

підтримуючої терапії для запобігання рецидивів захворювання та закріплення результатів лікування.

У зв'язку з цим метою нашої роботи було дослідження ефективності використання пребіотику "Квертулін" та лікувально-профілактичного зубного еліксиру "Лізомукоїд" в комплексному лікуванні кандидозного стоматиту у хворих.

Матеріали та методи дослідження. Крім загальноприйнятих основних методів дослідження хворих, під час дослідження враховували швидкість секреції нестимульованої ротової рідини, а також визначали ступінь дисбіозу в порожнині рота, яку визначали ферментативним методом згідно порівняння активностей уреазу та лізоциму.

Згідно результатів проведених нами досліджень хотілося б підкреслити, що зникнення лише клінічних ознак захворювання, не є об'єктивним критерієм ефективності проведеного лікування. Як показали наші дослідження, після проведеного лікування доцільно визначати швидкість секреції ротової рідини та обов'язково ступінь дисбіозу порожнини рота. Зокрема після основного курсу лікування ступінь дисбіозу в порожнині рота у хворих в основному не наближається до показників норми. Тобто, під впливом різних провокуючих факторів можливо повторне виникнення (рецидив) кандидозного стоматиту. Особливе значення у даному випадку має призначення лікарем імунобіологічних засобів, які допомагають відновити мікробіоценоз порожнини рота остаточно та попередити повторне виникнення кандидозу слизової оболонки порожнини рота.

## **ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ БІЛКОВОСИНТЕЗУЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ЕНДОМЕТРІЮ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ЕНДОМЕТРИТОМ В АНАМНЕЗІ**

*Чернова Т.Р., Костенко О.М., Тимчук Н.І., Кордиш С.П., Татар Л.Ф.*

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Тарановська О.О.**

*Кафедра акушерства і гінекології №2*

*Українська медична стоматологічна академія*

Багато дослідників вважають хронічний ендометрит (ХЕ) причиною жіночого непліддя та невиношування вагітності в ранні терміни і пов'язують це не стільки з морфологічними змінами ендометрію, скільки з пригніченням його здатності до синтезу  $\alpha$ -2 мікроглобуліну фертильності (АМГФ). Цей специфічний білок, рівень якого стрімко зростає у II фазі менструального циклу та на початку вагітності, сприяє інвазивним якостям трофобласту і чинить протективний вплив на гестаційний процес.

Мета. Дослідити сироватковий рівень АМГФ у жінок, які мали ХЕ в анамнезі, та з'ясувати його вплив на перебіг їх вагітності в I та II триместрі.

Матеріал і методи дослідження. В 6-8 та 16-18 тижнів гестації проведено визначення сироваткового рівня АМГФ за допомогою тест-системи

«Фертитест–М» 20 здоровим вагітним з необтяженим анамнезом (група контролю (ГК) та 33 вагітним, які до настання вагітності мали ХЕ (основна група).

Результати дослідження та їх обговорення. В терміні 6-8 тижнів вагітності рівень АМГФ у осіб з ХЕ становив  $128,2 \pm 6,6$  нг/мл при контрольних значеннях у цьому терміні  $154,0 \pm 6,3$  нг/мл (на 17% менше;  $p < 0,05$ ). В 16–18 тижнів у жінок ГК АМГФ становить  $96,4 \pm 4,6$  нг/мл, що на 37,5% менше значень в 6-8 тижневому терміні. При цьому у жінок, що мали до вагітності ХЕ, кількість АМГФ в 16-18 тижнів вагітності на 17% є меншою за контрольний рівень ( $81,6 \pm 3,4$  нг/мл,  $p < 0,05$ ). 5 жінок з ХЕ в анамнезі мали самовільний викидень до 8 тижнів (15,1%). Рівень АМГФ до переривання вагітності у таких жінок не перевищував  $90,3 \pm 6,9$  нг/мл, що є на 58,7% меншим для даного терміну вагітності ( $p < 0,05$ ). Переривання вагітності відбулося ще у 3 жінок основної групи (9%) в терміні 8–12 тижнів та у 3 жінок (9%) - між 12 та 22 тижнями гестації. АМГФ, визначений у цих пацієнток в 6-8 тижневому терміні, виявився на 28% менший за контрольні значення і становив  $111,4 \pm 6,6$  нг/мл.

Висновки. Сироватковий рівень АМГФ сприяє порушенню імплантації та створює передумови для частого переривання вагітності, у жінок, які завагітніли на фоні ХЕ, є на 17% меншим за контрольні значення. Ймовірно, це пояснює той факт, що вагітність, яка наступила на фоні ХЕ, супроводжується високою частотою невиношування (33,3%), причому основна частка самовільних викиднів припадає на ранні терміни (до 8 тижнів вагітності (15,1%)). Достовірно низький рівень АМГФ у жінок, вагітність яких перервалася впродовж I та II триместру, вказує на роль порушень ендометрію в генезі невиношування вагітності ранніх термінів і вказує на необхідність лікування ХЕ в ході прекоцепційної підготовки.

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА**

***Чорнобай А.Ю., Штефан І.С., Адаменко Я.М., Семака Г.В.,  
Гирилюк С.В., Сорока В.І., Усик К.С.***

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Кітура О.Є.**

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з  
шкірними та венеричними хворобами*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Згідно з останніми даними, в Україні на сьогоднішній день зберігається тенденція до зростання захворюваності на виразкову хворобу шлунка (ВХШ). Ефективність терапії і перебіг ВХШ, великою мірою залежить від комплаєнсу лікаря і пацієнта. Доведено, що психоемоційний статус хворих має значний вплив на формування терапевтичної співпраці між лікарем і пацієнтом.