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) посідають перше місце за розповсюдженістю. Дане захворювання викликають віруси, які виділяються при розмові, чханні й кашлі та передаються повітряно–крапельним шляхом. Вагітні жінки, в силу особливостей імунітету, є найбільш сприйнятливою категорією до даного захворювання.

Результати клінічних досліджень вказують на високу частоту ускладнень гестаційного процесу у жінок, які перенесли ГРВІ під час вагітності. Відсутність специфічних методів лікування даної недуги, особливо у вагітних, створюють передумови для пошуку нових та ефективних методів профілактики даного захворювання та гестаційних ускладнень у жінок, які перенесли його.

Метою дослідження було зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок, які перенесли ГРВІ під час вагітності шляхом визначення особливостей перебігу даного захворювання у них та особливостей перебігу гестаційного процесу.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження увійшло 62 вагітних пацієнтки, які під час вагітності перехворіли ГРВІ. На першому етапі дослідження проведено аналіз клінічного перебігу ГРВІ, ефективності терапевтичних та профілактичних заходів, які застосовувались у цих жінок. На другому етапі — проведено аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів у цих жінок.

Результати дослідження та їх обговорення.

Середній вік обстежених становив  $27,2 \pm 2,1$  роки. У 29 (47%) жінок це була перша вагітність, у 33 (53%) — повторна. Попередні вагітності завершилися пологамі у 24 (39%) вагітних, при чому у 8 (13%) — шляхом кесаревого розтину, а у 9 (15%) — артифіційними абортами.

В першому триместрі ГРВІ розвинулося 8 (13%) пацієнток, в II — 29 (47%), в III — 25 (40%). Всіобстежені жінки перенесли ГРВІ в різні терміни вагітності, проте як показало наше дослідження, пік захворюваності припав на 2 триместр, а саме — 17–26 тижнів, що є можливим фактором ризику та створює передумови розвитку гестаційних ускладнень, оскільки в ці

терміни відбувається формування і диференціювання структур плаценти та інтенсивний ріст плода.

У 50 (81%) вагітних захворювання почалося після контакту з хворою особою, а у 12 (19%) — після переохолодження. Джерелом інфекції у 21 (34%) жінки це були родичі, у 15 (24%) — пересічні громадяни, у 14 (23%) — колеги по роботі.

Клінічні прояви даного захворювання були досить різноманітними. Найбільш поширеним симптомом були загальна слабкість, яку відмічали 50 (81%) вагітних, кашель — 50 (81%), закладеність носа — 47(76%), нежить — 42 (68%), першіння в горлі — 40 (65%), чхання — 36 (58%). Захворювання перебігало на фоні нормальної температури тіла (36,6–36,9°C) у 19 (31%) вагітних, субфебрильної (37,0–37,9°C) — у 31 (50%), фебрильної (38,0 і вище) — у 12 (19%).

Слід відмітити, що у 18 (29%) вагітних перебіг ГРВІ ускладнився розвитком фарингіту, у 15 (24%) — ларингіту, у 10 (16%) — трахеїту, у 8 (13%) — бронхіту, у 2 (3%) — пневмонії.

У більшості вагітних перебіг ГРВІ був легким (54 (87%)) та середньої важкості (8 (13%)), випадків тяжкого перебігу захворювання не виявлено.

Для лікування ГРВІ всі вагітні (100%) використовували засоби народної медицини, 25 (40%) — фітопрепарати, 12 (19%) — антибактеріальні середники, 8 (13%) — жарознижуючі.

Для профілактики зараження більшість жінок вважали за необхідне вживати часник чи цибулю (40 (65%)), уникати місць великого скупчення людей (30 (48%)), вживати цитрусові (25 (40%)).

Таким чином, ГРВІ у обстежених нами вагітних, протікало у легкій формі, на фоні нормальної чи субфебрильної температури тіла. Основними проявами захворювання були загальна слабкість, кашель, закладеність носа, нежить, першіння в горлі та чхання. В більшості випадки для лікування використовувалися засоби народної медицини та фітопрепарати.

Аналіз перебігу гестаційного процесу виявив, що ознаки дисфункції плаценти були у 58 (94%) вагітних, і супроводжувалася мало- чи багатоводдям у 31 (50%) обстеженої, загроза передчасних пологів — у 26 (42%), гіпертензивні розлади — у 25 (40%), загроза переривання вагітності — у 20 (32%), синдром затримки росту плода (СЗРП) — у 12 (19%).

Вагітність у обстежених нами жінок завершилася терміновими пологами у 31 (50%) пацієнтки, передчасними пологами в терміні 34 — 36+6 днів тижнів — у 21 (34%), в терміні до 34 тижнів — 10 (16%).

У 32 (51%) вагітних відбувся передчасний розрив плодових оболонок, з яких у 12 (19%) при недоношеній вагітності. У 24 (39%) родільперебіг пологів ускладнився аномаліями пологової діяльності, що у 16 (26%) пацієнток вимагало застосування медикаментозної стимуляції пологової

діяльності, а у 8 (13%) — оперативного родорозрішення. Дистрес плода в пологах розвинувся у 18 (29%) жінок з приводу чого у 11 (18%) роділь проведено кесарів розтин, а у 7 (11%) оперативне розродження через природні пологові шляхи.

Всі немовлята народились живими. Середня вага новонароджених становила  $2943,2 \pm 28,4$  г, довжина —  $49,2 \pm 4,1$  см, оцінка по Апгар на 1 хв —  $7,8 \pm 0,6$  бали, на 5 хв —  $8,1 \pm 0,7$  бали.

Як показали наші дослідження у жінок, що перенесли ГРВІ під час вагітності перебіг вагітності найчастіше ускладнювався розвитком дисфункції плаценти, в поєднанні з мало чи багатоводдям, не виношуванням, гіпертензивними розладами, а перебіг пологів — передчасним розривом плодових оболонок, аномаліями пологової діяльності, дистресом плода та оперативним родорозрішенням. Ускладнення гестаційного процесу та пологів у жінок, які перенесли ГРВІ під час вагітності, зумовлені вірусним ушкодженням фетоплацентарного комплексу та передчасним виснаженням його резервних можливостей.

Висновки.

1. Під час вагітності найчастішими проявами ГРВІ є загальна слабкість, кашель, закладеність носа, нежить першіння в горлі та чхання. Захворювання, як правило протікає у легкій формі та на фоні субфебрильної температури тіла.

2. У жінок, які перенесли ГРВІ під час вагітності гестаційний процес ускладнюється розвитком дисфункції плаценти, не виношуванням, гіпертензивними розладами, а пологи — передчасним розривом плодових оболонок, аномалією пологової діяльності, дистресом плода, оперативним родорозрішенням.

3. З метою попередження зараження ГРВІ вагітні використовують фітопрепарати та ізоляцію від місць масового скупчення людей. Для лікування ГРВІ та попередження гестаційних ускладнень використовуються засоби народної медицини та фітопрепарати.

**ВАГІТНІСТЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ  
ТА МОЖЛИВІСТЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО  
ПОТЕНЦІАЛУ**

*ПЕТРЕНКО Н. В., НАКОНЕЧНА М. В., БОГДАНЕЦЬ І. О.*  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Однією з проблем сучасності є зниження віку початку статевого життя у неповнолітніх, що призводить до зростання кількості штучного переривання вагітності, зростання кількості випадків зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом, появою серед неповнолітніх дівчаток матерів–одиначок. Пояснюється це тим, що майже половина перших сексуальних контактів здійснюється без застосування будь–яких методів контрацепції внаслідок недостатнього або несвоєчасного статевого виховання підлітків.

За даними досліджень останніх років встановлено, що середній вік початку статевого життя становить 15,6 років, але спостерігається тенденція до його зменшення, особливо серед сільської молоді.

У більшості розвинених країн рання вагітність дівчаток у віці 13–18 років частіше за все є незапланованою, а тому, в 80–90% випадків призводить до абортів і викиднів, і тільки 10–15% випадків завершується благополучними пологами.

Виникнення вагітності у дівчинки–підлітка має медичні, соціальні, економічні, психологічні та інші аспекти. Підліткова вагітність в розвинених країнах розглядається як соціальне явище, оскільки в подальшому юні матері через більш низький рівень освіти належать до бідних верств населення.

Аналіз наукової літератури показує основні причини, що призводять до ранньої підліткової вагітності це згвалтування, випадковість, зухвала поведінка, і навіть запланована вагітність.

Рання вагітність у дівчинки–підлітка це медико–соціальна проблема. Одним з факторів, який впливає на її розвиток, а з іншого боку може протистояти цьому це статеве виховання молоді.

Статеве виховання — система медичних та педагогічних заходів, спрямованих на виховання у дітей, підлітків і молоді розумного, здорового ставлення до питань статі. Статеве виховання за змістом включає анатомо–фізіологічну просвіту підлітків та юнаків, формування відчуття статі, свого соціального призначення, виховання гігієни статі та гігієни статевого життя, обізнаність з питань захворювань і пошкоджень статевих органів.

Цілеспрямований, систематичний розвиток у дітей культури емоційних відносин між статями, вміння керувати своїми почуттями та вчинками.

Підлітковий вік з одного боку це час швидких анатомо-фізіологічних змін коли організм досягає фізичних та фізіологічних рис притаманних дорослому організму, а з іншого боку це час формування особистості, коли розвиваються психологічні та соціальні особливості. Це час формування особистості. Це найкращий період для того, щоб закласти моральні установки, які в подальшому зможуть допомогти людині втому числі і зберегти репродуктивне здоров'я.

**УДК 616.345/–006.6–084**

## **КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК: АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

*ПЕТРЕНКО Н. В., ШАНДАРОВСЬКА Н. В., СТЕЛЬМАХ О. Є.,  
БАГНІЙ Л. В.*

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

Вступ. Впродовж останніх років захворюваність на колоректальний рак (КРР) неухильно зростає. В світі дана патологія займає третє місце за поширеністю, а в Україні — другу рангову позицію.

КРР це поліетіологічне захворювання, розвиток якого залежить як від ендогенних (генетичних факторів) так і екзогенних (характер харчування, відчутність фізичної активності, тютюнопаління, хронічні запальні захворювання кишківника, вік старше 50) чинників.

Для боротьби з даною патологією ефективними методами є, безумовно, усунення факторів ризику та скринінг. Ефективність скринінгових програм залежить, головним чином, від рівня участі в ній громадян, а це в свою чергу корелює з рівнем їх обізнаності про небезпеку КРР та можливості його профілактики.

Досягнути ефекту від застосування профілактичних заходів можна завдяки підвищенню поінформованості суспільства про ризики КРР, проведенню пропаганди здорового способу життя і поширенню інформації про можливість попередження КРР проходячи регулярне скринінгове обстеження.

Саме тому, роз'яснення та поширення інформації про злякисні захворювання кишечника та прямої кишки та необхідність участі населенням з груп ризику у скринінгових програмах набуває важливого значення.

Метою дослідження було збільшити рівень поінформованості населення України щодо факторів ризику, причин виникнення, основних проявів, поширеності злоякісних пухлинами товстого кишечника і прямої кишки та шляхів їх профілактики ґрунтуючись на рівні обізнаності щодо даної проблеми.

Матеріали і методи дослідження.

Нами проведено опитування пересічних осіб віком старше п'ятдесяти років, які вже належали до групи ризику (через вік) з питань розвитку злоякісних пухлин товстого кишечника і прямої кишки. Збір інформації проводився шляхом анкетування з приводу обізнаності населення щодо основних факторів ризику та клінічних проявів, скринінгових програм та прихильності до них.

Разом з анкетною всі опитувані отримали розроблену нами брошуру з інформацією про ранні прояви, фактори ризику, основні методи скринінгу та методи профілактики злоякісних пухлин кишечника та прямої кишки.

Результати та їх обговорення.

Для проведення опитування нами було роздано 100 анкет пересічним особам віком старше 50 років. Проте тільки 58 (58%) осіб заповнили та повернули анкети і погодились поговорити про КРР. Люди, які відмовилися спілкуватися пояснювали незацікавленістю в обговоренні питань онкології у публічному місці (8 (19%)), зайнятістю (29(69%)), недовірою до анкетувальника (5(12%)).

Середній вік опитаних становив  $56,8 \pm 2,3$  років і коливався в межах від 50 до 73 років. Серед осіб, які пройшли анкетування, було 28 (48%) жінок та 30 (52%) чоловіків.

Як показали наші дослідження, тільки 24 (41%) респондентів проходять профілактичне медичне обстеження регулярно, 25 (59%) –нерегулярно, а 9 (16%) не проходять його взагалі. Крім того 33 (57%) респонденти проходять медичні огляди під чийось впливом, а 9 (15%) — вимушені це робити в зв'язку з професійною діяльністю (учитель, водій, кухар, медпрацівники тощо).

Встановлено, що майже всі учасники(56 (97%)) чули про КРР. Найчастіше респонденти черпали інформацію з засобів масової інформації (інтернет ресурси 26 (45%), телебачення 24 (41%), газети– 19 (33%), радіо — 13(22%)). Проте більшість учасників хотіли б отримувати інформацію від медичних працівників (42 (72%)).

Правильну локалізацію КРР знають 42 (72%) особи, проте 7 (13%) респондентів обрали товстий і тонкий кишечник, 3 (5%) –тонкий кишечник і підшлункову залозу, 3 (5%) — товстий, тонкий кишечник і селезінку, а 3 (5%) — хоч і чули про таке захворювання, але не змогли визначитися з локалізацією пухлин.

За результатами опитування встановлено, що 19 (34%) респондентів вважають, що КРР найчастіше розвивається у віці старше 40 років, 12 (22%) — 41–50 років, 6 (11%) — 51–60 років, 6 (11%) — 21–30 років, 3 (6%) — 31–40 років, 3 (6%) — 41–60 років, 3 (6%) — 51 і старше, 2 (4%) — 61–70 років, 1 (2%) — 61 і старше. Підсумовуючи сказане, зазначимо, що тільки 12 (21%) опитаних дали правильну відповідь, що дане захворювання найчастіше розвивається у віковій групі старше 50–ти років.

З тим, що розвиток КРР може бути пов'язаний з генетичними чинниками, погодилося тільки 9 (16%) респондентів, а не погодились — 19 (33%), причому половина — 28 (50%) не змогла визначитися з відповіддю.

Обізнаність з факторами ризику розвитку злоякісних пухлин кишечника та прямої кишки, які пов'язані з харчуванням є досить високим. Так 39 (69%) респондентів вважають, що це ожиріння, 35 (62%) — вживання алкоголю, 34 (60%) — споживання червоного м'яса. Неоднозначної думки опитувані щодо паління цигарок, оскільки 26 (46%) учасників згодні з тим що тютюнопаління викликає рак товстого кишечника, а інша 25 (43%) — не вважає, що цей фактор впливає на розвиток КРР.

До факторів, що протидіють розвитку цього захворювання 52 (92%) громадян віднесли споживання овочів, фруктів та регулярні заняття спортом, 44 (78%) — споживання чаю/кави.

Тільки 4 (8%) опитаних розуміють, що КРР може протікати безсимптомно, тоді як решта 26 (46%) вважають, що це неможливо і така ж кількість — не змогла визначитись з відповіддю на це питання. Тобто, більшість населення погано інформоване про «тихий» початок даного захворювання.

Про можливість розвитку КРР з поліпу кишківника знають 27 (48%) учасників, а 28 (50%) вважають, що вчасне видалення поліпа дозволяє запобігти його розвитку даного захворювання, що свідчить про те, що більшість населення необізнані з безсимптомним протіканням цієї недуги на її початку.

Ще одним тривожним знаком про недостатню інформованість громадян є те, що більша половина учасників (29 (52%)) не знають, що КРР розпочинається з поліпу, а раннє видалення поліпу запобігає розвитку злоякісної пухлини (27 (48%)).

Отримані результати свідчать про те, що дві третини населення (35 (63%)) вважає, що існують методи раннього виявлення КРР, проте серед тих, хто відповів «Так» на дане запитання 30 осіб (86%) для діагностики обрали ультразвукове дослідження, яке в дійсності є неефективним методом. Лише 5 (14%) учасників вказали на колоноскопичне дослідження. При цьому ми зараховували під категорію «колоноскопія» такі відповіді як «колонограма» (2 (4%)) і «колонографія» (1 (2%)).

Жоден з опитуваних не обрав в якості скринінгового методу дослідження калу на приховану кров, яке є доступним і ефективним методом для виявлення злоякісних пухлин товстого кишечника і прямої кишки та їх передракових станів.

17 (48%) учасників вказали, що обстеження потрібно проходити у віці 40 — 50 років, а 15 (42%) — після 50 років. Опитувані, які відповіли, що не знають ніяких методів дослідження для діагностики КРР, все ж таки вважають що необхідно проходити медичні обстеження до 40 років — 9 (43%) учасників, в 40–50 років — 5 (24%), після 50 років — 3 (4%). Інші не змогли надати жодного варіанту.

#### Висновки.

1. Населення України в своїй більшості (72%) поінформоване про основну локалізацію колоректального раку, проте хотіли б отримувати більше інформації про цю недугу від медичних працівників, зокрема, сімейного лікаря. Опитані респонденти мало інформовані про безсимптомний початок та перебіг даного захворювання і тільки половина допускає можливість його розвитку з доброякісного поліпа кишечника.

2. Опитані нами люди інформацією про фактори ризику розвитку злоякісних пухлин кишечника та прямої кишки володіють не в достатній мірі, оскільки не вважають вік, генетичну схильність та куріння такими, але погоджуються, що порушення режиму харчування, ожиріння, алкоголь, надмірне вживання червоного м'яса можуть бути його причинами.

3. Дві третини опитаних вважає, що існують скринінгові обстеження для раннього виявлення колоректального раку, проте тільки 5 (14%) знають, що це колоноскопія, проте жоден не знає про аналіз калу на скриту кров.

4. Поширення інформації про колоректальний рак, фактори ризику його виникнення, методи ранньої діагностики та профілактики серед пересічного населення дає можливість усвідомити рівня небезпеки даного захворювання і спонукає до проходження скринінгових обстежень для ранньої діагностики.



УДК 115.281.06(477.84)"2017"

**ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У  
ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ У  
2017 РОЦІ**

*ПОСОХОВА К. А., МАТЮК Л. М.*

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної  
адміністрації

Серед 466 зареєстрованих у 2017 р. всіх ПР ЛЗ — 23,4% спостерігались при призначенні антибактеріальних препаратів (АП). На 1-му місці за частотою були алергічні прояви — 65,1%. Насторожує те, що порівняно з минулими роками наросла кількість тяжких алергічних реакцій: анафілактичного шоку — 4,6%, розгорнутої картини ангіоневротичного набряку — 1,8% та окремих його проявів у вигляді набряку губ, повік, вух, шкіри обличчя, слизових, відчуття затерпання у горлі — 10,1%. Задишка, зниження артеріального тиску спостерігались у 5,5% випадків. Найчастішими були шкірні прояви алергії — 46,8%: папульозна висипка — 11,9%, плямисто-еритематозна — 13,8%, кропив'янка — 21,1%, які у 22,9% випадків супроводжувались свербінням. На 2-му місці за частотою були порушення з боку ШКТ, що здебільшого спостерігались при застосуванні АП всередину: нудота — 12,8%, блювання — 5,5%, діарея — 5,5%, анорексія — 3,7%, біль у животі — 4,6%. ПР з боку ЦНС та органів чуття зареєстровані у 7,3% випадків (ця група ПР у переважаючій більшості спостерігалась при тривалому використанні АП для лікування туберкульозу). Шум, дзвін у вухах та зниження слуху — 3,7%, запаморочення, порушення сну, настрою, депресія, головний біль, парестезії — 7,3%. Біль у суглобах, по ходу сухожилків, обмеження рухів у суглобах відмічено у 4 випадках застосування фторхінолонів. При призначенні циклосерину у 2 випадках спостерігались апное, судоми, втрата свідомості. Ознаки ураження нирок зареєстровано у 2 пацієнтів. У 31,2% випадків ПР виникали при застосуванні цефалоспоринів, 26,6% — фторхінолонів, 8,3% — аміноглікозидів, 8,3% — амінопеніцилінів, 5,5% — макролідів.

