



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 С. et al., 2008; Celik T., Iyisoy 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 С. А. 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.

відмітили третина жінок. Зниження задоволення від життя виявлено у 59 (86,8%) пацієнток, 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 бурвалючий 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

КОРВІТИН У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

ПЛАЩУК Т. О., ОКІПНЯК І. В., ПЛАЩУК 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 (продлонговані нітропрепарати, β -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 ГЛІШН. 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- α (Іл-1- α), інтерлейкіну-6 (Іл-6), інтерлейкіну-10 (Іл-10), тумор некротичного фактору (ТНФ), неоптерину (Нп)), біомаркерів пошкодження міокарда (тропоніну-I (Тр-I)) та C-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±7,30% та 16,87±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- α значно перевищував нормативні значення в обох групах, а міжгрупові його рівні вірогідно не розрізнялись і становили 29,01±4,15 (група 1) та 32,16±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±3,28 проти 9,73±1,36 пг/мл, $p<0,02$). Отже, зниження рівня Іл-1- α 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 антиішемічною терапією отримували корвітин, відбулося більш вагоме зниження рівня Іл-1- α , 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±5,12 проти 30,27±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 антиішемічною терапією значення його залишалося вірогідно вищим (13,27±2,06 пг/мл) у порівнянні з пацієнтами, яким до базової антиішемічної терапії додавали корвітин (4,83±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 цитокіну Іл-6, що також свідчить про позитивну роль корвітину в гальмуванні запального процесу при ГІМ.

Аналіз вмісту протизапального цитокіну Іл-10 показав, що його рівень в обох групах вірогідно не різнився ні в першу добу ГІМ (4,89±1,52 (група 1) проти 3,41±0,64 пг/мл (група 2), $p>0,5$), ні на фоні лікування (2,91±0,42 проти 2,74±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 днів 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 днів 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 використовувалася 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-І 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-І 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-І у групі 2 (15,45±1,25 проти 3,73±0,50 (група 1) нг/мл, $p<0,001$). Аналіз відсоткового зниження рівня Тр-І 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 цитокинової 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 ± 180 г та була відповідною з показником в КГ — 3470 ± 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 епізіотомії 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 епізіотомії 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 ПАПІЛОМАІРУСНОЮ 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

Бойко Т. В., Лихацька Г. В.
ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦЕМІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ
ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ
З ОСТЕОПЕНІЄЮ

15

Бондаренко Т. Я., Островський М. М.
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

Варченко Л. М.
ВПЛИВ ЛЕВОТИРОКСИНУ НА ПОКРАЩЕННЯ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ
ЖИТТЯ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З СУБКЛІНІЧНИМ
ГІПОТИРЕОЗОМ

20

Волошин О. І., Бойчук Т. М., Волошина Л. О., Васюк В. Л.
ОСОБЛИВОСТІ ДЕСИНХРОНОЗІВ ЯК ДОДАТКОВИХ
ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: МОЖЛИВОСТІ
ФІТОФАРМАКОРЕКЦІЇ

22

Волошин О. І., Гарник Т. П., Васюк В. Л., Догаліч О. І., Гарник К. В.
«СТРАТЕГІЯ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ 2014–2023 рр. »:
ЯКИЙ ПОСТУП ЗРОБЛЕНО В УКРАЇНІ?

24

*Геряк С. М., Багній Н. І., Корда І. В., Добрянська В. Ю.,
Якимчук В. Д., Сак І. М., Марушка В. Р.*
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ
ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У
ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

27

*Геряк С. М., Гуменна І. Є., Добрянська В. Ю., Куценко Т. І.,
Багній Н. І., Куценко І. В., Петренко Н. В., Базян І. Г.*
ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВАЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ
ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ

31

*Геряк С. М., Куценко В. В., Лабівка О., Сак І. М., Троянченко А. М.,
Добрянська В. Ю., Почтарь М. К., Стельмах О. С.*
ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ
У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

35

Геряк С. М., Петренко Н. В., Добрянська В. Ю., Швед М. І.
ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ
ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ

37

Гроховська М. В., Корнієнко В. Г.
ВИБІР ГЕСТАГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ
ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК З
ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

45

Добрянська В. Ю., Швед М. І., Геряк С. М.
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІВОРЕЛЮ У КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ ІЗ ШЛУНОЧКОВОЮ
ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ НА ФОНІ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА

47

Дрогомирецька Н. В., Генік Н. І.
ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК
З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ
СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ФОНІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ
ВЕН МАЛОГО ТАЗУ

51

Глацук Т. О., Окіпняк І. В., Глацук І. І.
КОРВІТИН У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА
ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

52

Каланжова О. М., Галич С. Р.
ВПЛИВ СПОСОБУ КОНСЕРВАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ НА
АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ ПРИ ТАЗОВОМУ
ПЕРЕДЛІЖАННІ ПЛОДА

56

Кіндратів Е. О.
МОДЕЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ДИСПЛАЗІЇ
ШИЙКИ МАТКИ, ЩО АСОЦІЮЄТЬСЯ З ПАПІЛОМАІРУСНОЮ
ІНФЕКЦІЄЮ У ЖІНОК ХВОРИХ НА БЕЗПЛІДДЯ

57

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 Редакція: editoria@i.ua
www.pp-books.com.ua
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 4678 від 21.01.2014 р.
Книга-поштою: а/с 376, Тернопіль, 46011.
Тел.: (0352) 42-43-76; 097-50-35-376
rip.bookpost@gmail.com