



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.

**ПЛАЦЕНТА-АСОЦІЙОВАНІ УСКЛАДНЕННЯ
ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВАГІТНИХ**

ЛОСКУТОВА Т. О.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Прееклампсія (ПЕ) виникає в 2–8% вагітностей і є провідною причиною материнської і перинатальної захворюваності і смертності. Основну загрозу становлять пов'язані із прееклампсією 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 прееклампсією 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 загрозовими 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 загрозових для життя матері та плода ускладнень.

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

**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 ацетилсалicyлової 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 ознаки сечокистозу 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 діметоксида 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, літолitiчну, спазмолitiчну, протизапальну, антибактерiальну, 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 білірубіну 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 загальнозміцнювальною 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 ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ**
*ЛЯХОВИЧ Р. М., КІЦАК 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 тівортином.

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⁻¹·хв⁻¹ протягом 8 год впродовж 7 діб. В четвертій серії — шляхом поєданого застосування оксигенації та внутрічеревенного введення 4,2% розчину тівортину в дозі 1 мг·кг⁻¹ у дозі 5,4 мг·кг⁻¹ 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 тівортину 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 тівортину, розпочате через 24 год після введення токсину, супроводжується вираженим гепатопротекторним ефектом на тлі отруєння тетрахлорметаном, про що свідчить зниження

<i>Колеснік О. П., Кабаков А. О.</i> НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ У СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЇ	58	<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>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>Лимар Л. Є., Лимар Н. А., Кулініч І. М.</i> КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ ТА МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ	72
<i>Корильчук Н. І.</i> ХАРАКТЕР ЛЕПТИНУ У ЖІНОК З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	60	<i>Лоскутова Т. О.</i> ПЛАЦЕНТА-АСОЦІЙОВАНИ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВАГІТНИХ	74
<i>Корсак В. В., Пацкань І. І.</i> ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ	62	<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>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>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>Кошарський Д. В., Мартинюк Л. П.</i> ПРОФІЛАКТИКА НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ПІДЛІТКІВ	64	<i>Мазур Ю. Ю., Пирогова В. І.</i> ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЦИДИВУЮЧОЇ УСКЛАДНЕНОЇ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	80
<i>Куценко В. В., Куценко А. В., Грабчак І. Л.</i> ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	66	<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>Куценко І. В., Добрянська В. Ю., Куценко А. В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ	68	<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>Левицька Л. В., Швед М. І., Цуглевич Л. В., Левицький І. Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, НА ПІДГОСТРОМУ ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	69		

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