



МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

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



**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



™

Тернопіль  
Видавництво «Підручники і посібники»  
2018

**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.*

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 тає 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.

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 симпатoadренальної 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-Н.

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

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 ІІ-ІІІ функціональних класів (ФК). Систолічна функція в усіх обстежених була збереженою. До контрольної групи увійшло

26 пацієнтів, які отримували стандартну терапію (інгібітори АПФ, сечогінні, нітрати, β-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-Н 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-Н входять конвалія травнеза, 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'яті 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 ХІІІ фактора зсідання, активності антитромбіну ІІІ (АТ ІІІ), 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 ІІ ФК та достовірно не відрізнялось від групи здорових осіб ( $p > 0,05$ ). Водночас у хворих на ІХС з ІІІ ФК ХСН встановлено вірогідне підвищення рівня ФГ ( $p < 0,01$ ). У обстежуваних пацієнтів із ХСН відмічено розлади протизсідального компоненту з виснаженням компенсаторних резервів системи гемостазу, що підтверджувалося зниженням у плазмі вмісту АТ ІІІ приблизно на 18,3% при ІІ ФК та на 24,14% при ІІІ ФК ХСН. Вище вказані розлади доповнювалися падінням рівня фактора зсідання ХІІІ.

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 ІІІ 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 ІІІ без достовірної міжгрупової

різниці. Паралельно у кінці терапевтичного курсу зріс знижений на початку рівень XIII фактора згортання в усіх групах із ХСН. Однак 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 гемокоагуляційний 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 перапарату.

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 остеодіфіцитних станів при хворобах органів травлення зумовлена появою змін процесів травлення з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин, що приводить до формування вторинного остеодіфіциту.

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

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 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

Втручання після фібринолізу		
Екстренна коронарографія і ПКВ по показах рекомендована всім пацієнтам із серцевою недостатністю/шоком.	I	A
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	I	A
КАГ і ПКВ рекомендовані між 2 і 24 год після успішного фібринолізу	I	A
Екстренна КАГ і ПКВ при необхідності показані у випадку повторної ішемії або реоклюзії після початкового успішного фібринолізу		

#### Список літератури

- 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.
- 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.
- Kawamoto KR, Davis MB, Duvernoy CS. Acute Coronary Syndromes: Differences in Men and Women // *Curr Atheroscler Rep*. 2016 Dec;18(12):73.
- 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.
- 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

- Андрейчин С. М., Кавецька Н. А., Кучер С. В., Чернець Т. Ю.*  
ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ АЛОПУРИНАЛУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО–СУДИННОЇ СИСТЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 3
- Андрейчин С. М., Ярема Н. З., Верещакіна Н. Я., Кучер С. В., Руда М. М.*  
ГОСТРА МІТРАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ВІДРИВУ ХОРДИ НА ТЛІ ТРАВМИ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ) 5
- Бабінець Л. С., Редьква О. В., Палихата М. В., Старичков П. В.*  
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 6
- Бабінець Л. С., Кицай К. Ю.*  
ПОКАЗНИКИ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ 7
- Багній Н. І., Геряк С. М., Куценко В. В., Стельмах О. Є., Корда І. В., Петренко Н. В., Багній Л. В.*  
ФІТОПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ 8
- Біла В. В., Нікіміна Ю. О., Жук С. І., Ус І. В.*  
ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ В АКУШЕРСТВІ 9
- Бількевич Н. А., Андрейчин С. М., Ганьбергер І. І., Мудра У. О.*  
РЕЦЕПТОРНА АКТИВНІСТЬ Т–ЛІМФОЦИТІВ НА ТЛІ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ 10
- Бобкович К. О., Свиначук Г. Г., Каглюк О. С.*  
ГЕМОСТАТИЧНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЙОГО ФІТОКОРЕКЦІЯ 12

**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: [rip.ternopil@ukr.net](mailto:rip.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  
[rip.bookpost@gmail.com](mailto:rip.bookpost@gmail.com)