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ З ВАРИКОЗНОЮ  
ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*ПРОДАН А. М., ДЖИВАК В. Г.*

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

Варикозна хвороба нижніх кінцівок у вагітних — розширення поверхневих вен, що супроводжується неспроможністю клапанів і порушенням кровотоку. Це найпоширеніше захворювання периферичних судин. Згідно епідеміологічних даних, різні форми цього захворювання зустрічаються в 26–28% жінок. Приблизно 70–90% пацієнток пов'язують поява перших ознак захворювання з вагітністю. При вагітності спостерігається зміна гормонального балансу з переважанням прогестерону, що призводить до зниження тону мускулатури стінки судин. Варикозна хвороба вперше виникає під час вагітності, коли в організмі вагітної створюються умови для тромбоутворення: приплив крові до органів малого тазу, розширення вен і зниження їх тону, розвиток клапанної недостатності; здавлення маткою магістральних судин, підвищення гідростатичного тиску у венах нижніх кінцівок, уповільнення в них швидкості кровоплину; постійне збільшення рівню прогестерону і релаксину, які знижують тунус гладком'язових компонентів судин і підвищують у 2–2,5 рази судинну проникність.

Мета роботи провести аналіз перебігу вагітності при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Клінічне обстеження пацієнток, проводилось сумісно з судинним хірургом, включало огляд, анамнез, проведення загальноприйнятих клінічних функціональних проб з подальшим підтвердженням діагнозу варикозної хвороби. Під наглядом знаходилось 50 вагітних жінок, з них 30 з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок і 20 здорових вагітних жінок (контрольна група). Дослідження виконано на клінічному матеріалі відділення патології вагітності, акушерського, гінекологічного та хірургічного відділень КНП «ТМКЛ №2», жіночих консультацій № 1 і № 2. Дослідження проводилося в динаміці по триместрах вагітності. 1 група включала 30 вагітних з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок. Контрольна група — 20 вагітних, акушерсько та соматично здорові. Дослідження показників стану системи гемостазу здійснювалося за стандартними методиками. Дослідження проводилося в динаміці (по триместрах вагітності) і включало визначення показників усіх ланок системи гемостазу: судинно–тромбоцитарної, згортання крові, фізіологічних антикоагулянтів, фібринолітичної системи. УЗД судин займає

провідну позицію в діагностиці захворювань вен нижніх кінцівок. УЗД судин дозволяє оцінити локалізацію, характер та протяжність ураження вен, порушення венозної гемодинаміки та її компенсаторні можливості, а також проводити динамічне спостереження за хворими в процесі лікування і прогнозувати перебіг захворювання

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно проведеного аналізу виявлено, що частота варикозної хвороби у пологах за даними ТМКЛ №2 складає 28,2%. Середній вік жінок основної групи коливався від 19 до 34 року і в середньому становив  $29,1 \pm 3,4$  років. Індекс маси тіла (ІМТ) в межах норми визначався лише у 6 (20,0%) вагітних.

Серед обстежених першороділь було 11 (36,6%), повторнороділь 19 (63,4%). У відповідності з проведеним аналізом у вагітних з варикозною хворобою достатньо високою є частота розвитку дисфункції плаценти — у 9 (30%) жінок, пізніх гестозів — у 4 (13,3%), передчасного розриву навколоплідної мембрани — у 8 (26,6%) вагітних у порівнянні з жінками контрольної групи, де частота даних ускладнень становила 6,7%, 2%, і 3,3%, відповідно.

Вагітні з варикозною хворобою скаржились на наявність важкості у ногах у 25 (83,3%), підвищену стомлюваність у 28 (93,3%), набряк у 16 (53,3%), парестезії та судоми у 8 (26,6%), еритематозне почервоніння у 6 (20,0%) жінок. При обстеженні біль за ходом вени при пальпації відмічали у 16 (53,3%). Варикозна хвороба супроводжувалась хронічною венозною недостатністю (ХВН) у всіх вагітних. ХВН I ступеню встановлена у 24 (66,7%) жінок, ХВН II ступеню — у 12 (33,3%) осіб. За наявності варикозної хвороби зміни, які відбуваються у венозній системі, несуть потенційну загрозу розвитку тромботичних ускладнень, що небезпечно розвитком тромбоемболічних ускладнень. Всі вагітні з варикозною хворобою були ведена оцінка ступеню ризику розвитку тромботичних ускладнень: низький ризик визначений у 16 (53,3%), середній — у 12 (40,0%), великий — у 2 (6,6%) жінок.

Варикозна хвороба ускладнилась тромбозом глибоких вен гомілки у 4 випадків (2,0%). Враховуючи вищенаведені дані нами були розроблені профілактичні заходи, які включали загальні рекомендації щодо способу життя, використання еластичних бинтів, які на сучасному етапі з успіхом замінюються більш зручними і практичними виробами. Найбільш ефективним засобом профілактики варикозного розширення вен вважається носіння компресійних трикотажних виробів. В залежності від вираженості венозної недостатності підбирався лікувально-профілактичний трикотаж зі ступенем компресії від 18 до 50 мм рт. ст.

Висновки: 1. Частота варикозної хвороби серед обстежених вагітних складає 28,2%. 2. Варикозна хвороба ускладнює перебіг вагітності.

**МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ІНТРА– ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ  
УСКЛАДНЕНЬ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ**  
*СЛОБОДЯН Ю. В., ГОЛЯНОВСЬКИЙ О. В.*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Частота кесарева розтину (КР) стійко зростає впродовж останніх десятиріч. Операція повторного КР є технічно більш складним втручанням. У зв'язку з підвищеною кровотратою, зниженою скорочувальною здатністю матки, злуковим процесом органів малого таза ризик виникнення ускладнень під час та після операції збільшується.

Мета дослідження — вивчити особливості перебігу операції та післяпологового періоду при повторному КР та оцінити ефективність застосування комплексу медикаментозних та технічних засобів профілактики ускладнень.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика впродовж 2015–2017 рр. У проспективному дослідженні взяли участь 77 вагітних з рубцем на матці, які були планово розроджені шляхом операції КР в модифікації М. Stark з лапаротомією за Joel–Cohen. Усі пацієнтки розподілені на 2 групи: I–а група — 47 вагітних, яким виконано КР з використанням радіохвильового скальпеля, аргоноплазмової коагуляції тканин та медикаментозної підтримки. За 10 хвилин до початку операції внутрішньовенно вводили 1,0 г транексамової кислоти, а після пересічення пуповини, також внутрішньовенно, вводили 100 мкг карбетоцину. Для запобігання спайкоутворення інтраопераційно вводили 50 мл поліфункціонального протиспайкового засобу (50 мл розчину містить гіалуронову кислоту 250 мг, декаметоксин 10 мг, сукцинатний буфер рН — 7,3 до 50 мл). II–а група — 30 вагітних, яким виконано КР за традиційною методикою, без технічного і медикаментозного супроводу.

При гістологічному дослідженні біоптату міометрія ділянки нижнього сегменту проводили якісну порівняльну оцінку вмісту клітин (фібробластів, фіброцитів) та колагенових волокон в сполучній тканині в разі використання аргон–плазмової коагуляції шва на матці під час першого КР.

Результати дослідження. У I групі тривалість операції склала  $36,0 \pm 3,3$  хв, в II групі —  $49,0 \pm 3,1$  хв ( $p < 0,05$ ). Тривалість етапу операції до вилучення плода в I групі —  $3,1 \pm 0,31$  хв, в II групі —  $5,2 \pm 0,5$  хв. Середній об'єм кровотрати в I групі  $410,0 \pm 40,0$  мл, в II —  $575,0 \pm 30,0$  мл ( $p < 0,05$ ). Оцінка післяопераційного больового синдрому проводилась за візуально–аналоговою шкалою (ВАШ). Середній бал за ВАШ на 6, 12 і 18 годин після

операції був значно нижчий в I групі ( $52,8 \pm 13,0$ ;  $31,5 \pm 12,8$  та  $16,3 \pm 6,9$  відповідно) у порівнянні з II ( $67,5 \pm 12,1$ ;  $43,7 \pm 15,4$  та  $23,1 \pm 9,5$ , відповідно). Застосування знеболювальних засобів пацієнтки I групи потребували лише в I–у добу після операції, II групи — 2–3 доби. Темп інволюції матки за даними УЗД (розміри і форма матки, стан порожнини матки) в I групі відповідав добі післяопераційного періоду. У 3–х породіль II групи були виявлені ознаки субінволюції матки та гематометри, що потребувало додаткового призначення утеротонічних засобів. Тривалість перебування в стаціонарі після операції в I групі становила  $3,0 \pm 1,0$  день, а в II–й —  $5,0 \pm 1,6$  день. У I групі через місяць після КР клінічних та УЗ–ознак спайкового процесу виявлено не було.

Результати гістологічного дослідження виявили, що після застосування аргоно–плазмової коагуляції шва на матці під час першого КР, товщина міометрію в ділянці рубця на матці при повторній операції була достовірно більше ( $p < 0,05$ ) за рахунок кращої васкуляризації тканин і меншої вираженості спайкової хвороби, що сприяло утворенню повноцінного рубця.

Висновки. Запропонований комплексний підхід виконання КР з медикаментозною підтримкою (карбетоцин, транексамова кислота) та технічним супроводом суттєво зменшує інтраопераційну крововтрату, час операції, прояви больового післяопераційного синдрому, а також зменшує ризик розвитку злукового процесу органів малого таза і покращує спроможність післяопераційного рубця.

**УДК 618.39–06:616.43–008.6–084**

**ПРОФІЛАКТИКА НЕВИНОШУВАННЯ РАННІХ ТЕРМІНІВ  
ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З НЕЙРОЕНДОКРИННИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ**

*СТЕЛЬМАХ О. Є., ГЕРЯК С. М., БАГНІЙ Н. І., КОРДА І. В.,  
ПЕТРЕНКО Н. В., ЯКИМЧУК В. Д., БАГНІЙ Л. В.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; Тернопільський обласний  
клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Проблема ранніх втрат вагітності залишається актуальною, оскільки вони є найбільш частим гестаційним ускладненням і не мають тенденції до зниження. Згідно із сучасними уявленнями, до 74% усіх втрат вагітності припадає на ранні терміни. Не дивлячись на досягнення, отримані в методах лікування невиношування вагітності, частота передчасного переривання бажаної вагітності залишається високою і є вагомою часткою

перинатальних втрат. Тому важливим моментом у клініці переривання вагітності в I триместрі є призначення патогенетично обґрунтованої терапії, яка б була безпечною для плода.

Мета дослідження — розроблення алгоритму профілактики невиношування вагітності у вагітних із загрозою самовільного викидня в I триместрі вагітності, а саме використання натурального прогестерону — Прогіноرم Геста, у формі вагінальних капсул по 100мг 2 рази на добу.

Об'єктом дослідження були вагітні жінки які перебували в гінекологічному відділенні Тернопільського обласного клінічного перинатального центру “Мати і дитина” і отримували лікування з приводу загрози переривання вагітності в терміні від 8 до 13 тижнів вагітності. В залежності від методу лікування жінки були поділені на дві підгрупи, рандомізовані по віку, наявності супутньої патології, вираженості ознак загрози переривання вагітності.

Вагітні I групи ( група порівняння) отримували загальноприйняту терапію — папаверин, прогестерон орально, вібуркол, магне В6, яких ми віднесли до групи порівняння. Жінки другої групи поряд зі спазмолітичною терапією отримували Прогіноرم Геста по 100 мг двічі на день вагінально. Для визначення ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів усім вагітним при госпіталізації та на 14 добу лікування проводили УЗД. Також в зазначені терміни досліджували основні маркери переривання вагітності: концентрацію вільного естріолу та прогестерону.

Під час дослідження було виявлено, що призначення препарату: Прогіноرم Геста на етапі лікування загрози переривання вагітності покращувало (порівняно з групою жінок, які отримували загальноприйняту терапію) стан вагітних, як за клінічним перебігом вагітності, так і за ознаками біохімічного й ультразвукового скринінгу.

Отже, призначення вагінального прогестерона — Прогіноرم Геста упереджує виникнення плацентарних судинних ускладнень, що зумовлює пролонгування вагітності та попереджає репродуктивні втрати. При вагінальному введенні препарат транспортується безпосередньо в ендометрій матки, який є фізіологічним місцем накопичення гормону, потрапляючи в систему кровообігу, минувши печінковий метаболізм.

Таким чином, вагінальне застосування прогестерону дає змогу створити достатню концентрацію гормону в органі–мішені –матці, і в результаті менше навантажує організм гормоном і його метаболітами, у порівнянні з іншими формами введення.

**КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ**

*СТЕЦЮК К. В., ГОЛЯНОВСЬКИЙ О. В.*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Передлежання плаценти (ПП) — це ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Патогномічним симптомом ПП є кровотеча, що виникає в різні терміни вагітності та дуже часто дає рецидиви, що призводить до розвитку анемії та порушень стану плода. Також характерним для ПП є розвиток плацентарної дисфункції, в основі патогенезу якої лежить відшарування ділянок плаценти з подальшим заміщенням їх на фіброзну тканину.

Метою нашого дослідження було порівняння ефективності профілактики рецидивуючих кровотеч, анемії і плацентарної дисфункції у вагітних з ПП за стандартною методикою і методикою запропонованою нами.

Методика дослідження за дизайном проведення відповідає дослідженню випадок–контроль. У дослідженні приймали участь вагітні з факторами ризику передчасних пологів і передлежанням плаценти. До факторів ризику передчасних пологів відносили: довжина шийки матки визначена за допомогою трансвагінального УЗД менше 2,5 см; підвищений рівень плодового фібронектину, відхилення у гемограмі. I група (основна) — 37 вагітних, які отримували лікування за нашою методикою. II група (контрольна) — проспективний аналіз 34 історій пологів вагітних, які отримували лікування за стандартною схемою. Критерії відбору: вагітні з факторами ризику передчасних пологів на тлі передлежання плаценти. Критерії виключення: супутні акушерсько–гінекологічні (рубець на матці, вада розвитку матки, попередньо діагностована ПЦН) та екстрагенітальна патологія. Схеми профілактики ПП та рецидивуючих кровотеч на тлі патології плацентазії — Гестагенна підтримка: мікронізований прогестерон (Лютеїна) сублінгвальна форма 50 мг двічі на добу до 34 тиж. вагітності, Магnezіальна профілактика: комбінований препарат магнію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5мг) по 2 таблетки 3 рази (Магне В6), нестероїдні протизапальні препарати — НПЗП — (індаметацин 100 мг на ніч: ректальні свічки до 32 тиж. вагітності. Гемостатична терапія у разі кров'янистих вагінальних виділень препаратами транексамової кислоти по 250мг тричі на добу. Усім вагітним обох груп проводили профілактику РДС плода бетаметазоном (загальна доза — 24мг/ внутрішньом'язево) з терміну вагітності 25–26 тиж.

Результати дослідження. Групи були репрезентативні за віком, паритетом, гінекологічною та соматичною патологією. Загроза передчасних пологів в I групі в середньому становила — 15,5% в II — 31,7% ( $p<0,05$ ); рецидивуючі кровотечі в I групі спостерігали у 17 вагітних (31,6%), а в II — 26 (68,4%;  $p<0,05$ ), дострокове розродження в I групі — 9(23,7%), в II — 21(61,8%;  $p<0,05$ ); новонароджені з оцінкою за шкалою Апгар  $<5$  балів в I групі — 6 (15,8%), в II — 17 (50,0%), частота масивних акушерських кровотеч (МАК) у I групі — 1 (2,9%), в II — 6 (17,6%), при( $p<0,05$ ); гістеректомія в I групі — не було, а в II — 3 (8,8%).

Висновки. Запропонована нами комплексна методика профілактики та лікування ускладнень вагітності у жінок з передлежанням плаценти шляхом використання мікронізованого прогестерону, препаратів магнію, нестероїдних протизапальних препаратів та гемостатичних засобів (транексамова кислота) порівняно зі стандартною методикою ведення вагітних з передлежанням плаценти, достовірно зменшує кількість рецидивів допологових кровотеч та дістресу плода, дозволяє пролонгувати вагітність до терміну життєздатності плода, зменшує відсоток захворюваності та смертності серед жінок та новонароджених.

**УДК 612.015.32–02:616.379–008.64–06:616.12–009.72**

**ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ПОКАЗНИКИ  
ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З ПРОГРЕСУЮЧОЮ  
СТЕНОКАРДІО**

*СУСЛА О. Б., ВОДВУД В. К., ПИЖИЦЬКА К. Б., КОВАЛЬСЬКА М. П.,  
ЯСТРЕМСЬКА І. О.*

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

Актуальність. Відомо, що серед хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу поширеність ішемічної хвороби серця(ІХС) в 2–4 рази, а ризик розвитку інфаркта міокарда (ІМ) в 6–10 разів вищий, ніж серед пацієнтів, які не хворіли на ЦД. Тому, раннє виявлення змін показників ліпідного обміну крові хворих на ЦД 2-го типу має важливе практичне значення для профілактики та лікування серцево–судинних подій.

Мета: провести аналізпоказників ліпідограми у хворих різної статі з прогресуючою стенокардією (ПС) в поєднанні з ЦД 2-го типу та без нього.

Матеріали і методи. В дослідження включено 66 хворих із ПС, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні. Серед обстежених було 34 осіб чоловічої статі та 32 жіночої. Середній вік хворих становив (62,5±0,72) року.



Всі хворі були розподілені на дві групи: 1-ша група — 38 пацієнтів (20 чоловіків та 18 жінок) з ПС в поєднанні з ЦД 2-го типу. Тривалість ЦД 2-го типу становила (12,76±0,60) року. 2-га група — 28 пацієнтів (14 чоловіків та 14 жінок) з ПС, які не хворіли на ЦД 2-го типу. У 74% обстежених хворих виявили супутню артеріальну гіпертензію та у 43% хронічну серцеву недостатність II функціонального класу. У дослідження не включали хворих із тяжкою супутньою патологією органів дихання, травлення, нирок та осіб з онкологічними захворюваннями і ЦД 1-го типу. До групи контролю (ГК) увійшло 14 практично здорових осіб, співставних за статтю та віком з хворими 1-ї і 2-ї груп, без ознак ІХС і, які не перебували на диспансерному спостереженні з приводу соматичної патології. Усім хворим проводили загальноклінічні та інструментальні обстеження. Хворим обох груп при надходженні до стаціонару і на 7-й день спостереження визначали показники ліпідограми: рівень загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїнів високої (ХС ЛПВЩ), низької (ХС ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та коефіцієнт атерогенності (КА). Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою пакета статистичних програм «Statistica 10. 0» (StatSoft Inc, США). Дані представлені як середні значення та їх стандартні відхилення (M±SD); кількісні показники у незалежних групах порівнювали за допомогою t-тесту Стьюдента. Відмінності вважали статистично значущими при p<0,05.

Результати та обговорення.

Таблиця 1

Показники ліпідного обміну у хворих на ПС, які відрізняються коморбідністю ЦД 2-го типу (M±m).

Показник ммоль/л	ГК	1-ша група		2-га група	
	n=14	18 жінок	20 чоловіків	14 жінок	14 чоловіків
ЗХС	4,25±0,32	6,23±0,24 p<0,01	5,97±0,27 p<0,01	5,37±0,26 p<0,01	5,28±0,32 p<0,01
ХС ЛПВЩ	1,46±0,08	1,08±0,04 p<0,01	1,18±0,06 p<0,01	1,23±0,08 p<0,05	1,26±0,08 p<0,05
ХС ЛПНЩ	2,29±0,06	3,87±0,09 p<0,001	3,63±0,16 p<0,001	3,55±0,09 p<0,001	2,89±0,16 p<0,001
ТГ	1,32±0,12	2,56±0,14 p<0,001	1,8±0,19 p<0,01	1,92±0,14 p<0,01	1,63±0,09 p<0,05

Результати порівняльного аналізу стану ліпідного обміну у обстежених групах хворих наведено в таблиці 1. Встановлено, що у пацієнтів з ПС виявлені зміни характеризуються зростанням рівня ЗХ, ХС ЛПНЩ, ТГ та зменшенням рівня ХС ЛПВЩ в порівнянні з ГК. Ці зміни були більш

виражені у пацієнтів, які мали супутній ЦД 2-го типу. При цьому показники ЗХС, ХС ЛПНЩ, та ТГ були значно вищими у жінок в обох досліджуваних групах.

Висновок. Моніторинг рівня ліпопротеїнів дозволяє прогнозувати ризик маніфестації життєвонебезпечних серцево-судинних подій. Супутній ЦД 2-го типу сприяє прогресуванню атеросклеротичного процесу у хворих з прогресуючою стенокардією. Значно вираженіші патологічні зміни показників ліпідного гомеостазу жінок в обох досліджуваних групах свідчать про важчий перебіг захворювання у них та більший ризик розвитку гострого інфаркта міокарда.

