

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

при запальних захворюваннях яєчників.....	81
Бербець А.М. Стан системи гемостазу, фібринолізу та протеолізу у жінок із загрозою невиношування в першому триместрі вагітності.....	82
Бессалова Е.Ю. Иммуноотропное и геропротекторное действие ксеногенной спинномозговой жидкости – перспективы практического применения.....	83
Бессараб М.Ю. Концентрація інтерферону- α , імуноглобулінів та імунокомпетентних клітин у периферійній крові хворих на РС-вірусну інфекцію.....	84
Бибик О.Ю., Ярова Е.А., Берест О.Ю., Мороз Д.О. Динаміка змін органометричних параметрів легень, лімфатичних вузлів і тимуса після тривалого вживання харчових домішок в експерименті.....	85
Боднар П.Я., Боднар Я.Я., Боднар Р.Я. Віддалені результати лікування хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок методом непрямой реваскуляризації артеріального русла стегново-підколінно-гомількового сегмента.....	86
Боднар Р.Я., Боднар Л.П., Боднар П.Я., Сиваківський М.А. Вплив комплексної терапії з вобензимом та кандесартаном на імунну реактивність у хворих на гострий інфаркт міокарда, асоційований з гіперурикемією.....	89
Боднарюк О.І., Андрієць О.А., Гуменна К.Ю. Урогенітальні інфекції як провідний чинник розвитку сальпінгоофоритів на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у дівчат-підлітків.....	91
Боюк А.П., Польова С.П., Клічук Р.В. Гестаційні ускладнення як наслідок змін еритроцитів у вагітних, хворих на туберкульоз легень.....	92
Булик Т.С., Гресько М.Д., Петричук М. Лікування залізодефіцитних станів у гінекологічних хворих.....	93
Бурмас Н.І. Антиоксидантна система у статевонезрілих щурів при поєднаній дії ізоніазиду, рифампіцину та сполук шестивалентного хрому.....	94
Власов В.В., Бабій І.В., Брико Л.П., Ільчук Г.М., Грешило О.О., Власова Н.В. Ультразвукове дослідження пахвинної ділянки у здорових людей та хворих на пахвинну грижу.....	95
Власов В.В., Калиновський С.В., Ільчук Г.М., Брико Л.П., Власова Н.В. Ультразвукове дослідження хворих на пупкову грижу.....	96
Вовк О.Ю. Краниометрические особенности черепа у подростков.....	97
Водяник А.А., Мельник Н.О., Шамрай Д.В. Вплив ваготомії на слизову оболонку шлунка в експерименті.....	99
Воробель А.В. Калікреїн-кінінова система плазми крові при хворобі Маркіафави-Мікелі.....	100

ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Т.С.Булик, М.Д.Гресько, М.Петричук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Залізодефіцитні стани (ЗДС) у жінок розвиваються переважно в результаті гострих чи хронічних крововтрат, які трапляються у дівчат-підлітків, жінок дітородного та клімактеричного віку при тривалих менструаціях, дисфункціональних маткових кровотечах, міомі матки, ендометріозі, наявності внутрішньоматкових контрацептивів, після гінекологічних та хірургічних операцій. Існує певна класична клінічна симптоматика дефіциту заліза в організмі. Пацієнти скаржаться на загальну слабкість, частий головний біль, запаморочення, задишку при фізичному навантаженні, шум у вухах, миготіння “мушок” перед очима, тахікардію, м’язову слабкість, спотворення смаку та нюху, зниження апетиту. Характерна поява так званих “епітеліальних” симптомів: блідість, сухість та лущення шкіри, ламкість і випадання волосся, розшарування, поперечна смугастість і ламкість нігтів, які можуть мати ложкоподібну форму, атрофія сосочків язика, ангулярний стоматит, диспепсичні розлади тощо. На практиці частіше застосовується така класифікація маніфестного дефіциту заліза (МДЗ) за ступенем тяжкості: легкий ступінь – гемоглобін від 90 до 120 г/л; середній ступінь – гемоглобін від 70 до 89 г/л, тяжкий – гемоглобін менше 70 г/л. “Золотим” стандартом патогенетичного лікування при МДЗ є вживання препаратів заліза. Вивчена клінічна ефективність препарату Ферро-Фольгамма, який з успіхом використовувався нами для лікування МДЗ у пацієнток гінекологічного профілю. Ферро-Фольгамма – мультифакторний гемопоетик (1 капсула містить: сульфат заліза – 112,6 мг, ціанокобаламін – 0,010 мг, фолієва кислота – 5,0 мг, аскорбінова кислота – 100 мг), що забезпечує стимуляцію структурного синтезу Hb і підвищує репродукцію еритроцитів червоним паростком кісткового мозку. Для лікування МДЗ легкого ступеня у гінекологічних хворих рекомендована доза становила 2 капсули Ферро-Фольгамма в день протягом 1,5-2 міс., потім доза знижувалася до 1 капсули на день – 2-3 тиж. Для лікування МДЗ середнього та важкого ступеня рекомендована доза на 1 етапі лікування становила 3 капсули Ферро-Фольгамма в день протягом 2-4 тиж., потім по 2 капсули на день протягом 6-8 тиж. (2 етап), а згодом по 1 капсулі на добу – 2-3 тиж. Оцінка ефективності лікування проводилася через 2-3 тиж. від початку лікування препаратами заліза шляхом підрахунку процентного зростання значень гематологічних показників (гемоглобін, гематокрит) по відношенню до вихідного рівня. Підвищення гемоглобіну менше ніж на 7% (2,33% на тиж.), гематокриту – менше ніж на 1,7% (0,56% на тиж.) свідчить про неефективність лікування. Отже, вирішення проблеми ЗДС у жінок має два напрямки. Перший полягає у здійсненні заходів щодо своєчасної діагностики, профілактики та лікування гінекологічних захворювань, що дозволяють запобігти надмірним крововтратам; другий – у використанні сучасних методів діагностики,

профілактики та лікування ЗДС із застосуванням різних форм препаратів заліза. Основними властивостями ЗДС є їх зворотність і можливість попередження. Основою раціональної корекції ЗДС у жінок є своєчасна діагностика ранніх стадій дефіциту заліза та індивідуальний підбір препарату заліза в адекватній дозі.