

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети, ми провели клініко-статистичний аналіз 324 історій пологів, що ускладнилися порушеннями СДМ у жінок, які народили у Полтавському міському пологовому будинку за 2019 рік.

Результати дослідження: Згідно одержаних даних, аномалії пологової діяльності у 2019 році мали місце у 13,7% роділь, тоді як у 2018 році цей показник був – 11,3%, а у 2017 – 10,4%. Значну частку даних порушень складала слабкість пологової діяльності (СПД) - 96,9%. Відомо, що СПД формується під дією різних факторів.

Нами з'ясовано, що середній вік роділь складав 26,7 років, при чому 85,2% жінок мали в анамнезі перші пологи, і у 63,7% жінок дана вагітність була першою. Середній термін вагітності складав – 40,4 тижні. Первинна слабкість відмічалась у 30,5% роділь, вторинна – у 66,3%. Вага плодів у середньому складала 3545,4±327,5 г зріст – 51,9±3,4 см. При аналізі екстрагенітальної патології, виявлено, що майже всі жінки мали ту чи іншу супутню патологію, але при статистичній обробці, на перше місце вийшли ожиріння – 38,9%, анемія – 37,6%. Інші патологічні зміни складали до 5% (наприклад варикозна хвороба нижніх кінцівок – 4,7%, пролапс мітрального клапану – 1,9%). У 15,4% жінок з СПД закінчилися кесарським розтином, інші жінки народили через природні статеві шляхи.

Висновки. Таким чином, слабкість пологової діяльності частіше виникає у першороділь при доношеній вагітності, з тенденцією до переносування, частіше на тлі надмірної ваги тіла та анемії, що імовірно може вказувати на вплив порушення ліпідного обміну та гемодинамічних розладів на скорочувальну активність міометрію.

ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ МР ТБ НА ТЕРИТОРІЇ ЗАХІДНОЇ УКРАЇНИ ЗА I- III КВАРТАЛИ 2018 РОКУ DYNAMICS OF MULTIDRUG RESISTANT TUBERCULOSIS REGISTRATION IN THE WESTERN UKRAINE FOR Q1- Q3 2018

Крючкова І. О., Русанов О. Д.

Науковий керівник: Овчаренко І. А.

Kryuchkova I. O., Rusanov O. D.

Scientific adviser: Ovcharenko I. A.

Харківський національний медичний університет

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

м. Харків, Україна

Актуальність. Незважаючи на поліпшення епідеміологічної ситуації стосовно туберкульозної інфекції за останні десять років, Україна все ще займає одне з перших місць серед країн за кількістю реєстрації різних форм туберкульозу. Особливої уваги все більше набувають випадки мультирезистентного та туберкульозу з розширеною резистентністю.

Мета роботи. Метою дослідження було вивчення динаміки показників кількості хворих на МР ТБ/РР ТБ, підтвердженого вперше у житті протягом I, II та III кварталів 2018 року на Західній Україні (а саме у Львівській, Івано-Франківській, Тернопільській та Хмельницькій областях).

Матеріали і методи. Під час виконання роботи нами були вивчені та проаналізовані джерела інформації про кількість зареєстрованих випадків МР ТБ/РР ТБ у Львівській, Івано-Франківській, Тернопільській та Хмельницькій областях за I, II та III квартали 2018 року «Центру громадського здоров'я МОЗ України».

Результати. Згідно проаналізованих офіційних джерел за I квартал 2018 року кількість хворих на 100 тис. населення на вперше у житті підтверджений МР ТБ/РР ТБ у Львівській області складає 3,4 випадки, у Івано-Франківській – 3,1. У цей час кількість зареєстрованих випадків МР ТБ/РР ТБ на Тернопільщині становить лише 2,2 людини, а у Хмельницькій області – 5,9.

У порівнянні з I кварталом у II кварталі за 2018 рік кількість хворих з мультирезистентним та розширенорезистентним ТБ на Львівщині зменшилася на 8,6 %, у Івано-Франківській області цей показник теж знизився, але тільки на 19,4 %. Кількість пацієнтів з даним діагнозом зменшилась на 18,2 % та на 52,5 % у Тернопільській та Хмельницькій областях відповідно.