Перспектива подальших досліджень: виявлені відмінності показників ліпідограми між жінками та чоловіками обґрунтовують необхідність в дослідженні патогенетичних взаємозв'язків між розвитком ПС та рівнем вільного естрогену та тестостерону у хворих на ЦД 2-го типу з метою розробки відповідного алгоритму обстеження та лікування в залежності від статі

**УДК 616.12–008.331.1:616.61:616379–008.64–78**

**ХАРАКТЕР АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА  
ДІАБЕТИЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЛІКУВАННЯ  
ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ**

*СУСЛА О. Б., ЛІТОВКІНА З. І., ГОВДА О. О.*

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

Однією з важливих і найбільш складних проблем сучасної нефрології є діабетична хвороба нирок (ДХН), яка асоціюється з дуже високим кардіоваскулярним ризиком, нерідко проявляється вже на пізніх стадіях свого розвитку та потребує ниркової замісної терапії. Серед пацієнтів, які перебувають на хронічному гемодіалізі (ГД), артеріальна гіпертензія (АГ) діагностується у 60–80% випадків, досягаючи в окремих діалітичних популяціях 100%. Тому, доцільним є подальше вивчення поширення АГ у ГД-хворих на ДХН з урахуванням ступеня АГ та динаміки абсолютних значень артеріального тиску (АТ).

Мета дослідження– вивчити поширеність та виразність АГ у хворих на ДХН, які отримують лікування програмним ГД.

У дослідження було включено 123 хворих на хронічну хворобу нирок V стадії, які перебували на хронічному ГД (чоловіки, 76; вік,  $(52,1 \pm 1,0)$  років; тривалість ГД,  $(51,7 \pm 4,8)$  місяців). Переважали хворі з хронічним гломерулонефритом (35%). Усі суб'єкти були розподілені на дві групи: 1–122

ша група (n=35) — пацієнти із ДХН, 2-га (n=88) — пацієнти без діабету. АГ реєстрували при систолічному АТ(САТ)  $\geq 140$  мм рт. ст. та/або діастолічному АТ (ДАТ)  $\geq 90$  мм рт. ст. ; ступінь АГ визначали згідно з рекомендаціями ESH/ESC(2013). Розраховували також пульсовий артеріальний тиск (ПАТ). Застосовували U-критерій Манна-Уїтні для порівняння кількісних показників у двох групах,  $\chi^2$ -критерій Пірсона для порівняння частотних величин. Кількісні дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ( $M \pm m$ ), якісні — як проценти (%).

АГ діагностовано у 83,7% ГД-пацієнтів: АГ I ступеня — у 26% випадків, II ступеня — у 50,4%, III ступеня — у 7,3%. Частота реєстрації АГ (97,1 vs. 56,1%;  $\chi^2=6,45$ ,  $p=0,011$ ), АГ II ступеня (77,2 vs. 39,8%;  $\chi^2=14,0$ ,  $p<0,001$ ) у групі хворих на ДХН була значуще більшою, ніж у групі без діабету. Встановлено, що хворі на ДХН характеризувались вищими середніми значеннями САТ ((160,0 $\pm$ 2,3) vs. (149,2 $\pm$ 2,6) мм рт. ст. ;  $Z=2,51$ ,  $p=0,012$ ) і ПАТ ((79,1 $\pm$ 2,1) vs. (65,1 $\pm$ 1,7) мм рт. ст. ;  $Z=4,52$ ,  $p<0,001$ ) порівняно з пацієнтами без ДХН. Показник ДАТ 1-ї і 2-ї груп не відрізнявся ((81,1 $\pm$ 1,1) vs. (84,1 $\pm$ 1,5) мм рт. ст. ;  $Z=0,73$ ,  $p=0,468$ ).

Таким чином, (1) ДХН характеризується значною поширеністю та виразністю АГ у хворих, які отримують лікування програмним ГД, причому (2) рівень ПАТ може бути значущим фактором підвищеного серцево-судинного ризику у таких пацієнтів.

**УДК 616.133–003.93–085.224/.272:616.61–78**

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ ПІД ВПЛИВОМ МОДИФІКОВАНОГО 12-МІСЯЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ І МЕЛЬДОНІО У ХВОРИХ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ**

*СУСЛА О. Б., СИДОРЕНКО О. Л., ПРОКОПОВИЧ О. А., ЛИТОВКІНА З. І., МАЛЬСЬКА Т. Л.*

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

Проблема корекції патологічного ремоделювання сонних артерій (СА) як чинника розвитку цереброваскулярних подій у хворих на хронічному гемодіалізі (ГД) далека від свого задовільного вирішення. Тому, доцільним за цих умов є пошук нових терапевтичних стратегій для лікування і профілактики структурно-функціональної перебудови каротидних судин, спираючись на досягнення науки про важливу роль ендотеліальної дисфункції (ЕД), зокрема дефіциту оксиду азоту (NO), в процесах прогресування атеросклеротичного пошкодження і ектопічної

кальцифікації.

Мета дослідження — оцінити ефективність поєднаного застосування попередника NO аргініну глутамату і універсального цитопротектора мельдонію на характер ремоделювання СА у комплексному 12-місячному лікуванні хворих на програмному ГД.

У дослідження було включено 38 ГД-хворих із клапанною кальцифікацією (верифікованою за допомогою ультразвуку) та артеріальною гіпертензією (чоловіки, 22; вік,  $(50,2 \pm 1,5)$  років; тривалість ГД,  $(38,6 \pm 6,8)$  місяців). Переважали хворі з хронічним гломерулонефритом (39,5%). Усі суб'єкти підлягали ультразвуковому скануванню СА, застосовуючи стандартизовані підходи (Grant E. G. et al., 2003; Touboul P. J. et al., 2007). Оцінювали товщину комплексу інтима-медіа (ТІМ) загальної СА (ЗСА), діаметр ЗСА, показник ЗСА ТІМ/діаметр, наявність бляшок, ступінь стенозу. Ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) визначали за даними проби з реактивною гіперемією (тест Целермайера-Соренсона). Хворі були розподілені на 2 групи: 1-ша (основна) група ( $n=20$ ) на тлі базисного лікування (антигіпертензивна терапія, за показаннями — корекція анемії, гіперпаратиреозу, гіперфосфатемії) отримувала комбінацію аргініну глутамату (4 г/д парентерально 3 рази на тиждень впродовж сеансу ГД, в міждіалізні дні — 3 г/д перорально) і мельдонію (0,5 г/д парентерально 3 рази на тиждень у кінці сеансу ГД, в міждіалізні дні — 0,5 г/д перорально), 2-га (порівняння) група ( $n=18$ ) була лише на базисній терапії. Комплексне лікування складалось із трьох 2-місячних курсів на рік. Дослідження у групах хворих проводили на початку та після 12-місячного лікування. Дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ( $M \pm m$ ). Застосовували Т-тест Вілкоксона для порівняння залежних кількісних величин, U-критерій Манна-Уїтні — незалежних кількісних величин.

Поєднане застосування аргініну глутамату і мельдонію у складі комплексного 12-місячного лікування у хворих на хронічному ГД перешкождало прогресуванню ремоделювання СА, водночас структурно-функціональні показники каротидних судин у пацієнтів, які перебували на базисному лікуванні, мали негативну динаміку (табл. 1). Так, через рік від початку лікування у хворих групи порівняння, на відміну від основної групи, зареєстровано збільшення ТІМ ЗСА (на 7,2%;  $Z=2,50$ ,  $p=0,013$ ), діаметра ЗСА (на 4,9%;  $Z=2,43$ ,  $p=0,015$ ), причому хворі 1-ї і 2-ї груп за річною зміною зазначених показників ремоделювання СА значуще відрізнялись ( $p=0,026$ ,  $p=0,041$ , відповідно). Варто відзначити, що частота появи каротидних бляшок у хворих, які перебували на базисному лікуванні, склала 11,1% на рік, водночас формування нових бляшок у пацієнтів, які приймали модифіковану терапію, протягом дослідження не зареєстровано. Поширеність гемодинамічно значущих стенозів у СА до кінця

спостереження у ГД-хворих незалежно від лікувальної програми не змінилась.

Через 12 місяців середнє значення потікзалежної дилатації плечової артерії у хворих, які на тлі базисного лікування приймали комбінацію аргініну глутамату і мельдонію, збільшилося у 3,34 рази ( $p < 0,001$ ), у хворих, які перебували на базисній терапії, — у 2,64 рази ( $p = 0,008$ ), причому в зазначений термін спостереження показник ЕЗВД ( $(8,11 \pm 0,67)$  vs.  $(6,07 \pm 0,71)\%$ ;  $Z = 2,19$ ,  $p = 0,028$ ) основної групи і групи порівняння відрізнявся.

Таблиця 1

Показники ремоделювання СА у ГД-хворих на тлі різних програм 12-місячного лікування ( $M \pm m$ )

Група	Показник	Період дослідження			Фрідман ANOVA $\chi^2/p$
		до лікування	через 6 місяців лікування	через 12 місяців лікування	
Основна (n=20)	ЗСА діаметр, мм	7,08±0,20	7,03±0,17	7,06±0,19	0,47/ 0,792
Порівняння (n=18)	ЗСА діаметр, мм	6,78±0,17	6,89±0,19	7,11±0,22*#	9,17/ 0,010
Основна (n=20)	ЗСА ТІМ, мм	0,91±0,03	0,90±0,03	0,91±0,03	0,88/ 0,641
Порівняння (n=18)	ЗСА ТІМ, мм	0,83±0,04	0,86±0,04	0,89±0,04*	8,89/ 0,012
Основна (n=20)	ЗСА ТІМ/ діаметр x102, ум. од.	12,9±0,5	12,9±0,5	13,0±0,5	1,00/ 0,607
Порівняння (n=18)	ЗСА ТІМ/ діаметр x102, ум. од.	12,3±0,5	12,5±0,4	12,6±0,5	0,62/ 0,734

Примітки: 1. \*  $p < 0,05$  — у порівнянні з показниками до лікування;  
2. #  $p < 0,05$  — у порівнянні з даними попереднього терміну спостереження.

Таким чином, (1) включення до комплексної 12-місячної терапії комбінації аргініну глутамату і мельдонію у хворих на хронічному ГД порівняно з базисним лікуванням попереджує прогресування атеросклеротичного пошкодження, сприяє стабілізації показників

ремоделювання СА. (2) Модуляція системи L-аргінін–NO може бути одним із ефективних інструментів зниження серцево–судинного ризику у ГД–пацієнтів.

**УДК 618.56–002.3–02:(616.1/.4+616.6+616.8)]–037–038**

**ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ПІСЛЯПОЛОГОВІ ГНІЙНО–СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ: РИЗИКИ ТА ПРОГНОЗИ**

*ФЕЙТА Ю. Р., ПИРОГОВА В. І.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. За даними ВООЗ (2016 р. ) післяпологові інфекційні ускладнення займають друге місце в структурі материнської смертності. Акушерський сепсис становить 19,7% серед причин материнської смертності та поступається частотою лише екстрагенітальній патології (22,7%). В Україні відсоток післяпологових гнійно–септичних ускладнень (ПГСУ), за даними різних авторів, складає від 11% до 29%.

Післяпологовий період є найбільш небезпечним з точки зору розвитку інфекційних ускладнень, що обумовлено зниженням імунологічного статусу, що супроводжує стан вагітності. Екстрагенітальні захворювання значно підвищують ризик розвитку септичних ускладнень, оскільки супроводжуються виникненням тканинної гіпоксії, сприяючи розвитку синдрому «метаболічної інтоксикації» і вторинної імунологічної недостатності.

Проблема діагностики та лікування ПГСУ також полягає у їх мікробній поліетіологічності, що дозволяє їм обмінюватись чинниками резистентності до антибактеріальних препаратів, особливо в умовах імуносупресії макроорганізму. Необгрунтоване призначення антибіотиків призвело до формування антибіотикорезистентних “супербактерій”, що є актуальною проблемою сучасної медицини. Для проведення адекватних профілактичних заходів ПГСУ необхідно враховувати всі фактори і ступінь ризику виникнення ПГСУ.

Мета. Виділити фактори, які впливають на розвиток післяпологових гнійно–септичних захворювань.

Матеріали та методи. Проведено детальний ретроспективний аналіз медичної документації 104 жінок із післяпологовими гнійно–септичними ускладненнями (основна група): 68,3% жінок із ПГСУ, що були розроджені через природні пологові шляхи (n=71) та 31,7% жінок із ПГСУ, розроджених шляхом кесарського розтину (n=33). Контрольну групу сформували із 31 породіллі із неускладненим перебігом післяпологового періоду. Різниці за віком, соціально–економічним статусом у жінок усіх

груп не було. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою Statistica 10 (Statsoft, USA) з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% ( $p < 0,05$ ).

Результати. Серед чинників ризику ПГСУ значну вагу має наявність екстрагенітальної патології: анемія ( $79,81 \pm 3,94\%$ , контроль —  $16,13 \pm 6,61\%$ ,  $p < 0,05$ ), ожиріння ( $45,19 \pm 4,88\%$ , контроль —  $6,45 \pm 4,41\%$ ,  $p < 0,05$ ), хвороби сечової системи ( $27,88 \pm 4,40\%$ , контроль —  $3,23 \pm 3,17\%$ ,  $p < 0,05$ ), хвороби ШКТ ( $12,50 \pm 3,24\%$ , контроль —  $3,23 \pm 3,17\%$ ,  $p < 0,05$ ), хвороби органів дихання ( $11,54 \pm 3,13\%$ ), вади серця ( $10,58 \pm 3,02\%$ ), варикозна хвороба ( $6,73 \pm 2,46\%$ ), хвороби ЛОР-органів ( $5,77 \pm 2,29\%$ ).

При проведенні бактеріологічного дослідження виділень із матки у породіль із ПГСУ було виділено наступних збудників: *Str. haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *St. epidermidis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, *Enterobacter*, *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp. Отримані результати демонструють значну частоту полімікробності (асоціації збудників у різних комбінаціях) у породіль із ПГСУ.

Антибіотикотерапію отримували  $98,08 \pm 1,35\%$  жінок із ПГСУ, середня тривалість якої складала  $10,4 \pm 0,4$  дні (максимальна тривалість становила 39 днів). У  $57,69 \pm 4,84\%$  випадків жінки отримували комбінацію двох і більше антибіотиків чи зміну антибіотика при тривалій антибіотикотерапії. В основному використовували антибіотики групи фторхінолонів, цефалоспоринів та імipенемів.

Висновки. Виділення вагітних із екстрагенітальними захворюваннями в групу ризику розвитку післяпологових гнійно-септичних ускладнень та проведення адекватних заходів профілактики під час вагітності та пологів є ефективним методом попередження розвитку післяпологових септичних ускладнень.

**МОЖЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ВТОРИННОЇ  
ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО  
ПРОФІЛЮ З КОМОРИДНОЮ КАРДІОЛОГІЧНОЮ ПАТАЛОГІЄЮ**

*ШАХБУН І. В., ЛЕВИЦЬКА Л. В., ШВЕД А. М., РАДІОНОВА І. В.,  
ПІГОВСЬКА Ю. А., ГРИНЧУК У. І.*

Медичний офтальмологічний центр (Університетська клініка №2), Одеський національний медичний університет, ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”,  
Криворізький професійний гірничо–металургічний ліцей.

Вступ. Незважаючи на високу поширеність супутньої та поєднаної патології, особливо серед пацієнтів похилого віку, більшість хворих, які звертаються за медичною допомогою, намагається отримати консультації та рекомендації від спеціалістів вузького профілю. У таких випадках нерідко проблема пацієнта не вирішується, оскільки потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому. Слід відзначити, що основними категоріями пацієнтів офтальмологічних клінік в Україні є хворі на катаракту, глаукому і ретинопатію внаслідок серцево–судинної патології та цукрового діабету. Тому актуальним є вивчення особливостей лікування та реабілітації, в тому числі вторинної профілактики, серцево–судинних захворювань (ССЗ) серед пацієнтів, які лікуються в офтальмологічній клініці.

Основна частина. Хвороби органів кровообігу мають значне поширення, часто призводять до повної втрати працездатності.

За період з 01. 09. 2016 по 01. 05. 2017 року у «Медичний офтальмологічний центр Одеського національного медичного університету» за плановою офтальмологічною допомогою звернулося 1336 пацієнтів віком від 49 до 85 років. Серед них було виявлено наступну комор бідну патологію:

Гіпертонічна хвороба 2–3 стадії — 744 пацієнтів (55%);

Ішемічна хвороба серця — 627 (46,9%);

Миготлива аритмія — 336 (25%);

Серцева недостатність 1–2 стадії — 388 (29%);

Ішемічний інсульт в анамнезі — 48 (3,5%).

Цукровий діабет — 304 (22%);

В усьому світі профілактика захворювань є основною стратегією збільшення тривалості життя населення. Модифікація факторів ризику (ФР) може знизити клінічні прояви і рівень передчасної смертності серед осіб із серцево–судинними захворюваннями. Найбільш дієвими заходами,



здатними вплинути на ризик розвитку ССЗ, є ті, що спрямовані на регулювання модифікованих факторів кардіоваскулярного ризику. Ефективними заходами профілактиками вважаються: виявлення чинників, захворювань та станів, що можуть мати негативний вплив на розвиток ССЗ та визначають рівень загального ризику ССЗ; корекція (немедикаментозна та медикаментозна) ФР, що піддаються модифікації, упродовж життя; навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ, залучення їх до моніторингу ФР, підтримання у них мотивації щодо дотримання здорового способу життя та рекомендацій лікаря.

Європейське товариство кардіологів у Клінічній настанові з профілактики ССЗ 2016 року рекомендувало заходи впливу на ризик серцево-судинних подій з доведеною ефективністю. Цей перелік включає відмову від тютюнопаління, дотримання засад здорового харчування, підтримку адекватного рівня фізичної активності, корекцію психосоціальних ФР, підтримку оптимальної маси тіла, нормалізацію рівня артеріального тиску, нормалізацію рівня ліпідів. Обов'язковою складовою заходів щодо корекції ФР є навчання пацієнтів з питань здорового способу життя, попередження ССЗ, підтримання у них мотивації щодо збереження здоров'я та дотримання рекомендацій лікаря.

Висновки.

1. Проведений аналіз поширеності коморбідної патології серед пацієнтів медичного офтальмологічного центру Одеського національного медичного університету свідчить про високу поширеність серцево-судинних захворювань серед пацієнтів офтальмологічного профілю.

2. Обґрунтованим є виявлення індивідуальних факторів ризику серцево-судинних подій та надання інформації щодо їх профілактики медичними сестрами закладів охорони здоров'я, в тому числі, офтальмологічного профілю.

**УДК 617.735:616.379–008.64–085.225**

## **РОЛЬ АНГІОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІСІЮ**

*ШВЕД А. М., ГРИНЧУК У. І., ПІГОВСЬКА Ю. А.*

ПП «Клініка МЕДІКУС», м. Тернопіль

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) є одним з найбільш розповсюджених захворювань в популяції і в даний час в світі зареєстровано понад 250 млн хворих з цією патологією. Сліпота у хворих на ЦД настає в 25 разів частіше, інвалідність по причині втрати зору

відмічається більше ніж у 10% пацієнтів (А. С. Ефимов и соавт.,2005; E. Kohner, 2009).

До специфічних діабетичних уражень ока відноситься діабетична ангіоретинопатія, яка виявляється у пацієнтів з ЦД I типу в 20 — 80%, а при ЦД II типу — у 30 — 90% випадків (Є. І. Аніна і співавт.,2013; Т. М. Миленькая и соавт.,2013). Одночасно слід відмітити, що, не дивлячись на певні досягнення в лікуванні самого цукрового діабету, появі все нових і більш досконалих цукрознижуючих засобів і програм терапії, частота розвитку діабетичної ретинопатії (ДР) залишається стабільною величиною і становить 60–80% (А. С. Ефимов и соавт, 2010; С. С. Ильенков, Е. Н. Филотина, 2016;).

Немаловажне значення в розвитку і прогресуванні ДР мають NO-індукована ендотеліальна дисфункція та порушення в системі гемостазу (М. И. Балаболкин,2010; А. П. Калинин и соавт., 2014; К. М. Амосова і співавт., 2014). У зв'язку з цим актуальною є апробація препаратів з широким терапевтичним спектром, які одночасно можуть впливати на різні патогенетичні ланки ДР. Крім того, беручи до уваги той факт, що ДР є проявом універсальної ангіопатії і при ній вже на ранніх стадіях розвивається спазм, а пізніше і гіаліноз судинної стінки внаслідок недостатньої секреції ендотелійрелаксуючого фактору, надлишкової секреції ендотеліну, а механізмами реалізації цих порушень можуть бути зниження периферичної мікрогемодинаміки з розвитком циркуляторної та тканинної гіпоксії (Г. Д. Жабоедов и соавт., 2010), то теоретично досить обґрунтованим є застосування інгібіторів ангіотензин-перетворювального ферменту (ІАПФ) у хворих на ЦД з ангіо- та ретинопатіями (В. Н. Канюков и соавт.,2015).

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих з діабетичною ретинопатією шляхом застосування ІАПФ моєксиприлу та ендотеліймодифікуючого препарату тівортину в залежності від особливостей клінічного перебігу захворювання.

Матеріал і методи дослідження. В основу дослідження покладено обстеження і лікування 74 хворих (148 очей) на ЦД з різними стадіями ДР і 20 здорових осіб в якості контролю. Середній вік пацієнтів склав (52,8±6,3) роки. Серед хворих переважали жінки — 97 (55,8%). Середня тривалість захворювання становила (11,4±4,7) років. Згідно з класифікацією Л. А. Кацнельсона у 21 (28,4%) хворого діагностовано васкулярну стадію ДР, у 20 (27,0%) — ексудативну, у 15 (20,0%) — геморагічну і в 18 (24,3%) — проліферативну ретинопатію. Для досягнення компенсації гіперглікемії у хворих на ЦД I типу використовували дієту та інсулінотерапію, а у пацієнтів з ЦД 2 типу — дієту поєднували з таблетованими цукрознижуючими препаратами і в окремих випадках додавали інсулін.

У відповідності до використаної програми лікування обстежені були розділені на 4 групи. Першу групу(контрольну) склали 15 хворих, ДР у яких лікували за загальноприйнятою методикою, яка передбачає використання препаратів з вибіркоvim впливом на окремі ланки патогенезу ДР і включає ангіопротектор, анаболічний стероїд, гіполіпідемічний засіб, полівітаміни, антикоагулянт з дезагрегантом, емоксилін та діцинон. Курс лікування тривав  $20 \pm 2$  дні. В другу групу ввійшло 25 хворих з різними стадіями ДР, в лікування яким додатково включали тівортин по 100 мл внутрішньовенно щоденно, протягом 10 днів. Третю групу склали 18 хворих на ДР, яким проведено монотерапію інгібітором АПФ моєксиприлом в середньотерапевтичній дозі 15 мг/добу щоденно, протягом не менше 3 тижнів. До четвертої групи ввійшло 16 хворих з різними стадіями ДР, які отримали курс комбінованого лікування тівортином та моєксиприлом у вищезазначених дозах протягом трьох тижнів, з наступним переходом на підтримуючу терапію моєксиприлом в дозі 7,5 — 15 мг/добу протягом 6 місяців. В усіх хворих дослідження проводили у вихідному стані, через 3 тижні та 6 місяців від початку лікування.

Згідно з програмою НДР у хворих крім загальноклінічного обстеження проводили вивчення анамнезу (уточняли тривалість, характер протікання захворювання, фактори ризику, наявність супутньої патології, вид і добові дози цукрознижуючих засобів), оцінювали ступінь компенсації ЦД за рівнем гліколізованого гемоглобіну (HbA1c) та детально вивчали офтальмологічний статус за допомогою візометрії, рефрактометрії, офтальмометрії, тонометрії, біомікроскопії, периметрії, прямої офтальмоскопії. Діагностику функціонального стану органа зору проводили за допомогою комп'ютерної програми „Oculus” forMicrosoftWindowsWorkv95 з визначенням гостроти зору, кольоросприйняття та контрастної чутливості. Гостроту зору визначали також з допомогою таблиць з оптичними білого кольору на чорному фоні (Патент № 2003043940 від 29. 04. 2003 р. ). Об'єктивна реєстрація змін судин очного дна та сітківки фіксувалась ретино—фотографічно (CarlZeiss, Німеччина). Для детального вивчення стану мікрогемодинаміки сітківки та визначення морфометричних параметрів судин проводили сканування ретинофотограм з високою роздільною здатністю (1200 dpi), що дозволяло збільшувати зображення на 300% і за допомогою комп'ютерної програми AdobePhotoshop v5.0 обчислювати діаметр артеріол та венул I порядку і кількість судин III порядку навколо диску зорового нерва.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою комп'ютерних програм „Statisticav5” та „Excel”(С. Гланц, 1999; С. Н. Лапач и соавт.,2000).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених було 45 хворих на ЦД тип 1 і 29 — з ЦД тип 2. Найчастіше (у 48,6%) діабетична ретинопатія розвивалась через 5 — 10 років від початку захворювання. При цьому відмітимо більш ранній (до 5-ти років) початок ДР у хворих з ЦД II типу (у 17,2%), ніж при ЦД I типу (13,3%), а також прогресивне наростання важкості уражень судин та сітківки при збільшенні тривалості цукрового діабету. При тривалості хвороби більше 10 років переважно реєстрували проліферативну стадію (72,97%), тоді як ексудативні та геморагічні прояви ДР були характерні для хворих з тривалістю ЦД від 5 до 10 років (відповідно в 12,2% та 13,5%). Наведені статистичні дані співпадають з результатами досліджень інших авторів (А. Tarkkanen, 2015; А. П. Нестеров, 2014).

Наявність судинних змін на очному дні приводила до зниження гостроти зору до рівня, який лежить в певних межах, характерних для кожної стадії ДР. Так у васкулярній стадії у більшості випадків (67,7%) визначали нормальну гостроту зору, в ексудативній стадії така гострота зору була в 38,6%, а в решти пацієнтів — в межах 0,3–0,8. У хворих з геморагічною стадією ДР лише в 21,1% гострота зору була в нормі, а в решти знижувалась до  $0,44 \pm 0,11$ . При проліферативній ДР лише у восьми пацієнтів гострота зору була в нормі, у 38,2% — в межах 0,3–0,8 і в 50% випадків гострота зору була  $0,18 \pm 0,02$  (в середньому по групі —  $0,16 \pm 0,12$ ). Різниця середніх значень гостроти зору між хворими з різними стадіями ДР достовірна ( $P < 0,05$ ).

Дослідження кольоросприйняття дозволяють стверджувати, що дана ланка чутливості зорового аналізатора при діабетичній ретинопатії уражається однією з перших. При цьому були виділені певні закономірності. Так, вже в ранній (васкулярній) стадії у 49,0% випадків відмічається порушення сприйняття зеленого кольору, хоча змін гостроти зору, величини полів зору ще не спостерігається. В ексудативній стадії спостерігали порушення чутливості до зеленого кольору у 33,0% та зеленого і синього в 28,4% і лише в 38,6% хворих порушень не виявлено. В геморагічній стадії до порушення сприйняття зеленого кольору в 31,4% випадків приєднується порушення синього — в 38,9% обстежених, а в 8,9% — повна втрата кольоросприйняття. В проліферативній стадії відмічено грубі зміни чутливості до всіх кольорів у 75,0% обстежених, а решта 25,0% хворих не розрізняли зеленого кольору.

При дослідженні контрастної чутливості відмічено її 100% порушення у всіх групах хворих більше ніж на 3,5%. Крім того, вдалось виділити чіткі для кожної групи межі варіабельності за виключенням знову ж таки окремих випадків, коли параметри в великій мірі залежали від супутньої для ДР патології. Слід зауважити, що при дослідженні 20 здорових людей 132

контрольної групи, гострота зору з корекцією становила 1,01 і вище, зниження кольорової чутливості не відмічалось, а порушення контрастної чутливості було в межах 0,2–3,4% (в середньому  $1,4 \pm 0,2\%$ ). Отримані параметри було прийнято за норму.

При ретинофотографічному дослідженні очного дна у хворих на ЦД з діабетичною ретинопатією було виявлено загально визнані численні патологічні зміни, які об'єктивно підтверджували наявність у хворого тієї чи іншої фази ДР. Ретинофотографія очного дна з наступною компютерною морфометрією ретинальних судин дала можливість не лише об'єктивно фіксувати патологічні зміни, але й оцінювати ефективність лікування. Встановлено суттєву залежність стану мікрогемодикуляції сітківки ока від віку, тривалості хвороби і стадії ДР. Саме судинні зміни визначали стадію ДР і функціональний стан зорового аналізатора. Патологічний процес починався з ураження судинного русла як середнього калібру (артеріолоспазм та флебопатія), так і на рівні капілярного кровотоку (зменшення кількості функціонуючих капілярів на 48 — 58%), що зумовлювало розвиток так званого синдрому капілярно-трофічної недостатності з порушенням обмінно-трофічних процесів та функціональної здатності ока (С. А. Селезнев и соавт., 2005; В. В. Куров, 2010). В цілому, виявлені порушення гемодинаміки і мікроциркуляції в сітківці ока обґрунтовують доцільність використання в комплексній терапії діабетичних ретинопатій меді-каментозних середників з вазодилатуючим та ангіопротекторним ефектом.

Виходячи з вище наведених фактів і з метою оптимізації лікування хворих з ДР ми співставили результати обстеження та клінічну ефективність чотирьох лікувальних програм. В цілому терапевтична ефективність запропонованих лікувальних програм виявилась достовірно вищою в порівнянні з комплексом загальноживаної терапії в усіх виділених підгрупах хворих з різними клінічними стадіями ДР ( $P < 0,05$ ). Слід зауважити і значно меншу кількість хворих з відсутністю (недостатністю) ефекту від запропонованих програм лікування.

Традиційна комплексна терапія виявилась найбільш ефективною для лікування початкових стадій ДР, де її ефективність досягає 67 — 71%. Більш чутливими до лікування виявились показники кольоросприйняття та контрастної чутливості, які покращувались відповідно у 20,8% і 50,0% хворих з васкулярною стадією, у 22,2% і 44,4% — з ексудативною стадією, у 9,1% і 9,1% — з геморагічною стадією та у 12,5% і 12,5% — з проліферативною стадією ДР. Досліджуючи вплив ЗПТ на стан судинного русла сітківки, вільнорадикального окислення ліпідів та імунну резистентність організму хворих з різними стадіями ДР було встановлено, що в цілому таке лікування дещо покращує локальну гемодікуляцію

та метаболічні процеси. При цьому суттєвого ( $P < 0,05$ ) підвищення гемомікроциркуляції та зменшення патологічної продукції токсичних перекисних форм ліпідів вдається досягти лише у пацієнтів молодого віку (до 45 років), при нетривалому перебігу патологічного процесу (до 5 років) і в початкових стадіях ДР (васкулярній та ексудативній). І навпаки, ЗПТ виявила недостатній ангіопротекторний, гемодинамічний та антиоксидантний ефекти у пацієнтів старших вікових категорій, при довготривалому перебізі хвороби з розвитком геморагічної та проліферативної ДР.

При застосуванні монотерапії тівортином у 25 хворих з різними стадіями діабетичної ретинопатії в більшості випадків відмічено тенденцію до підвищення гостроти зору. У хворих в ексудативній та васкулярній стадіях ДР покращення гостроти зору спостерігалось у 72% та 68% випадків, а повне відновлення параметрів візометрії наступило відповідно у 32% та 16% обстежених. У хворих з геморагічною стадією гострота зору після лікування підвищилась в середньому з  $0,44 \pm 0,11$  до  $0,74 \pm 0,10$  ( $P < 0,05$ ). При проліферативній стадії ДР середній показник візометрії досяг рівня  $0,33 \pm 0,05$  (до лікування —  $0,16 \pm 0,12$ ). Отримані результати лікування у хворих даної групи достовірно перевищували ефективність традиційного курсу терапії.

Ще вищу ефективність цього методу лікування отримано щодо впливу на кольоросприйняття та контрастну чутливість. Так, після системної ензимотерапії у хворих з проліферативною стадією ДР кольоросприйняття відновилося до норми у 12% і покращилось у 40% хворих, при геморагічній стадії ДР ці показники становили відповідно 28% і 50%. При ексудативній та васкулярній стадіях ДР покращення кольоросприйняття спостерігалось у 64% та 52%, а повне його відновлення відповідно у 44% та 48% хворих очей. Під впливом терапії тівортином відмічено і значне покращення параметрів контрастної чутливості. У хворих з проліферативною стадією ДР воно наступало у 50% обстежених, а в групах хворих з непроліферативними стадіями — у 66 — 90% пролікованих, що достовірно перевищувало ефективність курсу традиційної терапії.

Під впливом монотерапії тівортином відбувалось суттєве покращення морфометричних даних ретинофотографії. Так, у 76% хворих з васкулярною ДР відмічено нормалізацію судинного малюнку і збільшення кількості функціонуючих судин на 18%. У 44% хворих з ексудативною ДР зникав набряк макулярної ділянки та периферії, зони ішемізованої сітківки, зменшувався розмір сухих ексудатів. У 28% хворих з геморагічною стадією ДР під впливом даної терапії спостерігалось повне розсмоктування крововиливів, відновлення калібру судин, зникнення набряку. У 32% хворих в проліферативній стадії ДР після курсу терапії тівортином відмічено

суттєве просвітлення та зменшення розмірів зон проліферації, зникнення набряку, розсмоктування геморагій, збільшення кількості функціонуючих мікросудин на  $16,4 \pm 0,3\%$ .

В цілому за допомогою терапії тівортином суттєвого покращення клініко–функціо–нального стану органа зору вдалося добитися у 76% хворих у васкулярній стадії, у 44% в ексудативній, 28% у геморагічній. При проліферативній ретинопатії даний метод лікування виявився недостатньо ефективним. У пацієнтів цієї підгрупи відновлення функцій зорового аналізатора не досягнуто, але в 32% хворих зупинено прогресування морфофункціональних проявів ретинопатії. Таку ефективність запропонованої програми лікування можна пояснити якраз нормалізуючим впливом L–аргініну на функціональний стан судинного ендотелію, відновлення мікроциркуляції в тканинах ока, а також зниження активності процесів ліпопероксидації, що, в цілому, покращувало морфофункціональний стан мікросудин очного дна.

Застосування монотерапії інгібітором АПФ моексиприлом у 18 хворих на цукровий діабет з різними стадіями ангіо– та ретинопатії показало її досить високу ефективність, особливо в плані відновлення локальної гемомікроциркуляції сітківки ока. Так, у 89% хворих з васкулярною стадією ретинопатії відмічено відновлення співвідношення калібру артеріол та венул 2 : 3; у 50% хворих з ексудативною ДР зникали набряк і зони ішемії сітківки, зменшувались розміри сухих ексудатів, ще у 30% хворих покращувались умови мікрогемоциркуляції за рахунок збільшення кількості функціонуючих судин на 32%. Дещо нижчою була ефективність моексиприлу у хворих з геморагічною стадією ДР, у 39% пацієнтів спостерігалось розсмоктування крововиливів, зникнення набряку сітківки і відновлення гемомікроциркуляції. У решти пацієнтів з геморагічною ДР та у хворих з проліферативною ретинопатією ефект від моексиприлу був значно нижчим, хоча і в них відмічалось суттєве просвітлення та зменшення розмірів зон проліферативної тканини (у 27,78% обстежених).

Саме покращенням мікрогемоциркуляції сітківки можна пояснити суттєве підвищення параметрів функціональної здатності зорового аналізатора. Так під впливом моексиприлу підвищення гостроти зору у васкулярній та ексудативній стадіях ДР відмічено відповідно у 72% та 67% випадків, а повне відновлення параметрів візометрії — у 56 і 28% обстежених. Достовірно підвищувалась гострота зору і у 33% хворих з геморагічною ДР та у 17% хворих з проліферативною ретинопатією. Подібні позитивні результати отримано і при дослідженні параметрів кольорової та контрастної чутливості, повне відновлення або покращення яких зафіксовано відповідно у 56% і 89% хворих з васкулярною ДР, у 56% і 78% — з ексудативною, у 28% і 61% — з геморагічною та у 11% і 44% — з

проліферативною ретинопатією. Відновлення мікрогемодинаміки в тканинах ока, в тому числі і сітківки у хворих з ДР під впливом миексиприлу можна пояснити як його безпосереднім вазомоторним впливом, так і ангіопротекторним ефектом за рахунок нормалізації ендотеліальної дисфункції судин (С. Н. Поливода и соавт., 2003; С. Ю. Машина и соавт., 2011; Н. К. Крыжановская, 2010; С. Bossalleretal, 2011; K. Disksteinetal, 2012).

Враховуючи особливості патогенезу судинних та дистрофічних змін в сітківці ока і велике значення при цьому цілого комплексу порушень — гемодинаміки, ліпопероксидації та метаболізму, то нами у 16 пацієнтів четвертої групи проведено дослідження клінічної ефективності комбінованої терапії миексиприлом та тівортином, що дозволило підвищити загальну клінічну ефективність лікування в середньому на 44% в порівнянні з ЗПТ ( $P < 0,05$ ). При цьому у васкулярній стадії ефективність лікування зростала на 31%, у ексудативній — на 50%, в геморагічній — на 50,0% і в проліферативній — на 25%. Механізм реалізації терапевтичної ефективності даного медикаментозного комплексу у хворих з ДР прослідковується при аналізі його впливу на стан гемодинаміки в сітківці ока та динаміку параметрів ВРОЛ.

Так під впливом комбінованої терапії у 88% хворих з васкулярною стадією відмічено відновлення до норми співвідношення калібру артеріол і венул сітківки та збільшення кількості функціонуючих судин на  $41,4 \pm 1,3\%$ ; у 62,5% хворих з ексудативною стадією ДР зникали набряк та зони ішемії сітківки, ще у 31% хворих покращувалась гемодинаміка в сітківці; у 56% пацієнтів з геморагічною ДР констатували повне розсмоктування крововиливів, зникнення набряку і покращення умов циркуляції крові в сітківці ока (кількість функціонуючих судин збільшувалась на  $46,7 \pm 1,4\%$ ); у 44% хворих з проліферативною ретинопатією відмічалось зменшення розмірів зон проліферативної тканини, зникнення набряку, розсмоктування геморагій, відновлення артеріоло-венулярного коефіцієнту та суттєве збільшення кількості функціонуючих судин (на  $51,6 \pm 1,4\%$ ).

Саме описаним нормалізуючим впливом даного лікувального комплексу на ряд важливих патогенетичних ланок розвитку та прогресування діабетичної ретинопатії можна пояснити її високу відновну здатність функціонального стану зорового аналізатора. Так під впливом комбінованої терапії миексиприлом та тівортином навіть у хворих з проліферативною ретинопатією середній показник візометрії досяг рівня  $0,43 \pm 0,05$  (до лікування —  $0,15 \pm 0,10$ ). При цьому у 38% випадків гострота зору покращувалась достовірно. У хворих з геморагічною стадією ДР після курсу такого лікування середнє значення гостроти зору становило  $0,84 \pm 0,10$  (до лікування —  $0,43 \pm 0,11$ ;  $P < 0,05$ ). В ексудативній та васкулярній стадіях



ДР гострота зору досягла норми відповідно у 50,0% та 80,8% обстежених. Подібний позитивний клінічний ефект даної терапії моексиприлом та тівортином досягнуто і щодо порушень кольоросприйняття та контрастної чутливості. У хворих з препроліферативними стадіями ДР кольоросприйняття покращувалось у 60 — 81%, контрастна чутливість в 86– 96% випадків, а при проліферативній ретинопатії — відповідно у 44,5% і 61,1% пролікованих.

Висновки. 1. Хворих з діабетичною ретинопатією розвивається синдром капіляротрофічної недостатності, який проявлявся зменшенням кількості функціонуючих судин на 34 — 58% і у патогенезі якого суттєву роль відіграють порушення ендотеліальної функції мікросудин, а також активація процесів ліпопероксидації та пригнічення функціональної здатності антиоксидантної системи.

2. Використання загальноприйнятої терапії дозволяє добитися підвищення гостроти зору, кольоросприйняття та контрастної чутливості у 53% хворих з васкулярною стадією, 13% хворих з ексудативною, у 13% — хворих з геморагічною та у 7% хворих з проліферативною ретинопатією. При цьому клінічна ремісія ретинопатії у цих хворих не супроводжується нормалізацією ендотеліальної функції судин та параметрів системи про- і антиоксидантного захисту, тобто, у них залишаються субстрат та умови для прогресування патологічного процесу в сітківці ока.

3. Комбінована терапія з включенням моексиприлу та тівортину виявилась найбільш ефективною, клінічної ремісії і відновлення функціональної здатності органа зору досягнуто у 100% хворих у васкулярній стадії, у 62,5% — в ексудативній, у 56% — в геморагічній та у 22% при проліферативній ретинопатії; при наступному довготривалому (понад 6 місяців) підтримуючому лікуванні моексиприлом у 69% хворих на цукровий діабет, ускладнений ретинопатією настає покращення мікрогемодинаміки сітківки ока і нормалізація ендотеліальної функції судин.