Що стосується III кварталу 2018 року, то в порівнянні з II кількістю зареєстрованих хворих на МР ТБ/РР ТБ зростає у деяких регіонах західної України, а саме: у Тернопільській – на 5,5 % та Хмельницькій – на 17,9 %. У цей час на Львівщині та Івано-Франківщині динаміка більш позитивна. Насамперед у Львівській області показник зареєстрованих хворих знизився на 3,1 %, а у Івано-Франківській – на 16 %.

Треба зауважити, що за три квартали чисельність населення у даних регіонах не змінилася.

Висновки. Таким чином, ми виявили зниження кількості хворих на ТБ з вперше підтвердженим діагнозом МР ТБ/РР ТБ в усіх областях за I та II календарні квартали 2018 року. Також треба відзначити негативну динаміку впродовж II-III календарних кварталів на Тернопільській та Хмельницькій областях. У той же час була виявлена поліпшена динаміка на Івано-Франківщині та Львівщині. Незважаючи на позитивні результати в більшості випадків необхідно посилити заходи щодо ранньої діагностики та профілактики мультирезистентного та розширенорезистентного ТБ, особливо в осередках туберкульозної інфекції та у сім'ях з обтяженим анамнезом.

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ETHIOPATHOGENETIC TREATMENT OF HYPERTENSIVE SYNDROME IN WOMEN WITH PREECLAMPSY

Лиса Л. І., Яцишина З. В.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Дністрянська А. П

Lysa L. I., Yatishina Z. V.

Scientific adviser: assoc. prof. Dnistrianska A. P., PhD

Кафедра акушерства та гінекології №1

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день жодна з проблем в акушерстві не викликає настільки ретельної уваги, як проблема преєклампсії та еклампсії. В загальній популяції вагітних жінок частота преєклампсії становить 5-10%, а еклампсії- 0.05%. До 18% випадків преєклампсія, яка ускладнює перебіг вагітності є однією із причин загибелі

новонароджених та може бути причиною смерті вагітних. Тому ефективне етіопатогенетичне лікування преєклампсії під час вагітності та пологів запобігає розвитку ускладнень.

Мета роботи. порівняти принципи дії гіпотензивних препаратів та обґрунтованість їх застосування в акушерстві, а саме при преєклампсії.

Матеріали та методи. Було опрацьовано 60 історій хвороб вагітних жінок на базі пологового будинку №1. Середній вік пацієнтів становив $\pm 27,5$ років. За призначенням лікаря акушера-гінеколога 35 з них для лікування артеріальної гіпертензії приймали Метил Допу в дозі 250 мг на день. Інші 25 пацієнтів застосовували 20 мг ніфедипіну 2 рази на добу. Для оцінки стану жінок з преєклампсією під час вагітності та для визначення ефективності та безпечності застосованих гіпотензивних препаратів використовували метод вимірювання АТ (за Коротковим), дані добової протеїнурії активності печінкових ферментів: АЛТ, АСТ, показники рівня креатиніну та сечовини.

Результати. Виявлено, що застосування Метил Допи в дозі 250 мг у 35 жінок призводить до зниження АТ (систоличного на >30 мм рт. ст., діастолічного на >15 мм. рт. ст). Це зумовлено впливом препарату на судинно-рухові центри головного мозку, що знижує периферичний опір судин. У вагітних з епітеліальною дисфункцією це призводить до зниження діастолічного АТ. Зникає протеїнурія (добова втрата білка до лікування >300 мг, білок/креатинін >300). Знижується активність печінкових ферментів в сироватці у 2 рази. Стабілізація показників активності АЛТ (до лікування визначалося підвищення до 100МЕ/л) та АСТ (підвищення до 160МЕ/л до лікування).