УДК 616.441–008.64–06:616.12–008.464

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У  
ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАВАНТАЖЕННЯ II–III  
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ**

*ШВЕД М. І., КИРИЧОК І. Б., ЛИПОВЕЦЬКА С. Й., ВОЛОБУЄВА А. В.,  
ПРИПХАН Б. В.*

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

Мета: встановити особливості змін варіабельності ритму серця у хворих на стенокардію навантаження II–III функціонального класу та субклінічний гіпотиреоз

Методи: загальне клінічне обстеження, холтерівське моніторування АТ та ЕКГ з дослідженням варіабельності ритму серця (ВРС), визначення рівня NT–проBNP, ТТГ та  $T_4$  у крові.

Результати: Обстежено 44 хворих на ІХС: стенокардію навантаження II–III функціонального класу (ФК). Середній вік обстежених становив  $52,4 \pm 1,7$  років та коливався від 42 до 74 років. До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб таких же по віку та статі. Усіх хворих розподілено на дві групи. До першої групи увійшло 23 пацієнти (52,3%) на стенокардію навантаження без проявів гіпофункції щитоподібної залози (ЩЗ), до другої – 21 (47,7%) із поєднанням стенокардії навантаження та субклінічного гіпотиреозу. У пацієнтів 1 групи значення TP становило  $3054,30 \pm 32,13$   $ms^2$ , а у пацієнтів 2 групи даний показник знижувався у більшій мірі та становив  $2325,95 \pm 49,83$   $ms^2$ . При цьому, значення хвиль високої частоти (HF) у хворих 1 групи було на 41,56% ( $p < 0,01$ ) меншим, а у пацієнтів 2 групи нижчим відповідно на 60,09% ( $p < 0,01$ ) порівняно із контролем. Це свідчить про суттєве послаблення парасимпатичних впливів на серце у хворих обох груп, яке було більш вираженим в пацієнтів із супутньою патологією щитоподібної залози. Значення хвиль низької частоти (LF) у хворих 1 групи було на 22,96% ( $p < 0,01$ ) меншим, а у пацієнтів 2 групи нижчим відповідно на 41,98% ( $p < 0,01$ ) порівняно із контрольною групою. За рахунок більш вираженого зниження показника HF, у хворих 1 та 2 груп спостерігались явища гіперсимпатикотонії із достовірним зростанням симпто–вагусного індексу (LF/HF) відповідно на 32,48% ( $p < 0,05$ ) та 45,86% ( $p < 0,05$ ) порівняно із даними контролю.

Висновок: Особливістю змін варіабельності ритму серця у хворих на стенокардію навантаження II–III функціонального класу та субклінічний гіпотиреоз є зниження вегетативної регуляції серцевої діяльності та гіперсимпатикотонія, що підтверджується достовірним зниженням загальної потужності спектру, хвиль низької та високої частоти, а також зростанням

симпато–вагусного індексу порівняно як з пацієнтами з еутиреозом, так і з контрольною групою.

**УДК 616–008:9–085:616.127–005.8:618.173**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК ХВОРИХ НА  
ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З МЕНОПАУЗАЛЬНИМ  
МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

*ШВЕД М. І., ПЕЛЬО М. Я.*

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

Ішемічна хвороба серця (ІХС), в тому числі її гостра форма — інфаркт міокарда (ІМ), залишається однією з провідних причин інвалідизації та смертності жінок клімактеричного віку. До часу настання менопаузи жінки перебувають під естроген–прогестероновим захистом від ІХС, а ІМ виникає у них в середньому на 10 років пізніше, ніж у чоловіків.

Гіпоестрогенія порушує функцію судинного ендотелію та баланс між вазоактивними речовинами, функціонування гладком'язових клітин судин, що призводить до підвищення периферичного судинного опору та затримки рідини в організмі, як наслідок, підвищується рівень артеріального тиску. Дефіцит статевих гормонів пришвидшує окислення ліпідів в атеросклерозованій стінці судин, перешкоджаючи проникненню оксиду азоту в клітини гладеньких м'язів. Описані порушення мікроциркуляції приводять до функціональних та структурних змін у всіх внутрішніх органах, в тому числі в серцево–судинній системі. Клінічними проявами вказаних змін є розвиток клімактеричної кардіоміопатії та ІХС. При цьому зауважимо, що хворі на ІМ — жінки менопаузального віку мають суттєві відмінності в клінічній картині захворювання, у них спостерігаються певні особливості діагностики та перебігу ІМ, що ускладнюється наявністю супутніх факторів серцево–судинного ризику: артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, абдомінальним типом ожиріння, дисліпідемією тощо. Такий комплекс факторів ризику виділяють у так званий «менопаузальний метаболічний синдром» (ММС), в основі якого лежить дефіцит естрогенів.

Мета дослідження. Оцінка ефективності застосування L–аргініну та L–карнітину (Тіворель®, «Юрія–Фарм», Україна) у жінок з гострим ІМ, який розвинувся на фоні менопаузального метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. Обстежено 46 жінок хворих на ІМ із діагностованим ММС, які не отримували замісної гормональної терапії. Вік обстежених становив від 49 до 58 років (середній вік — 53,8±3,0 років).

Всім пацієнткам було проведено клініко–анамнестичне обстеження, антропометрію (вага, зріст, окружність талії, окружність стегон, індекс окружність талії/окружність стегон), розрахунок індексу маси тіла, лабораторні дослідження (рівні креатинфосфокінази–МВ, тропоніну–Т), електрокардіографію, трансторакальну ехокардіоскопію. Для оцінки достовірності змін досліджуваних показників використовували непараметричні методи статистики: Манна–Уїтні U–тест, ( $p < 0,05$ ).

В залежності від використаної програми лікування всіх обстежених жінок розділили на 2 групи. Основну групу склали 28 хворих, що отримували стандартне лікування ІМ (прямі або непрямі антикоагулянти, антиагреганти, бета–адреноблокатори, інгібітори АПФ або БРА II, нітрати, статини) із включенням внутрішньовенної інфузії комбінованого препарату «Тіворель» (1 мл розчину містить 42 мг аргініну гідрохлориду та 20 мг левокарнітину) по 100 мл один раз на добу впродовж 10 днів. До контрольної групи увійшло 18 пацієнок з гострим ІМ в поєднанні з ММС, які отримували лише стандартне лікування.

Результати та їх обговорення. У вихідному стані клінічні та лабораторні показники у жінок обох груп суттєво не відрізнялись.

У жінок хворих на ІМ в поєднанні з ММС, які отримували лише стандартне лікування спостерігалось зниження рівня систолічного артеріального тиску (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) — на 1,5 та 6,3% відповідно. Одночасно у цій групі виявили зниження загального холестерину сироватки (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та рівнів глюкози на 15,7, 19,5 та 9,9% відповідно.

У жінок, в комплексне лікування яких включено препарат «Тіворель» спостерігалось більш істотне зниження рівнів САТ та ДАТ — на 7,6 та 9,2% відповідно. Одночасно у жінок дослідної групи суттєво знижувались рівні ЗХ, ЛПНЩ та глюкози — на 28,2, 20,3 та 14,8% відповідно.

При порівнянні лабораторних показників дослідної та контрольної групи виявлено достовірну різницю щодо показників ліпідограми: ЗХ ( $p=0,03$ ) та ЛПНЩ ( $p=0,04$ ), що свідчить про антиатерогенний ефект L–аргініну.

Слід зазначити, що на фоні комплексного лікування із включенням препарату «Тіворель» у жінок рідше виникали рецидиви ангінозного синдрому, порушення ритму, менш вираженими також були прояви некротично–резорбтивного синдрому, ніж у групі контролю. Враховуючи наявність у складі препарату «Тіворель» L–аргініну та L–карнітину отриманий клінічний ефект можна пояснити відновленням ендотеліальної функції та покращенням енергетичного балансу в кардіоміоцитах. Одночасно у жінок дослідної групи спостерігалось суттєве зменшення

проявів клімактеричного синдрому: припливів, нічної пітливості, дратівливості, порушень сну та пам'яті, у порівнянні з контрольною групою.

Висновок. Комплексне лікування жінок хворих на гострий інфаркт міокарда із включенням препарату «Тіворель» до складу якого входять кардіопротекторні дози L-аргініну та L-карнітину дозволяє знизити частоту виникнення ускладнень інфаркту міокарда (в тому числі кількість аритмій), обмежити зону гібернації міокарда та зменшити клініко-лабораторні прояви менопаузального метаболічного синдрому, що в кінцевому результаті суттєво покращує якість життя таких пацієнток.

**УДК 616.12–009.72–036.37–06:616.132.2–089.844]–08–039.76**

**ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ  
ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ЯКІ  
ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАРНУ РЕПЕРFUЗІЮ**

*ШВЕД М. І., ЛЕВИЦЬКА Л. В., ЦУГЛЕВИЧ Л. В., ЗЕМЛЯК О. С.*

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

Мета роботи — підвищення ефективності кардіореабілітації хворих на ГКС, які перенесли ЧКВ, шляхом включення в комплексну терапію кардіоцитопротектора з ендотеліймодифікуючими властивостями — тиворелю.

Матеріал і методи. Обстежено 32 хворих, які перенесли коронарну ревазуляризацію з приводу ГКС, проходили II етап реабілітації, отримали рекомендації щодо модифікації способу життя та об'єму фізичної активності. В контрольній групі (20 пацієнтів) медикаментозну підтримку проводили згідно стандартного протоколу, а в дослідній групі (32 хворих) — додатково включали тиворель («Юрія-фарм») — по 100 мл (розчин містить 4,2 г аргініну та 2 г карні- тину) один раз/добу протягом 10 днів. Усім хворим до та після реабілітації проводили аналіз клінічних та лабораторно-інструментальних (АТ, ЧСС, СН, ДН, ЕКГ, ЕхоКГ, глікемії, ліпідограми, коагулограми, креатиніну, АлАТ, АсАТ в плазмі крові), а також обліковували об'єм фізичної активності, добової ходьби (ДХ) і 6-хвилинного тесту (ТШХ) згідно розробленого нами щоденника програми реабілітації хворого на ГКС (Швед М. І., Левицька Л. В., 2017).

Результати та їх обговорення. По закінченні періоду спостереження хворі контрольної групи досягли 5 ступеня рухової активності і виконання комплексу ЛФК №6 на 85%. Середнє значення ТШХ в цій групі склало 234,6±15,4 м, ДХ — 3342,7±214,3 кроків. Пацієнти дослідної групи, які додатково отримували тиворель досягли вищого ступеня рухової активності

(7 ступінь), освоїли достовірно більшу дистанцію ТШХ —  $489,3 \pm 41,8$  м, ДХ —  $5688,6 \pm 263,4$  кроків. Одночасно у хворих дослідної групи досягнуто цільових рівнів АТ та ЧСС (в контролі відповідно — у 75,0% та у 78,0%), а також відмічено позитивні структурно–геометричні зміни параметрів серця, що проявилось зменшенням КДРлш на 7,4%, КСРлш — на 11,8%, КДОлш — на 8,8% та КСОлш — на 15,6% ( $p \leq 0,05$ ) і свідчать про зменшення ступеня дилатації порожнин серця та покращення глобальної скоротливості міокарда (ФВ зросла на 6,9%,  $p \leq 0,05$ ). У пацієнтів цієї групи також мало місце достовірне зменшення порожнин лівого передсердя на 12,8% та правого шлуночка — на 9,8% ( $p \leq 0,05$ ). В цілому, у пацієнтів дослідної групи через 1,5 місяців кардіореабілітації на фоні комплексної медикаментозної терапії з включенням тиворелю відмічено збільшення ФВ на 13,6% у порівнянні з контрольною групою хворих ( $p \leq 0,05$ ). Відмітимо також, що у пацієнтів дослідної групи впродовж терміну спостереження в жодному випадку не зафіксовано розвитку порушень провідності та аритмій високих градацій. В контролі така симптоматика зафіксована у 4(20,0%) пацієнтів.

Таким чином, отримані результати свідчать, що включення тиворелю в комплексне лікування хворих на ГКС, яким проведено коронарну ангіопластику зі стентуванням коронарної артерії, сприяє більш швидкому (протягом перших 1,5 місяців лікування) і більш повному відновленню об'ємних та лінійних параметрів порожнин серця, покращенню його систолічної та частково діастолічної функції. Досягнутий кардіогемодинамічний ефект супроводжувався достовірним покращенням толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів даної групи, що й забезпечувало адекватність і безпечність рухової активності та підвищення ефективності кардіореабілітації в цілому.

Отриманий клінічний ефект від запропонованої програми кардіореабілітації стентованих хворих на ГКС, яким додатково призначали ендотеліймодифікуючу та кардіоцитопротекторну підтримку можна пояснити тим, що комплексний препарат тиворель, збільшуючи концентрацію L–карнітину в кардіоміоцитах, покращує транспорт довголанцюгових ЖК в мітохондрії завдяки чому утворюється суттєво більша кількість ергомісних молекул АТФ і покращується енергетичне забезпечення скоротливої функції кардіоміоцитів. Одночасно, зменшення концентрації ненасичених жирних кислот в цитозолі кардіоміоцита запобігає накопиченню проміжних продуктів обміну (ацилкарнітину й коензимуА) і їх патологічного впливу — аритмогенного та токсичного ефектів. Крім того, наявність достатньо високого вмісту в препараті L–аргініну — донатора оксиду азоту(О), забезпечує швидке відновлення

функціонального стану ендотелію судин і покращує мікроциркуляторні процеси в організмі хворого.

Висновки. 1. Для попередження ремоделювання серця та профілактики життєво небезпечних аритмій і розвитку систолічної та діастолічної дисфункції міокарда у хворих на ГКС, яким проведено коронарну ангіопластику та стентування артерії, в комплексне лікування доцільно додатково включати курс терапії тиворелем.

2. Проведення комплексної програми фізичної кардіореабілітації з її медикаментозною підтримкою та веденням щоденника реабілітації хворими, які перенесли коронарну реваскуляризацію з приводу ГКС, суттєво підвищує толерантність до фізичних навантажень і забезпечує адекватність та безпечність рухової активності пацієнта.

Перспектива подальших досліджень. Уточнення патогенетичних механізмів та ефективності впливу медикаментозних та немедикаментозних факторів, в тому числі препаратів з ендотеліймодифікуючими та кардіоцитопротекторними властивостями, на динаміку структурно-геометричних параметрів серця у хворих на ГКС, що перенесли коронарну ангіопластику зі стентуванням вінцевої артерії, має перспективу щодо попередження у цих пацієнтів розвитку життєво небезпечних та інвалідизуючих ускладнень інфаркту міокарда (аритмій та серцевої недостатності).

**УДК 616.12–005.8–053**

## **СПІВВІДНОШЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІНФАРКТА МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ПАЦІЄНТІВ**

*ШВЕД М. І., ПИЖИЦЬКА К. Б., ВОДВУД В. К., САДЛІЙ Л. В.,  
ПІГОВСЬКА Ю. А.*

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Метою нашого дослідження було проведення аналізу відомих факторів ризику (ФР) у хворих з інфарктом міокарда (ІМ) та виявити найбільш значне їх поєднання в різні вікові періоди.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз ФР у 80 пацієнтів з ІМ. В залежності від віку всі хворі були розділені на чотири вікові групи: I групу склали хворі до 45 років (n=15, середній вік (СВ) — 42,0±1,26 роки), II групу — хворі від 45 до 59 років (n=20, СВ — 56,8±1,22 роки), III групу – хворі 60 до 74 років (n=21, СВ — 67,2±1,19 років), IV групу — хворі понад 75 років (n=24, СВ –78,1±1,66 років). У 20 (25%) хворих діагностували ІМ без зубця Q, у 60 (75%) — ІМ із зубцем Q. Серед обстежених пацієнтів у 56

(70%) був первинний ІМ і у 24 (30%) — повторний ІМ. Частіше зустрічався ІМ передньої стінки — у 48 (60%) хворих, нижньої стінки — у 24 (30%) і базально-бокової стінки — у 8 (10%) хворих.

Результати та їх обговорення. За частотою діагностики ФР розподілилися в наступному порядку: артеріальна гіпертензія (АГ,  $n=60$ ; 73%), гіперхолестеринемія (ГХС,  $n=52$ ; 65%), куріння ( $n=31$ ; 39%), ожиріння ( $n=20$ ; 25%), зловживання алкоголем ( $n=13$ ; 16%), фізичні навантаження ( $n=9$ ; 11%), цукровий діабет 2 типу (ЦД-2,  $n=7$ ; 9%), гіподинамія ( $n=3$ ; 4%), спадковість ( $n=2$ ; 3%), психоемоційний стрес ( $n=2$ ; 3%). Встановлений взаємозв'язок вікового фактора з ФР розвитку ІМ помірної та слабкої ступені: курінням ( $r = -0,40$ ,  $p=0,0005$ ), АГ ( $r = +0,28$ ,  $p=0,0005$ ), ГХС ( $r = -0,18$ ,  $p=0,001$ ), ЦД-2 ( $r = +0,16$ ,  $p=0,004$ ), ожирінням ( $r = -0,15$ ,  $p=0,008$ ). Також встановлено слабкий зв'язок віку із спадковістю ( $r = -0,14$ ,  $p=0,011$ ), стресом ( $r = -0,12$ ,  $p=0,035$ ). Аналіз частоти зустрічі ФР в кожній віковій групі виявив деякі особливості: так, частота АГ в групі хворих понад 75 років (89%) була вищою в порівнянні з групами хворих до 45 років (59%), 45–59 років (61%) і 60–75 років (73%). Частота зустрічі ожиріння як ФР зменшувалась по мірі збільшення віку хворих з 25% в групі до 45 років до 9% в групі 70 років і старше. Відмічено, що ЦД 2 типу рідше зустрічався в групі до 45 років (2%), тоді як в групі понад 75 років становив 13%.

Такий ФР, як куріння, статистично значно частіше зустрічався серед хворих в групах до 45 років (61%), 45–59 років (63%), 60–75 років (31%) у порівнянні з групою понад 75 років (12%). Зменшення частоти куріння з віком цілком природне, так як з віком збільшується число виявленої патології, що в свою чергу заставляє частину населення відмовитися від даної шкідливої звички.

Зловживання алкоголем рідше зустрічалось у віковій групі понад 75 років (8%) у порівнянні з групами 45–59 років (23%) і 60–75 років (19%).

Встановлено, що частота зустрічі ГХС ( $> 5,0$  ммоль/л) з віком не збільшувалась, а навпаки, мала тенденцію до її зниження. В групі до 45 років ГХС була у 70% хворих, в групі 45–59 років — у 51%, в групі 60–75 років — у 47%, в групі понад 75 років — у 36% хворих. Така динаміка частково відображає прихильність хворих до лікування і ефективність корекції ГХС при наявності ішемічного анамнезу. Доказом цього являється зниження концентрації холестерину із збільшенням віку хворих: у осіб до 45 років —  $6,01 \pm 0,19$  ммоль/л, в групі 45–59 років —  $5,21 \pm 0,17$  ммоль/л, в групі 60–75 років —  $4,09 \pm 0,18$  ммоль/л і в групі понад 75 років —  $4,61 \pm 0,15$  ммоль/л.



Найчастіше обтяжений анамнез по серцево–судинних захворюваннях був у віковій групі до 45 років (12%) у порівнянні з групами 60–75 річних (2%), понад 75– річних (2%) відповідно.

Порівняння за частотою діагностики таких ФР, як гіподинамія, фізичне навантаження, стрес, не виявлено статистично значних розбіжностей між групами ( $p > 0,05$ ).

Оскільки відомо, що у людей часто виявляють декілька ФР одночасно, і як правило, більшість з них взаємопов'язані, був проведений мультифакторний аналіз. Результати аналізу показали, що серед хворих в групах до 45 років (56%,  $p=0,026$ ), 45–59 років (54%,  $p=0,023$ ) частіше зустрічались пацієнти, котрі мають 3 і більше фактори, у порівнянні з групою понад 75 років (37%). Розвитку ІМ у хворих до 45 років сприяли наступні ФР, котрі за частотою розмістились в наступному порядку: ГХС (74%), АГ (63%), куріння (61%), ожиріння (31%), зловживання алкоголем (17%). У хворих 45–59 років– АГ (65%), куріння (64%), ГХС (62%), ожиріння (29%), зловживання алкоголем (27%). У хворих 60–75 років — АГ (77%), ГХС (67%), куріння (34%), ожиріння (26%), зловживання алкоголем (23%). В групі хворих віком понад 75 років — АГ (93%), ГХС (41%), куріння (17%), ЦД–2 (16%), ожиріння (13%). Отримані дані дозволяють підкреслити велику роль такого фактора ризику, як гіперхолестеринемія, що може провокувати розвиток ішемічного і гіпоксичного станів і призводить до некрозу міокарда і модифікації процесів репарації.

Висновок. Фактори ризику, які зустрічались у дослідженнях у хворих на ІМ, по–різному співвідносяться в різні вікові періоди, що доводить їх різноплановий вклад і значущість в патогенезі захворювання. Гіперхолестеринемія найбільш поширений ФР у пацієнтів до 45 років, має тенденцію до зниження в міру збільшення віку, в той час як АГ, навпаки, з віком зустрічається частіше. Вплив ЦД 2 типу зростає з віком.

Перспектива подальших досліджень. Визначення найбільш характерних факторів ризику в певному віковому періоді дозволить розробити систему профілактики прогресування ІХС, ІМ та інших широкорозповсюджених захворювань серед населення різних вікових груп.

**УДК 616.12–009.72–036.11–06:616.36–008.6–085.31.036.8:547.972.3**  
**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІОФЛАВОНОЇДІВ У**  
**КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ**  
**КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОРУШЕННЯМИ**  
**ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАН ПЕЧІНКИ**

*ШВЕД М. І., ПРОКОПОВИЧ О. А., ГУРСЬКИЙ В. Т.*  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

На сучасному етапі надання невідкладної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом (ГКС) пріоритетними напрямками являються інвазивні (ЧКВ, ангіопластика) та неінвазивні (тромболісис) методи відкриття інфарктзалежної артерії. Проте, у частини хворих (пізні звернення (більше 6 годин), наявність коморбідності, протипоказань до проведення фібринолітичної терапії, ЧКВ, соціальні чинники), проводиться стандартна фармакотерапія інфаркту міокарда. В умовах гіпоксії надмірно активується перекисне окислення ліпідів, яке є альтернативним донатором активних форм кисню, проте в даних умовах зумовлює пошкоджуючий вплив на мембрани клітин, в тому числі і гепатоцити. Згідно наших попередніх досліджень, які співставимі з результатами міжнародних мультицентрових досліджень Pre-RELAX-AMI та ESCAPE (2014 р. ), порушення функціонального стану печінки (ФПП) при інфаркті міокарда проявляються розвитком цитолітичного, холестатичного синдромів і зниженням синтетичної функції печінки та асоціюються з ускладненим його перебігом.

Мета: вдосконалення існуючих лікувальних програм ГКС у хворих з порушеннями функціонального стану печінки шляхом включення до комплексної терапії цитопротекторного біофлавоноїдного препарату кверцетину.

Матеріали та методи. В дослідження включено 149 хворих на ГКС, яким в 1 добу госпіталізації проведено загальноклінічне обстеження, визначення біомаркерів некрозу міокарда, ліпідограму, коагулограму, ЕКГ, ЕхоКС, показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної системи (АОС) та стану імунної системи. Функціональний стан печінки оцінювали за результатами клінічного та біохімічного обстеження (рівню білірубіну, загального білка, холестерину, ліпідних фракцій, протромбіну, активності печінкових аланінової (АЛТ) і аспарагінової амінотрансферази (АСТ), гаммаглутамілтрансферази (ГГТ), лужної фосфатази (ЛФ), а також за даними ультразвукового дослідження печінки. Зазначені обстеження повторювали в динаміці на 14 і 28 добу. Лікування проводили згідно сучасних рекомендацій Європейської асоціації кардіологів (2010 р). Тромболітична терапія досліджуваним хворим не проводилась.

Для статистичного аналізу даних використовувався пакет прикладних програм STATISTICA (StatSoft, USA, v6. 0).

Результати та обговорення. Середній вік обстежуваних склав  $59,9 \pm 7,6$  років. У 107 хворих на гострий ІМ були діагностовані ФПП, 42 хворих без ФПП склали контрольну групу. У хворих на ІМ з ФПП у 2 рази частіше спостерігали ускладнений перебіг ІМ (39,3% і 19% відповідно) порівняно з контрольною групою (без ФПП). Одночасно у пацієнтів як основної, так і контрольної групи спостерігалось порушення систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка. При цьому відзначено достовірно більш значне зниження скорочувальної функції міокарда (ФВ —  $42,12 \pm 1,13\%$ ) і більш виражені процеси ремоделювання лівого шлуночка в гострому періоді інфаркту міокарда у пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною (ФВ —  $48,23 \pm 1,16\%$ ). При включенні в комплексне лікування кверцетину відзначено більш швидко нормалізацію показників систолічної та діастолічної функцій серця, які достовірно поліпшувалися протягом 28 днів лікування як в основній, так і в контрольній групі. Одночасно, в групі хворих, які отримували комбіновану терапію з включенням кверцетину вже на 14 добу досягнуто нормалізації основних проявів цитолітичного і холестатичного синдромів, в той час, як у хворих, які отримували стандартне лікування, гепатопротекторного ефекту не досягнуто. У досліджуваних основної групи, також істотно знижувався рівень малонового діальдегіду до  $4,43 \pm 1,23$  мг / мл в порівнянні з хворими, які отримували стандартну терапію

#### Висновки

1. У хворих на ІМ з порушеннями функціонального стану печінки основний патологічний процес протікає зі значними порушеннями систолічної і діастолічної функції серця, більш частим розвитком ускладнень ІМ на тлі активації перекисного окислення ліпідів і вторинного імунодефіциту.

2. Включення в комплексну програму лікування хворих на ІМ біофлавоноїду кверцетину сприяє відновленню антиоксидантного захисту організму, що супроводжується покращенням скоротливої функції міокарда і зменшенням клініко-лабораторних проявів цитолітичного і холестатичного синдромів у цих хворих за рахунок антиоксидантної та мембраностабілізуючої властивостей препарату.

УДК 618.173:616–008.9–085:616.127–008.313

**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У  
ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ  
ПЕРЕДСЕРДЬ**

*ШВЕД М. І., СИДОРЕНКО О. Л., КОВБАСА Н. М.*

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

Вступ. Серцево–судинна система одна з перших зазнає ураження в період клімактеричних змін жіночого організму. Тому менопауза розглядається як незалежний та специфічний фактор серцево–судинного ризику в даній категорії пацієнтів (Катеренчук І. П., 2010). Зміни гормонального фону жінки в цей період життя призводять до метаболічних порушень: дисліпідемії, коагулопатії та гіперкоагуляції, гіперінсулінемії, гіперурикемії, гіпергомоцистеїнемії, гіперкальціемії та артеріальної гіпертензії. Наслідком вище описаних порушень є формування гіперкінетичного типу кровообігу, ішемічних змін міокарда та метаболічних порушень в серцевому м'язі, які є субстратом для розвитку аритмій, зокрема фібриляції передсердь ФП (J. W. Magnanietal, 2012). Встановлено, що прийом L–аргініну сприяє відновленню ендотеліальної функції судин, підвищує ефективність утилізації кисню міокардом в умовах гіпоксії (Сичов О. С., 2015).

Тому метою роботи було вивчити клінічну ефективність курсової терапії L–аргініну в складі комплексного лікування після відновлення синусового ритму в жінок клімактеричного віку з пароксизмом фібриляції передсердь.

Матеріали та методи. За період 2017 року було обстежено 40 жінок з пароксизмом ФП тривалістю понад дві доби, але менше одного місяця, що знаходились на лікуванні у палаті інтенсивної терапії кардіологічного відділення Тернопільської університетської лікарні. Вік пацієнток становив від 45 до 58 років, в середньому  $51,7 \pm 4,2$  років. Критеріями виключення з дослідження були: гострий коронарний синдром, серцева недостатність II Б–IV ступеня, онкопатологія, ХХН, ХОЗЛ, захворювання щитоподібної залози, гострі запальні процеси, постменопауза більше 5–ти років, хірургічна менопауза, вік понад 65 років.

Всіх хворих було розподілено на 2 групи: пацієнткам 1–ої групи (n=20) проводилась медикаментозна кардіоверсія (МК) аміодароном з пропafenоном та додатково призначено розчин L–аргініну (Тівортін аспарат ®, «Юрія–Фарм», Україна) по 100 мл внутрішньовенно один раз на добу протягом 5–ти днів. Жінкам 2–ї групи (n=20) проводилась лише МК: аміодарон 5 мг/кг (не більше 450 мг одноразово) внутрішньовенно та 600

мгерос на добу протягом 3 днів, даліше перос 600 мг на добу протягом 7–ми днів та пропафенон 600 мг на добу перос протягом першої доби. Пацієнтам, у яких відновлення синусового ритму не вдавалось досягнути за допомогою МК, було проведено електроімпульсну терапію.

Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою пакету статистичних програм «Statistica 10. 0» та програми “Microsoft Exel–2013”. Для оцінки даних використовували непараметричні методи статистики — Манна–Уїтні U–тест для порівняння показників у двох групах ( $p < 0,05$ ).

Результати та їх обговорення. Синусовий ритм в досліджуваних пацієнтів вдалось відновити у 100% випадків: МК виконана у 55% жінок, електрична кардіоверсія — у 45%. Після відновлення синусового ритму на 3–тю добу хворим проводилось холтеровське моніторування ритму для оцінки електричної нестабільності міокарда. Встановлено, що використання L–аргініну в складі комплексної антиаритмічної терапії знижує частоту виникнення предикторів ФП: поодиноких ( $308 \pm 44$  раз/добу проти  $588 \pm 82$  раз/добу,  $p = 0,039$ ) та парних ( $20 \pm 2$  раз/добу проти  $41 \pm 3$  раз/добу,  $p = 0,032$ ) суправентрикулярних екстрасистол. Істотної різниці між дослідними групами за середньою частотою серцевих скорочень не констатовано, хоча і відзначена тенденція до зниження цього показника у пацієток із додатковим призначенням метаболічної терапії ( $72,2 \pm 2,3$ /хв, проти  $76,6 \pm 4,2$ /хв).

Протягом 3–х місяців спостереження в групі аміодарону та пропафенону (група 2) синусовий ритм утримувався в 11 (55%) пацієток, а у групі, в якій окрім антиаритмічної терапії було додатково проведено курс лікування L–аргініном (група 1) — у 19 (95%,  $p = 0,004$ ) жінок. У цих пацієток не реєстрували предикторів ФП та рецидивів аритмії.

Висновок. Додаткове призначення курсу L–аргініну до базової антиаритмічної терапії в жінок клімактеричного періоду з фібриляцією передсердь зменшує електричну нестабільність міокарда та попереджує рецидиви аритмії.

УДК616.233–002+616.33–02+616.24

**ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ І КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ  
ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ  
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

*ШЕВЧУК–БУДЗ У. І.*

Державний вищий навчальний заклад «Івано–Франківський національний медичний університет»

Резюме. Особливості поєднання і клінічного перебігу хронічного бронхіту і гастроєзофагеальної рефлексної хвороби.

Мета роботи. Вивчення особливостей поєднання та клінічного перебігу хронічного бронхіту та гастроєзофагеальної рефлексної хвороби у Івано–Франківській області.

Матеріали та методи дослідження це 57 історій хвороби з встановленим діагнозом хронічного бронхіту у фазі загострення із діагностованою супутньою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Результати. Позастраховідні прояви та симптоми ГЕРХ можуть маскувати основний перебіг ГЕРХ, що призводить до некоректного проведення діагностичного процесу і це зумовлює зниження терапевтичного ефекту. Згідно даних опитування хворих із ХБ та виявленою супутньою ГЕРХ нами виявлено 29 хворих у яких було відмічено відрижку кислим та печію на протязі доби.

Згідно результатів фіброгастроендоскопічного дообстеження шлунку та стравоходу виявлено 100% ураження слизової стравоходу та шлунку.

Висновки роботи висвітлюють проблему поєднання ХБ і ГЕРХ, що негативно виявляється клінічно і ускладнює процес виздоровлення пацієнтів. Ключові слова: хронічний бронхіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, позастраховідні прояви.

Вступ. В статті висвітлено проблему маскування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у пацієнтів із хронічним бронхітом (ХБ), що вивчалось за даними зарубіжних, вітчизняних досліджень та літературних джерел по пульмонології, гастроентерології, що співставлено з результатами власного дослідження, яке виконано на базі Івано–Франківського обласного фтизіопульмонологічного центру.

Встановлено, що спостерігається висока поширеність ГЕРХ у пацієнтів із ХБ у порівнянні з загальним числом хворих на ХБ. Проте, опублікованих матеріалів досліджень із приводу поєднання даних захворювань, які показують, що ГЕРХ може негативно впливати на нормальні параметри функціонування респіраторної системи через виникнення тяжких позастраховідних ускладнень є не багато. Тому вивчення перебігу ХБ у поєднанні з ГЕРХ є актуальним у сучасній науковій та практичній медицині.

На даний час хронічні захворювання досить часто поєднуються з вже наявною супутньою патологією, що призводить до погіршення перебігу кожного захворювання зокрема, та ускладнює діагностичний процес, який у подальшому впливає на ефективність лікування домінуючої патології. Тому поєднання даних двох патологій, а саме хронічного бронхіту та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), призводить до виникнення синдрому взаємного обтяження та хронічного запального процесу, що негативно впливає на перебіг захворювань і ускладнює як діагностичний, так терапевтичний процес.

За останні роки спостерігалась зміна думки науковців щодо перебігу ГЕРХ, оскільки це проявляється як захворювання організму в цілому, що спонукало виділити позастравохідні прояви та ускладнення ГЕРХ, що сприяло підвищенню уваги до даної проблеми.

Останнім часом у небагатьох дослідженнях було продемонстровано, що загострення ХБ у пацієнтів із наявною супутньою ГЕРХ виникають у два рази частіше, ніж у тих хто без симптомів рефлюкс–розладів [1]. Про проблему поєднаної патології свідчать численні наукові дослідження, метою яких є проаналізувати клініко– функціональні прояви хронічних захворювань легень та паралельного варіанту протікання ГЕРХ.

Основним патофізіологічним механізмом респіраторних розладів є так званий езофаго–бронхіальний рефлюкс, який відіграє важливу роль у безпосередній аспірації вмісту шлунку в бронхіальне дерево. Мікроаспірація вмістом шлунку в бронхіальне дерево призводить до потенційного патогенного механізму розвитку загострення хронічного бронхіту. В зарубіжних дослідженнях число випадків загострення ХБ було вищим у групі хворих із наявною супутньою ГЕРХ, ніж у групі без ГЕРХ. Зроблено висновки, що у пацієнтів із ХБ при наявності симптомів ГЕРХ відмічається збільшення числа випадків загострень ХБ, що в свою чергу підвищувало рівень частоти звернення пацієнтів у медичні заклади для відвідування позапланових спеціалізованих консультацій. Відмічено, що використання анти–рефлюксної терапії не має захисного ефекту стосовно розвитку загострення ХБ, що виокремлює важливість багатовекторної терапії у хворих на поєдану патологію органів дихання та шлункового тракту [2,3].

Завжди тяжко встановити причини і наслідки щодо нетипових проявів чи так званих «масок» ГЕРХ, оскільки кашель може провокувати рефлюкс, і навпаки, рефлюкс може викликати кашель[4].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей поєднання та клінічного перебігу хронічного бронхіту та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у Івано–Франківській області.

Матеріали та методи дослідження.

У нашому дослідженні було вивчено 57 історій хвороби, з них 15 жінок (віком від 19 до 65 років), 42 чоловіки (віком від 26 до 68 років), з встановленим діагнозом хронічного бронхіту у фазі загострення та діагностованою супутньою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Результати дослідження та їх обговорення.

У розвитку загострення хронічного бронхіту основним чинником є прогресуючий, хронічний запальний з інфекційним компонентом процес, що виникає як відповідь організму на постійну дію патогенетичних факторів, які потрапляють у респіраторний тракт. У патологічний процес залучаються термінальні бронхіоли та респіраторні відділи легень із розвитком перибронхіального та периваскулярного фіброзу, емфіземи, вторинного бронхообструктивного синдрому (БОС) та порушення легеневої вентиляції, що прогресує. Відбувається порушення прохідності бронхів за рахунок таких компонентів: спазму не посмугованих м'язів (у тому числі під впливом підвищеного тонуусу n. vagus або недостатньої  $\beta$ -адренорецепції стінки бронхів), запального набряку, мукоциліарної дисфункції, структурних змін.

У всіх 100% випадках діагноз хронічного бронхіту верифіковано та сформульовано на підставі Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я X, клінічних та фізикально-інструментальних ознак:

- продуктивний кашель не менше 3 місяців на рік протягом 2 і більше років,
- наявність у фазі загострення везикулярного дихання з сухими хрипами, анамнестично 2–3 загострення на рік протягом останніх 2 років,
- рентгенологічні ознаки потовщення стінок бронхів та явища пневмосклерозу.

Відомо, що позастравохідні прояви та симптоми ГЕРХ можуть маскувати основний перебіг ГЕРХ, що призводить до некоректного проведення діагностичного процесу і це зумовлює зниження терапевтичного ефекту. Тому при оцінці клінічної симптоматики потрібно вивчати фактори, які можуть впливати на загострення ХБ.

Згідно результатів опитування хворих із ХБ та виявленою супутньою ГЕРХ нами виявлено лише 16 (28%) хворих, які відмічали відрижку кислим, особливо після прийому їжі, та 13 (22,8%) у яких було відмічено печію на протязі доби.

Провідне місце в групі позастравохідних проявів ГЕРХ займає підгрупа легневих симптомів. Виділено два основні типи патогенетичного механізму розвитку ураження респіраторного тракту у поєднанні з ГЕРХ: вагусний або рефлєкторний і аспіраційний.



Наявність ХБ та супутньої патології GERX, має негативний вплив на перебіг основного захворювання, оскільки відбуваються часті епізоди загострення, тобто рецидив ХБ, з можливим розвитком БОС, що є так званим «патологічним колом», оскільки патогенним пусковим механізмом розвитку бронхоспазму є закид вмісту шлунку з проксимальних відділів стравоходу в трахеобронхіальне дерево, що активується за допомогою рефлекторної дуги, яка складається з аферентних та еферентних волокон, ядер блукаючого нерву, і в подальшому призводить до появи хронічного кашлю [5,6].

Таблиця 1

Перелік легневих скарг, які переважали у пацієнтів при зборі анамнезу.

Симптоми	Кількість випадків	%
малопродуктивний кашель	57	100
слизисто-гнійне мокротиння	45	78,9
задишка при підвищенні фізичного навантаження	47	82,4
дискомфорт у грудній клітці	55	96,4
субфебрилітет	31	54,4

Таблиця 2

Симптоми органів і систем організму, які враховуються при встановленні діагнозу GERX [10].

Стравохідні:	Печія, регургітація, відрижка (кислим, гірким або їжею) нудота, дисфагія або одиофагія, відчуття підвищеної кількості рідини в роті, епігастральні болі, порушення сну, що пов'язані з болем або печією
Бронхолегеневі:	хронічний кашель, рецидивуючі (аспіраційні) пневмонії, бронхіальна астма («неалергічна»)
Кардіальні:	епігастральні болі в лівій половині грудної клітини, порушення серцевого ритму
Ларингофарингеальні:	охриплість, ларингіт, фарингіт, риніти, біль, почервоніння в горлі
Стоматологічні:	карієс, ураження зубної емалі, дентальні ерозії

Найбільш частим симптомом у дорослих при GERX є хронічний кашель (Madison J. M. et al., 2010). GERX патофізіологічно стимулює стравохідно-бронхіальний кашльовий рефлекс, що призводить до виникнення кашлю. При такому стані можливе також виявлення скарг на печію вдень та відрижку, проте, існує варіант «німого» перебігу GERX, коли дані симптоми

не були зафіксовані пацієнтом (Chang A. B. et al., 2015). Хронічний малопродуктивний кашель потрібно розцінювати як симптом ГЕРХ, а не тільки як причину загострення ХБ. Тому з цього випливає доцільність запровадження проведення повноцінного діагностичного обстеження пацієнта з ХБ для виявлення чи заперечення супутнього захворювання, яке може ускладнювати перебіг основної патології.

В якості першого обов'язкового кроку у діагностиці ГЕРХ Американською гастроентерологічною асоціацією рекомендовано виконання ендоскопії верхніх відділів травного каналу. Ерозивні дефекти слизової оболонки дистального відділу стравоходу спостерігають у 40% хворих на ГЕРХ, у іншій частини пацієнтів патологія ендоскопічно не підтверджується [11,12]. Найчастішою формою ГЕРХ є неерозивна, 60% випадків ГЕРХ діагностують без ознак езофагіту [11].

У процесі нашого дослідження при зборі анамнезу усі 100% пацієнтів раніше не звертались до гастроентерологів та не були обстежені ендоскопічно. При ендоскопічному вивченні стану слизової шлунку та стравоходу нами виявлено, що запально-ерозивні зміни присутні у всіх 57 (100%) випадках, але вони не відповідають і не супроводжуються клінічними ознаками, що знову підтверджує замаскований перебіг ГЕРХ у вигляді загострення ХБ.