Застосування у 25 жінок 20 мг 2 рази на добу ніфедипіну знижує тиск та знімає симптоми тяжкої преєклампсії за рахунок селективної блокади кальцієвих каналів на рівні клітин. Показники систолічного артеріального тиску зменшуються до 130-110 мм. рт. ст, діастолічного до 100-90 мм. рт. ст. Зникають ознаки гострого гестозу. Це зменшення набряків, зменшення артеріального тиску, в аналізі зникає білок, збільшується виділення сечі з 400-600 мл до 2-х літрів на добу, найголовніше зникають судоми, що несуть основну небезпеку для породіллі та дитини.

Висновки. Спосіб лікування залежить від ступеня загрози для жінки та плоду, терміну вагітності і ступеня розвитку плоду. Легкий перебіг хвороби термін вагітності <34 тиж. : можливе амбулаторне, або стаціонарне лікування, проте, необхідний ретельний моніторинг стану жінки та плоду. Тяжкий перебіг хвороби, термін вагітності 23-32т вагітності застосовується гіпотензивна терапія. Препарти гіпотензивної дії: Метил Допа та ніфедипін, має виражену гіпотензивну дію, через вплив на судинно-руховий центр та блокаду кальцієвих каналів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С FEATURES OF PASSING OF LIVER CIRRHOSIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC HEPATITIS C

Мигаленко А. І., Яценко А. В.

Науковий керівник: к. мед. н. Лимаренко Н. П.

Myhalenko A. I., Yatsenko A. V.

Scientific adviser: Lymarenko N. P., PhD

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

м. Полтава, Україна

Актуальність. Надзвичайно актуальним в наш час є дослідження особливостей перебігу цирозу печінки на тлі хронічного гепатиту С, оскільки за даними МОЗ України близько 55% випадків захворюваності на вірусний гепатит С спричиняє у подальшому цироз печінки. Більше 2000 років тому Еразістрат, виклав передбачення про зернисту індурацію печінки як причину водянки (асцити). З того часу цікавість медиків до процесу ущільнення печінки весь час зростає. Одними із перших в своїх роботах Мак-Грі, Пабрік та інші показали участь в синтезі колагену перисинусоїдальних ліпоцитів, детально описаних С. Купфером в 1876 році, які є джерелом збільшення кількості сполучної тканини та процесу відкладання екстрацелюлярного матриксу.

Мета роботи. дослідити особливості перебігу цирозу печінки на тлі хронічного гепатиту С

Матеріали та методи. у дослідженні прийняли участь 30 хворих, серед яких 12 жінок та 18 чоловік. Хворих було розподілено на 2 групи по 10 чоловік. Контрольна група також налічувала 10 чоловік. Середній вік у контрольній групі складав 50 років. Середній вік хворих у першій групі становив – 52 роки, у другій групі – 57. Усім хворим проводили загально клінічні аналізи, біохімічні, досліджували показники системи згортання крові. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програм Microsoft Excel 2010 та IBM SPSS Statistics з використанням U-критерію Мана-Уїтні за умови $p \leq 0,05$.

Результати. Враховуючи отримані результати досліджень, виявлено значне зниження показників еритроцитів ($p \leq 0,05$) та білірубінемію у хворих на цироз печінки іншої етіології. Підвищення рівня білірубину за рахунок прямої фракції значно переважав аналогічний показник ($p \leq 0,05$) в групі цироз печінки + ХГС. Отримані дані свідчать про переважання ознак цитопенічного синдрому у хворих на цироз печінки на тлі хронічного гепатиту С, порівняно з цитопенічним синдромом у хворих на цироз печінки іншої етіології. Виявлено лейкопенію та тлі цирозу + ХГС, лімфопенію ($p \leq 0,05$) у хворих на цироз печінки іншої етіології, виражену тромбоцитопенію ($p \leq 0,05$) та гіпоальбумінемію ($p \leq 0,05$) у хворих на цироз печінки, асоційований з HCV-інфекцією.

Висновки. клінічний перебіг цирозу печінки на тлі хронічного гепатиту С характеризується тяжчим перебігом в порівнянні з цирозом печінки іншої етіології .