Згідно нормативних документів виділено думку, що при неускладнених варіантах перебігу ГЕРХ з катаральним езофагітом ефективність ерадикаційної терапії *Helicobacter pylori*, не доведена. Оскільки така тактика не усуває симптоми і не впливає на перебіг ГЕРХ. Тому відповідну ерадикаційну терапію слід застосовувати при довготривалому використанні кислотознижуючих препаратів, а також при розвитку ускладнень [10].

Висновки. Поглиблене вивчення особливостей поєднання і перебігу хронічного бронхіту з гастроєзофагельною рефлюксною хворобою з урахуванням патогенетичних механізмів є актуальним, оскільки велика кількість замаскованих позастравохідних симптомів утруднює своєчасну коректну діагностику захворювань на ранніх стадіях, призводить до розвитку ускладнень, тому знижує якість та ефективність лікування, що є негативним медико-соціальним фактором.

Перспектива подальших досліджень. Запровадження проведення поглибленої діагностики у хворих на хронічний бронхіт для виявлення супутньої гастроєзофагельної рефлюксної хвороби дозволить використовувати випереджувальну лікувальну тактику та впливати на зменшення частоти госпіталізації, фармакоекономічні витрати, покращить ефективність та дієвість лікування пацієнтів, а значить і якість їх життя.

Список літератури в редакції

**ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЦИСТИТУ У ЖІНОК З ЗАПАЛЬНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАЛОГО ТАЗУ**

*ЩЕРБИНА І. М., БОБРИЦЬКА В. В., БОНДАРЕНКО О. В.*

Харківський національний медичний університет

Вступ. Лікування хронічних запальних захворювань малого тазу залишається однією з актуальних проблем сучасної науки і практики. Провідним є питання терапії суміжних органів і систем, бо відомо, що запальні захворювання сечовивідних шляхів є постійним джерелом інфекції, та стають причиною загострення основного захворювання. Хронічні цистити зустрічаються у жінок з сальпінгофоритами з частотою до 20% випадків. Часто пацієнтки звертаються зі скаргами на імперативні позиви до сечовипускання, і в той же час при гінекологічному дослідженні виявлені ознаки запалення додатків матки. Тому пошук шляхів оптимізації лікування таких станів є актуальним і створює завдання для подальших клінічних досліджень.

Мета дослідження — оптимізація лікування хронічних запальних захворювань малого тазу та зменшення частоти рецидивів основного захворювання шляхом лікування та профілактики захворювань сечовивідних шляхів.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження були включені 40 жінок 24–32 років з хронічними запальними захворюваннями малого тазу, які пред'являли скарги на дізуричні розлади. Жінки розділені на дві групи по 20 осіб. Основна група — пацієнтки, які разом з комплексом загальної антибіотикотерапії, протизапальної терапії отримували фосфоміцин 3г протягом трьох діб, а також 3г один раз на тиждень протягом 4 тижнів. Групу порівняння склали 20 жінок, які отримували лише загальну антибіотикотерапію згідно з результатами бактеріологічного дослідження вагінальних виділень.

Всім жінкам було проведено бактеріологічне дослідження вагінальних виділень, сечі, дослідження на захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

Результати дослідження В результаті бактеріологічного обстеження у всіх жінок з груп нагляду була виділена умовно патогенна флора, переважно *E. coli*  $10^4$ – $10^5$ , *Enterococcus faecalis*  $10^3$ , *Klebsiella*  $10^4$  ступенів росту. Із збудників ЗПСШ виділені *Mycoplasma genitalis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Chlamidia trachomatis*, вірус простого герпесу II типу.

Пацієнтки, які в комплексі терапії отримували фосфоміцин, відзначали більш швидке тамування болю та зменшення дизуричних розладів, ніж жінки, які отримували тільки специфічну антибактеріальну терапію.

Пацієнтки групи порівняння в 45,0% випадків (9 осіб) мали рецидиви циститу через 1–2 місяці після проведеного курсу терапії.

Очевидно, позитивний ефект антибіотиків потенціював ефект фосфоміцина, як препарату, що зменшує адгезію мікроорганізмів до стінки сечового міхура, що в результаті демонструвало кращі результати терапії в основній групі та відсутність рецидивів.

Висновки За наявності циститів, дизуричних розладів у жінок з хронічним запаленням органів малого тазу в комплекс терапії доцільно додавати фосфоміцин по 3г одноразово з пролонгованим курсом до 3 днів, та повторювати прийом однієї дози протягом 4 тижнів, що сприяє стійкій ремісії захворювання.

Дослідження поєднання захворювань сечовивідної системи та хронічного запалення органів малого тазу має бути продовженим для розробки схем одночасного лікування обох патологій.

**УДК [618.173–005.1–02:616.89]–092–08**

**ПАТОФІЗІОЛОГІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК  
В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

*ЩЕРБИНА І. М., МЕРЦАЛОВА О. В., КУРІЧОВА Н. Ю.*

Харківський національний медичний університет

Перименопаузальні розлади є однією з актуальних проблем медико–біологічного, психосоціального та соціокультурного життя жінок, привертаючи до себе увагу лікарів різних спеціальностей. Збільшення середньої тривалості життя населення сприяло тому, що сучасні жінки більше третини життя знаходяться в періоді перименопаузи, тому великої уваги заслуговують питання якості життя жінок цього вікового періоду. Перш за все, це стосується діагностики, профілактики та корекції порушень, які проявляються психоемоційними і нейровегетативними симптомами клімактеричного синдрому (КС), а також пременопаузальні дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК).

Мета дослідження: вивчити патофізіологічні основи психосоматичних порушень у жінок з перименопаузальними розладами з оцінкою ролі психологічного, соціального, генетичного та інших факторів у розвитку цих порушень і розробити методи індивідуального прогнозування, профілактики та корекції з урахуванням виявлених психофізіологічних особливостей та психосоматичних порушень.

Використовувався системний підхід, який визначив вибір методів, що дозволяють розглядати проблему перименопаузальних розладів на різних рівнях: психологічному, соціальному, соматичному, в тому числі

ендокринному. У 216 жінок перименопаузального віку вивчали клінічні, клініко–психологічні, соціально–психологічні та медико–генетичні параметри в рамках біопсихосоціального підходу. Основну групу обстежених склали 106 жінок у віці від 42 до 54 років з проявами перименопаузальних розладів. Контрольну групу склали 37 жінок з нормальним перебігом перименопаузи. Жінки були розділені на 3 групи за віком: 42–45 років, 46–50 років та 50–54 років. Також обстежили 41 жінку у віці від 41 до 46 років з пременопаузальними ДМК і 32 жінки старшої вікової групи (56–62 років), які брали для лікування клімактеричного синдрому замісну гормональну терапію.

Методи лікування перименопаузальних розладів. У роботі проведена порівнювальна оцінка ефективності різних методів лікування перименопаузальних розладів:

- використання фітоестрогенних препаратів з різними діючими компонентами в терапії КС і пременопаузальних ДМК;
- електростимуляція шийки матки (ЕСШМ) в лікуванні пременопаузальних ДМК;
- замісної гормональної терапії в лікуванні КС.

Використання фітоестрогенних препаратів, які містять в своєму складі ізофлавоноїди з групи біофлавоноїдів (речовини рослинного походження або їх синтетичні аналоги, проявляють ефекти, аналогічні дії естрогенів жіночого організму, в умовах нестачі вироблення власних естрогенів).

Комплексні гомеопатичні препарати мають в своєму складі гомеопатичні компоненти: сангвінарія, цимицифуга, аристолохія, сепія, лохезіс. На тлі прийому препарату покращується обмін в діенцефальних структурах мозку і нормалізується функція гіпоталамо–гіпофізарно–яєчникової системи. Замісна гормональна терапія — для корекції проявів КС застосовували препарати замісної гормональної терапії. Курс терапії становив від 1 до 6 місяців. Електростимуляція шийки матки (ЕСШМ) — жінкам проводилося по 5–6 процедур щодня і їх тривалість становила по 10 хвилин.

Висновки. Отримані дані можуть ефективно використовуватися лікарями різних спеціальностей (акушерами–гінекологами, терапевтами, герантологами, психіатрами, неврологами, психотерапевтами), медичними психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями, які в своїй повсякденній діяльності постійно стикаються з даною категорією жінок. У повсякденній діяльності доцільно проводити соціально–психологічні тренінги професійного спілкування лікарів різних спеціальностей.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНСУЛЬТОМ**

*ЮХИМЧУК Х. В., СТОЯН С. Б., ШЕРШУН О. І.*

Тернопільська обласна комунальна клінічна психо–неврологічна лікарня,  
інсультне відділення

Щороку у світі виникає 16 млн. інсультів, третина з яких у країнах із середнім або низьким рівнями прибутку. Медико–соціальна значимість даного захворювання зумовлена не лише його частотою, але і високою інвалідизацією та смертністю хворих, третина з яких є людьми працездатного віку. 10% хворих помирає внаслідок перенесеного інсульту, а пацієнти, які залишилися живими після нього, стають інвалідами і 30% потребують сторонньої допомоги.

Щороку в Україні має місце понад 111 тисяч нових випадків інсульту. Якщо у Європі цей показник складає 200 випадків на сто тисяч населення, то в Україні цей він вищий на третину і дорівнює 297 на сто тисяч населення. У 2017 році в Україні було 111 615 нових випадків інсульту, понад 41 тисяча закінчилася летально.

Інсульт — гостре порушення мозкового кровообігу, яке розвивається внаслідок ішемії або крововиливу, спричиняє ушкодження тканин мозку і розлади його функцій. До факторів ризику даного захворювання належить артеріальна гіпертензія, атеросклероз, аневризми судин мозку, васкуліти, захворювання серця, цукровий діабет, тощо. Розвитку інсульту сприяє порушення кровообігу, коагуляційних властивостей крові, зміни реактивності судин, спазм, дистонія судин, коливання артеріального тиску, психотравми, фізичне навантаження, безконтрольне застосування лікарських засобів (антикоагулянтів, стероїдних препаратів, тощо).

Особи, котрі перенесли інсульт, знаходяться в групі ризику щодо повторних інцидентів. Запорукою благо приємного прогнозу для даних пацієнтів є дотримання не лише призначеного лікарем курсу медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних процедур але і зміна способу життя (дотримання дієти, здійснення регулярних прогулянок, відмова від шкідливих звичок, тощо).

Основними принципами реабілітаційного процесу є індивідуальний підхід (реабілітаційна програма для кожного пацієнта будується з урахуванням діагнозу (ішемічний, геморагічний інсульт), обширності вогнища ураження, давності захворювання, віку, супутніх захворювань, характерологічних особливостей пацієнта, систематичність і тривалість відновлювальних заходів.

Основним засобами фізичної реабілітації в постінсультному періоді є пози, пасивні й активні фізичні вправи, дихальна гімнастика, масаж, гідрокінезітерапія, імпульсні струми.

Дотримання лікувальних рекомендацій і послідовних реабілітаційних процедур сприятимуть благоприємному прогнозу у хворих, що перенесли інсульт.

**УДК 618.2:7–005.1–085.032–616–05**

## **ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНО–ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ДОПОЛОГОВИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ**

*ЯРЕМЧУК Т. П., ПАСНОК В. О., МАРЧЕНКО Н. Є., ФЕДОРІВ Г. Ю.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;  
Львівська обласна клінічна лікарня

Акушерські кровотечі є однією з причин материнської смертності та втрати органів репродуктивної функції. Тому впровадження сучасних методів зупинки акушерських кровотеч має велике практичне значення. Метою роботи було поліпшення якості надання медичної допомоги при допологових кровотечах шляхом впровадження інноваційних методів лікування та удосконалення інфузійно–трансфузійної терапії.

Матеріалом дослідження були клінічні показники історій пологів 39 випадків допологових акушерських кровотеч, з приводу яких надавалася акушерська та анестезіологічна допомога у відділенні патології вагітності ЛОКЛ в І півріччі 2016 року. Частота екстрагенітальної патології у цих жінок складала  $89,74 \pm 4,92\%$  випадків. Відділення приймало жінок з передчасними пологами з м. Львова та Львівської області та вагітних з антенатальною загибеллю плода (АЗП). Методами дослідження були клінічні, лабораторні, ультразвукові, інструментальні методи дослідження та методи медичної статистики.

Результати досліджень. Частота допологових кровотеч становила  $4,38 \pm 0,69\%$  розроджень. Кровотечі розвинулися на тлі передчасного відшарування нормально або низько розташованої плаценти (ПВП) в  $82,05 \pm 6,23\%$  випадків, з приводу передлежання плаценти (ПП) — в  $17,95 \pm 6,23\%$  випадків. У  $21,88 \pm 7,42\%$  жінок допологова кровотеча до поступлення в акушерське відділення спричинила АЗП (в  $85,77 \pm 14,29\%$  випадків при ПВП). В  $2,56 \pm 2,56\%$  хворих розвинулася матка Кувелера, з приводу якої проведена гістероектомія. Допологова маткова кровотеча об'ємом до  $0,8\%$  від маси тіла до розродження була — в  $51,28 \pm 8,11\%$  випадків,  $0,8–1\%$  — у  $2,56 \pm 2,56\%$  жінок, 1 — до  $1,5\%$  — в  $25,64 \pm 7,08\%$  випадків,  $1,5–2\%$  — у  $15,38 \pm 5,8\%$  жінок,  $2–2,5\%$  від маси тіла — у

5,13±3,58% хворих. У всіх хворих з АЗП допологова крововтрата становила від 1,5% від маси тіла. В 2,56±2,56% випадків розвинувся ДВЗ–синдром.

Невідкладна медична допомога хворим розпочиналася з моменту поступлення вагітної у відділення та проводилася у відповідності з діючими Наказами МОЗ України. Вагітні негайно транспортувалися в операційну, катетеризувалися 2 периферичні вени та вводився катетер в сечовий міхур. Інфузійна терапія проведена у 82,05±6,23% жінок, інфузійно–трансфузійна терапія — у 20,61±6,55% жінок. У всіх клінічних випадках розродження проведено операцією ургентного кесарева розтину I ступеня ургентності. Під час кесарева розтину після народження дитини довенно вводився пабал. Інфузійна терапія проводилася довенним вливанням кристалолідів — стерофундину iso до 1500 мл, колоїдних розчинів — волювену в дозі 15 мл/кг/добу до 1000 мл або гелофузину. При крововтраті, яка перевищувала 1% від маси тіла, обов'язково вводився гемотран дозою 10 мг/кг ваги. При крововтраті більше 1,5% від маси тіла проводилося вливання свіжезамороженої однокрупної плазми від 600 мл до 1000 мл, вливання свіжезамороженої плазми та еритромаси (у 20,61±6,55% хворих). В 12,82±5,42% випадків був введений октаплекс в дозі 1500 ОД. Своєчасне розродження, хірургічний гемостаз та раціональна інфузійно–трансфузійна терапія дозволили зупинити допологову акушерську кровотечу без гістероектомії в 97,44±2,56% випадків.

**Висновки** Під час кесарева розтину з приводу допологових кровотеч обов'язковим є довенне введення пабалу та застосування гемотрану. Інфузійна терапія стерофундином iso, волювеном, гелофузином та застосування препарату октаплекс мають позитивний вплив на гемодинаміку та гемостаз, дозволяють зупинити допологову акушерську кровотечу без гістероектомії. Перспективами досліджень є визначення гемостазіологічних особливостей організму породіль при застосуванні октаплексу.

**УДК 616.248+618.17–008.8**

## **БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ФОКУСИ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОЇ МАГНІФІКАЦІЇ**

*ЯЦИШИН Р. І., ГЕРИЧ П. Р., ДОСКАЛЮК Б. В.*

*ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»*

Вступ. Особливістю жіночого організму є наявність комплексу циклічних функціональних змін, які регулюються складним нейрогуморальним механізмом. Хоч на перший погляд ця циклічність



стосується лише репродуктивної системи, проте до цього процесу залучений організм жінки цілому.

Метою даної роботи було визначення залежності між фазами оваріально–менструального циклу (ОМЦ) та загостренням бронхіальної астми (БА).

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 30 жінок віком від 23 до 40 років з БА в яких немає розладів ОМЦ. Їм було запропоновано впродовж 8 тижнів вести щоденник із зазначенням появи загострень БА, погіршення самопочуття (згідно візуальної аналогової шкали симптомів БА) та показників ПОШ видиху за результатами пікфлоуметрії.

Результати. Впродовж дослідження у жодної з жінок не виникло виражене загострення хвороби та лише 12 жінок (40%) відмітили наростання симптомів БА в передменструальному періоді, проте у 28 (93,3%) спостерігалось зниження показника ПОШ видиху  $> 20\%$ . Значні розбіжності ( $p < 0,05$ ) спостерігались також у клінічній симптоматиці та показниках ПОШ видиху на 13 (найвища концентрація естрогену) та 26 (найнижча концентрація естрогену) дні циклу.

Висновки. Перебіг БА залежить від фази оваріально–менструального циклу та характеризується зростанням імовірності розвитку загострення у передменструальному періоді. Дане спостереження можна пояснити наявністю відносної гіперестроген– та гіпопрогестеронемії у даний період, що може привести до спазму гладкої мускулатури бронхіального дерева.

УДК. 616.127–005.8–036.11–053–055.1/.3(043)3

**ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ  
КРІЗЬ ПРИЗМУ НОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСЬКОГО  
КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА 2017**

*ШВЕД М. І., ЛИПОВЕЦЬКА С. Й.*

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

Серцево–судинні захворювання продовжують займати провідне місце серед причин смертності у жінок. Незважаючи на високу ймовірність розвитку гострого коронарного синдрому (ГКС) у них, цей стан часто залишається до кінця не діагностований і не лікований. Є кілька причин на це, зокрема недостатнє усвідомлення цієї проблеми самими жінками, наявність атипичних симптомів, зволікання в часі із правильним діагнозом та рідше застосування інвазивних методів лікування. У нових рекомендаціях Європейського кардіологічного товариства по веденню пацієнтів із ГКС з елевацією сегменту ST за 2017 р. наголошено на спільних принципах діагностики і ведення для обох статей незалежно від наявності певних гендерних розбіжностей [1].

**Гендерні відмінності у профілю ризику**

Як правило, ГКС у жінок розвивається у більш старшому віці, враховуючи наявність певних гормональних особливостей. Проте з віком зростає частка інших факторів ризику, зокрема цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, захворювання периферичних і цереброваскулярних судин. У жінок [2]. ІХС часто маніфестує без значного коронарного стенозу, що підтверджується коронарографією. Саме у них більше виявляються мікросудинні ураження та дещо інша морфологія атеросклеротичних бляшок з переважанням ендотеліальних ерозій із розвитком спонтанного розшарування стінки коронарної артерії [3].

**Гендерні відмінності при клінічній верифікації діагнозу ГКС**

Для жінок характерні атипичні симптоми, включаючи біль у спині, шії, розлади травлення, задишка тощо, що часто веде до зволікання із постановкою правильного діагнозу і вибору правильної тактики лікування. При аналізі рівнів смертності, зокрема при ГКС без елевації сегменту ST чи нестабільній стенокардії, у жінок вона вища. Переваги у ранній та вчасній реваскуляризації доведена для обох статей, що відповідним чином відображено у рекомендаціях із встановленням чітких часових рамок [1].

**Рекомендації щодо вчасної тактики ведення пацієнтів із ГКС і елевацією сегменту ST**

Дія	Час
Максимальний час від першого контакту з пацієнтом і ЕКГ до постановки діагнозу	≤ 10 хв
Максимальний час затримки від постановки діагнозу ГКС з елевацією ST до первинного ПКВ (ПКВ має переваги над фібринолізом, проте якщо неможливо дотриматись цього часу перевагу має фібриноліз)	≤ 120 хв
Максимальний час від діагнозу до постановки стенту в первинному центрі для проведення ПКВ	≤ 60 хв
Максимальний час від діагнозу до постановки стенту у транспортованих пацієнтів	≤ 90 хв
Максимальний час затримки від діагнозу до болюсу або інфузії фібринолітика у центрах без можливості ПКВ	≤ 10 хв
Час від початку фібринолізу до оцінки його ефективності	60–90 хв
Час затримки від фібринолізу до ангіографії (якщо фібриноліз успішний)	2–24 год

**Інфаркт міокарда без обструкції коронарних артерій**

У 1–14% випадках ІМ виникає при відсутності обструкції коронарної артерії більше 50%. Серед жінок така форма ІМ зустрічається часто. Наявність необструктивної ІХС у пацієнтів із симптомами ішемії та ST елевації чи її еквівалентів не виключає атеротромботичної етіології, так як тромбоз сам по собі є динамічним феноменом.

**Діагностичні критерії ІМ без обструкції коронарних артерій (MINOCA – Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries)**

1. Наявність критеріїв ІМ відповідно до універсального визначення
2. Відсутність обструкції більше 50% у будь-якій потенційно інфаркт залежній коронарній артерії
3. Відсутність інших причин для гострої клінічної маніфестації.

Цей діагноз є робочим і вимагає адекватного діагностичного пошуку від лікарів. Відсутність правильного діагнозу часто призводить до зволікання чи неправильного лікування [1].



Таблиця 2

**Діагностичний пошук при ІМ без обструкції коронарних артерій**

Ймовірний діагноз	Неінвазивні тести	Інвазивні тести
Міокардит	Трансторакальне Ехо (ТТ) (перикардіальний випіт) МРТ (міокардит, перикардит)	Ендомиокардіальна біопсія (міокардит)
Коронарні захворювання (епікардіальне/мікросудинне ураження)	ТТ Ехо (порушення локальної скротливості, джерело емболій) МРТ (малі інфаркти) Трансезофагальне Ехо з контрастуванням (відкрите овальне вікно, дефект МПП)	Внутрішньо–судинний ультразвук (розрив бляшок/розшарування) Провокаційні тести (з ергоновіном) (спазм)
Міокардіальні захворювання	ТТ Ехо МРТ (Такуцубо)	
Легеневий емболізм	Д–димер КТ Скринінг на тромбофілію	
Порушення балансу у доставці кисню (Тип 2 ІМ)	Дослідження крові Екстракардіальні дослідження	

Таблиця 3

**Дози антиагрегантів і антикоагулянтів для лікування пацієнтів при проведенні первинного ПКВ або при відсутності реперфузійної терапії**

<b>Дози парантеральних антикоагулянтів і антитромбоцитарних препаратів при ПКВ</b>	
<b>Антитромбоцитарні препарати</b>	
Ацетилсаліцилова кислота	Навантажувальна доза 150–300 мг перорально або 75–250 мг в/в, а потім підтримуюча доза 75–100 мг/добу
Тікагрелор	Навантажувальна доза 180 мг перорально, а потім підтримуюча доза 90 мг 2 раза на добу

Клопідогрель	Навантажувальна доза 600 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75 мг/добу
<b>Антикоагулянти</b>	
НФГ	70–100 ОД/кг в/в болюсно, якщо не використовуються інгібітори GP–рецепторів Пв/Ша тромбоцитів. 50–70 ЕД/кг в/в болюсно, якщо плануються інгібітори GP–рецепторів Пв/Ша тромбоцитів
Еноксапарин	0,5 мг/кг болюс в/в
Бівалірудин	0,75 мг/кг болюс в/в з наступною інфузією 1,75 мг/кг/год до 4 год після процедури
<b>Дози парентеральних антикоагулянтів і антитромбоцитарних препаратів при відсутності реперфузійної терапії</b>	
<b>Антитромбоцитарні препарати</b>	
Ацетилсаліцилова кислота	Навантажувальна доза 150–300 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75–100 мг/добу
Клопідогрель	Навантажувальна доза 300 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75 мг/добу
<b>Антикоагулянти</b>	
НФГ	Дози, як при фібринолітичній терапії
Еноксапарин	Дози, як при фібринолітичній терапії
Фондапаринукс	Дози, як при фібринолітичній терапії

## Фібринолітична терапія

Рекомендації	Клас	РД
Якщо фібринолізис вибраний як основна реперфузійна стратегія, рекомендується починати відразу після постановки діагнозу ГКС з елевацією ST, бажано на догоспітальному етапі	<b>I</b>	<b>A</b>
Рекомендовані фібрин–специфічні препарати (альтеплаза, тенектеплаза, ретеплаза)	<b>I</b>	<b>B</b>
Необхідно використовувати ½ дози тенектеплази в осіб $\geq 75$ років	<b>IIa</b>	<b>B</b>
<b>Антиагрегантна терапія як додаток до фібринолізу</b>		
Рекомендовано використання ацетилсаліцилової кислоти перорально або в/в	<b>I</b>	<b>B</b>
Клопідогрель призначається додатково до ацетилсаліцилової кислоти	<b>I</b>	<b>A</b>
Подвійна антитромбоцитарна терапія (ацетилсаліцилова кислота + інгібітор P2Y12 рецепторів) показана до 1 року пацієнтам після фібринолізу з наступним ПКВ	<b>I</b>	<b>C</b>
<b>Антикоагулянтна терапія як додаток до фібринолізу</b>		
Антикоагулянт призначається пацієнтам, які отримали фібриноліз до реваскуляризації, або до виписки із стаціонару протягом 8 діб. Антикоагулянт може бути: – Еноксапарин в/в з наступним п/ш введенням – НФГ з врахуванням маси в/в болус з наступною інфузією	<b>I</b>	<b>A</b>
	<b>I</b>	<b>A</b>
	<b>I</b>	<b>B</b>
<b>Перевід після фібринолізу</b>		
Всім пацієнтам негайно після фібринолізу рекомендований перевід в ПКВ центр	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>Втручання після фібринолізу</b>		
Екстренна коронарографія і ПКВ по показах рекомендована всім пацієнтам із серцевою недостатністю/шоком.	<b>I</b>	<b>A</b>
Рятівне ПКВ показано негайно після фібринолізу, якщо він був неуспішний (зниження підйому сегмента ST<50% через 60–90 хв) або при наявності гемодинамічної або електричної нестабільності чи погіршення симптомів ішемії	<b>I</b>	<b>A</b>
КАГ і ПКВ рекомендовані між 2 і 24 год після успішного фібринолізу	<b>I</b>	<b>A</b>
Екстренна КАГ і ПКВ при необхідності показані у випадку повторної ішемії або реоклюзії після початкового успішного фібринолізу		

### **Список літератури**

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST–segment elevation. *European Heart Journal*. 2017;00:1–66.
2. Chieffo A, Buchanan GL, Mauri F, Mehilli J, Vaquerizo B, Moynagh A, Mehran R, Morice MC. ACS and STEMI treatment: gender–related issues // *EuroIntervention*. 2012 Aug;8 Suppl P:P27–35. doi: 10.4244/EIJV8SPA6.
3. Kawamoto KR, Davis MB, Duvernoy CS. Acute Coronary Syndromes: Differences in Men and Women // *Curr Atheroscler Rep*. 2016 Dec;18(12):73.
4. Khan NA<sup>1</sup>, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, Dasgupta K, Norris CM, Pilote L; GENESIS PRAXY Team. Sex differences in acute coronary syndrome symptom presentation in young patients // *JAMA Intern Med*. 2013 Nov 11;173(20):1863–71. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.10149.
5. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, Dasgupta K, Norris CM, Pilote L; GENESIS PRAXY Team. Sex differences in prodromal symptoms in acute coronary syndrome in patients aged 55 years or younger // *Heart*. 2017 Jun;103(11):863–869. doi: 10.1136/heartjnl–2016–309945. Epub 2016 Dec 13.



## ЗМІСТ

<i>Андрейчин С. М., Кавецька Н. А., Кучер С. В., Чернець Т. Ю.</i> ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ АЛОПУРИНАЛУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО–СУДИННОЇ СИСТЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	3
<i>Андрейчин С. М., Ярема Н. З., Верещагіна Н. Я., Кучер С. В., Руда М. М.</i> ГОСТРА МІТРАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ВІДРИВУ ХОРДИ НА ТЛІ ТРАВМИ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)	5
<i>Бабінець Л. С., Редьква О. В., Палихата М. В., Старичков П. В.</i> АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	6
<i>Бабінець Л. С., Кицай К. Ю.</i> ПОКАЗНИКИ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ	7
<i>Багній Н. І., Геряк С. М., Куценко В. В., Стельмах О. Є., Корда І. В., Петренко Н. В., Багній Л. В.</i> ФІТОПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ	8
<i>Біла В. В., Нікітіна Ю. О., Жук С. І., Ус І. В.</i> ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ В АКУШЕРСТВІ	9
<i>Бількевич Н. А., Андрейчин С. М., Ганьбергер І. І., Мудра У. О.</i> РЕЦЕПТОРНА АКТИВНІСТЬ Т–ЛІМФОЦИТІВ НА ТЛІ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ	10
<i>Бобкович К. О., Свиначук Г. Г., Каглюк О. С.</i> ГЕМОСТАТИЧНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЙОГО ФІТОКОРЕКЦІЯ	12

<i>Бойко Т. В., Лихацька Г. В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦЕМІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОСДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З ОСТЕОПЕНІЄЮ	15
<i>Бондаренко Т. Я., Островський М. М.</i> ДИНАМІКА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 ТА С- РЕАКТИВНОГО БІЛКА В БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНІЙ РІДИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ ТА ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ УСКЛАДНЕНОМУ ВТОРИННИМИ БРОНХОЕКТАЗАМИ	17
<i>Варченко Л. М.</i> ВПЛИВ ЛЕВОТИРОКСИНУ НА ПОКРАЩЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	20
<i>Волошин О. І., Бойчук Т. М., Волошина Л. О., Васюк В. Л.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДЕСИНХРОНОЗІВ ЯК ДОДАТКОВИХ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: МОЖЛИВОСТІ ФІТОФАРМАКОРЕКЦІЇ	22
<i>Волошин О. І., Гарник Т. П., Васюк В. Л., Доголіч О. І., Гарник К. В.</i> «СТРАТЕГІЯ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ 2014–2023 рр. »: ЯКИЙ ПОСТУП ЗРОБЛЕНО В УКРАЇНІ?	24
<i>Геряк С. М., Багній Н. І., Корда І. В., Добрянська В. Ю., Якимчук В. Д., Сак І. М., Марушка В. Р.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ	27
<i>Геряк С. М., Гуменна І. Є., Добрянська В. Ю., Куценко Т. І., Багній Н. І., Куценко І. В., Петренко Н. В., Базян І. Г.</i> ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВАЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ	31

<i>Геряк С. М., Куценко В. В., Лабівка О., Сак І. М., Трояненко А. М., Добрянська В. Ю., Почтарь М. К., Стельмах О. Є.</i> ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ	35
<i>Геряк С. М., Петренко Н. В., Добрянська В. Ю., Швед М. І.</i> ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТАМІННО–МІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ	37
<i>Гроховська М. В., Корнієнко В. Г.</i> ВИБІР ГЕСТАГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЇ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	45
<i>Добрянська В. Ю., Швед М. І., Геряк С. М.</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІВОРЕЛЮ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ ІЗ ШЛУНОЧКОВОЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ НА ФОНІ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ	47
<i>Дрогомирецька Н. В., Генік Н. І.</i> ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ФОНІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ	51
<i>Глащук Т. О., Окіпняк І. В., Глащук І. І.</i> КОРВІТИН У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	52
<i>Каланжова О. М., Галич С. Р.</i> ВПЛИВ СПОСОБУ КОНСЕРВАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ НА АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА	56
<i>Кіндратів Е. О.</i> МОДЕЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ, ЩО АСОЦІЮЄТЬСЯ З ПАПІЛОМАІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ЖІНОК ХВОРИХ НА БЕЗПЛІДДЯ	57

<i>Колеснік О. П., Кабаков А. О.</i> НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ У СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЇ	58
<i>Корда І. В., Геряк С. М., Якимчук В. Д., Стельмах О. Є., Багній Л. В., Петренко Н. В.</i> ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ЗНИЖЕННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ У ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	59
<i>Корильчук Н. І.</i> ХАРАКТЕР ЛЕПТИНУ У ЖІНОК З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	60
<i>Корсак В. В., Пацкань І. І.</i> ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ	62
<i>Корчинська О. А., Корчинський Б. М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК ПЕРІОДУ МЕНОПАУЗИ ТА ПОСТМЕНОПАУЗИ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ СУПУТНИМИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	63
<i>Кошарський Д. В., Мартинюк Л. П.</i> ПРОФІЛАКТИКА НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ПІДЛІТКІВ	64
<i>Куценко В. В., Куценко А. В., Грабчак І. Л.</i> ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	66
<i>Куценко І. В., Добрянська В. Ю., Куценко А. В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ	68
<i>Левецька Л. В., Швед М. І., Цуглевич Л. В., Левецький І. Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, НА ПІДГОСТРОМУ ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	69

<i>Лимар Л. Є., Лимар Н. А.</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ АМК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ — ЗАПОРУКА УСПІШНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ	71
<i>Лимар Л. Є., Лимар Н. А., Кулініч І. М.</i> КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ ТА МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ	72
<i>Лоскутова Т. О.</i> ПЛАЦЕНТА–АСОЦІЙОВАНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВАГІТНИХ	74
<i>Лукашевич І. В., Бачук–Понич Н. В.</i> ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КРЕНФОРСУ В ЯКОСТІ ЗАСОБУ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УРАЖЕННІ НИРОК У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	75
<i>Ляхович Р. М., Кіцак Я. М., Джус М. Я., Савчук В. М. ., Земляк О. С., Новікова П. П.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ТРИВАЛОЇ ВНУТРІШНЬОШЛУНКОВОЇ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ В ПОЄДНАННІ З ТІВОРТИНОМ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ НА ТЛІ ГОСТРОГО ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ	78
<i>Мазур Ю. Ю., Пирогова В. І.</i> ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЦИДИВУЮЧОЇ УСКЛАДНЕНОЇ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	80
<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Берестовий В. О., Сокол І. В., Ворона Р. М.</i> РОЛЬ МЕТОДУ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ У ВИЗНАЧЕННІ СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ	81
<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Берестовий В. О., Сокол І. В., Ворона Р. М.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ЦИСТАТИНУ С — ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ОЦІНКИ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ?	83

<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Берестовий В. О., Сокол І. В., Ворона Р. М.</i>	КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: «СЕПСИС ПРИ ВАГІТНОСТІ»	84
<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Берестовий В. О., Сокол І. В., Ворона Р. М.</i>	ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ СТЕРОЇДНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПОЛІПАХ ЕНДОМЕТРІУ ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ	85
<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Берестовий В. О., Сокол І. В., Ворона Р. М.</i>	КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: «ГЕСТАЦІЙНА ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ»	87
<i>Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Городнича Л. М., Сокол І. В., Берестовий В. О., Ворона Р. М.</i>	ЕФЕКТИВНІСТЮ СЕРКЛЯЖУ ПРИ ПРОЛАБУВАННІ ПЛІДНОГО МІХУРА	88
<i>Макарчук Н. Р., Мартинюк Л. П., Гулько Н. Я., Сов'як І. В., Ремезюк О. М., Шумська О. А.</i>	ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КЕЛТІКАН НА СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ	89
<i>Маланчук Л. М., Краснянська Л. О., Ковальчук А. О., Кучма З. М., Мартинюк В. М.</i>	ЗМІНИ В ЕСТРАЛЬНОМУ ЦИКЛІ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ІНДУКОВАНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ ПІД ВПЛИВОМ МЕТАБОЛІЧНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА 5 АМІНО-1,2,3,4-ТЕТРАГІДРОФТАЛАЗИН-1,4-ДІОНУ НАТРІЄВОЇ СОЛІ	91
<i>Маланчук С. Л., Маланчук А. С., Мартинюк В. М., Куценко В. В., Доброродня Л. В.</i>	РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ	93

<i>Мартинюк Л. П.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПЕРІОДІ МЕНОПАУЗИ	95
<i>Мартинюк Л. П., Вонс Л. З., Ружицька О. О., Чайковська М. І., Філюк А. І.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ $\gamma$ -АМІНО- $\beta$ - ФЕНІЛОМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК	96
<i>Марченко Н. Є., Яремчук Т. П., Сороківська С. А.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ МУЛЬТИСОРБ В ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ	98
<i>Місюра А. Г.</i> РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ	100
<i>Ольшєвська О. В., Ольшєвський В. С.</i> ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ	102
<i>Палихата М. В., Бабінець Л. С., Редьква О. В.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АНЕМІЇ	103
<i>Петренко Н. В., Геряк С. М., Мігай О. С., Багній Н. І., Корда І. В.</i> АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ГРВІ СЕРЕД ВАГІТНИХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ	105
<i>Петренко Н. В., Наконечна М. В., Богданець І. О.</i> ВАГІТНІСТЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА МОЖЛИВІСТЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ	108
<i>Петренко Н. В., Шандаровська Н. В., Стельмах О. С., Багній Л. В.</i> КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК: АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА	109

<i>Посохова К. А., Матюк Л. М.</i> ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2017 РОЦІ	113
<i>Продан А. М., Дживак В. Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	114
<i>Слободян Ю. В., Голяновський О. В.</i> МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ІНТРА– ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ	116
<i>Стельмах О. Є., Геряк С. М., Багній Н. І., Корда І. В., Петренко Н. В., Якимчук В. Д., Багній Л. В.</i> ПРОФІЛАКТИКА НЕВИНОШУВАННЯ РАННІХ ТЕРМІНІВ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З НЕЙРОЕНДОКРИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ	117
<i>Стецюк К. В., Голяновський О. В.</i> КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ	119
<i>Сусла О. Б., Водвуд В. К., Піжицька К. Б., Ковальська М. П., Ястремська І. О.</i> ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З ПРОГРЕСУЮЧОЮ СТЕНОКАРДІЮ	120
<i>Сусла О. Б., Літовкіна З. І., Говда О. О.</i> ХАРАКТЕР АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЛІКУВАННЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ	122
<i>Сусла О. Б., Сидоренко О. Л., Прокопович О. А., Літовкіна З. І., Мальська Т. Л.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ ПІД ВПЛИВОМ МОДИФІКОВАНОГО 12–МІСЯЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ І МЕЛЬДОНІЮ У ХВОРИХ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ	123



<i>Фейта Ю. Р., Пирогова В. І.</i> ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ПІСЛЯПОЛОГОВІ ГНІЙНО–СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ: РИЗИКИ ТА ПРОГНОЗИ	126
<i>Шахбун І. В., Левицька Л. В., Швед А. М., Радіонова І. В., Піговська Ю. А., Гринчук У. І.</i> МОЖЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З КОМОРБІДНОЮ КАРДІОЛОГІЧНОЮ ПАТАЛОГІЄЮ	128
<i>Швед А. М., Гринчук У. І., Піговська Ю. А.</i> РОЛЬ АНГІОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ	129
<i>Швед М. І., Киричок І. Б., Липовецька С. Й., Волобуєва А. В., Припхан Б. В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАВАНТАЖЕННЯ II–III ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ	138
<i>Швед М. І., Пельо М. Я.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПОСДНАННІ З МЕНОПАУЗАЛЬНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	139
<i>Швед М. І., Левицька Л. В., Цуглевич Л. В., Земляк О. С.</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАРНУ РЕПЕРФУЗІЮ	141
<i>Швед М. І., Піжицька К. Б., Водвуд В. К., Садлій Л. В., Піговська Ю. А.</i> СПІВВІДНОШЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІНФАРКТА МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ПАЦІЄНТІВ	143
<i>Швед М. І., Прокопович О. А., Гурський В. Т.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІОФЛАВОНІДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАН ПЕЧІНКИ	146

<i>Швед М. І., Сидоренко О. Л., Ковбаса Н. М.</i> ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	148
<i>Шевчук–Будз У. І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ І КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	150
<i>Щербина І. М., Бобрицька В. В., Бондаренко О. В.</i> ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЦИСТИТУ У ЖІНОК З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАЛОГО ТАЗУ	155
<i>Щербина І. М., Мерцалова О. В., Курічова Н. Ю.</i> ПАТОФІЗІОЛОГІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	156
<i>Юхимчук Х. В., Стоян С. Б., Шершун О. І.</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНСУЛЬТОМ	158
<i>Яремчук Т. П., Паснок В. О., Марченко Н. Є., Федорів Г. Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНО–ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ДОПОЛОГОВИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ	159
<i>Яцишин Р. І., Герич П. Р., Доскалюк Б. В.</i> БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ФОКУСІ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОЇ МАГНІФІКАЦІЇ	160
<i>Швед М. І., Липовецька С. Й.</i> ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ КРИЗЬ ПРИЗМУ НОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА 2017	162

Наукове медичне видання

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

*1–2 березня 2018 року*

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

За редакцією

М. М. Корди, М. І. Шведа, С. М. Геряк

**Комп'ютерний набір, верстка:**  
Куценко А. В., Гурський В. Т., Ратушняк Н. М.

Виготовлено згідно із СОУ 22.2-02477019-07:2012  
Формат 60×84/14. 10,50 ум. др. арк., 9,96 обл.-вид. арк. Тираж 300. Замовлення №18-172.  
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](mailto:pip.ternopil@ukr.net) Редакція: [editoria@i.ua](mailto:editoria@i.ua)  
[www.pp-books.com.ua](http://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.: (0352) 42-43-76; 097-50-35-376  
[pip.bookpost@gmail.com](mailto:pip.bookpost@gmail.com)