



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

## **МАТЕРІАЛИ**

**71-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького складу  
УжНУ**

Ужгород – 2017

ДО ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ НЕДОНОШЕНИМ ДІТЬМ В УКРАЇНІ Слабкий Г.О., Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О., Дудник С.В., Рогач І.М., Качала Л.О. ....	50
ВИКОРИСТАННЯ ПЛАТФОРМИ GOOGLE ДЛЯ БАЗ ДАНИХ Козодаєв С.П. ....	51
КОНЦЕПЦІЯ СТВОРЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ (РІАМС) ТА ЇЇ АКТУАЛЬНІСТЬ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ Шніцер І.Р., Качала Т.В. ....	52
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЗНАТЬ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ А ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЛЮДЕЙ СЕРЕД СТУДЕНТІВ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ Слабкий Г.О., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й. ....	53
ДО ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О., Рогач І.М. ....	55
БЕЗПОВОРІТНІ ВТРАТИ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ В НАСЛІДОК ХВОРОБ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ Слабкий Г.О., Лисак В.П., Рогач І.М., Качала Л.О., Слабкий В.Г. ....	56
РІВЕНЬ ГОТОВНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ Слабкий Г.О., Бурдим Ю.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Слабкий В.Г. ....	57
ОПЕРАТИВНІ ПОЛІТИКИ В ПРОЦЕСІ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Скрип В.В., Качала Л.О. ....	58
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ АНТИАЛКОГОЛЬНИХ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦІЛЮВИХ ПРОГРАМ Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В., Качала Л.О. ....	59
ХАРАКТЕРИСТИКА ФІНАНСУВАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ Слабкий Г.О., Лобас М.В., Качала Л.О., Качала Т.В. ....	60
ДО МЕТОДОЛОГІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ТЯГАРА ХВОРОБ ТА ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кошеля І.І., Качала Л.О., Дудник С.В. ....	61
ЗАГАЛЬНІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ В БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ Слабкий Г.О., Крохмалюк Л.В., Качала Л.О. ....	62

<b>МІГРАЦІЯ, ЯК ОДИН ІЗ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННОСТІ ЗАКАРПАТТЯ ММП</b>	
Прохорова А.І. ....	62
<b>АСПЕКТ САМООЦІНКИ ЛІКАРЯ ЩОДО ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>	
Козодаєв С.П. ....	64
<b>ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІВЧАТ ПІДЛІТКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	
Бобик Ю.Ю. ....	65
<b>КЛІНІЧНА ПРЕЗЕНТАЦІЯ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ</b>	
Бузаш М.Ю., Ігнатко Л.В. ....	66
<b>РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ</b>	
Дикач М.Ю., Русановська О.В. ....	67
<b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ</b>	
Крьока М.С., Русановська О.В. ....	68
<b>ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ</b>	
Мицола Р.М. ....	69
<b>НЕГОРМОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В ПУБЕРТАТНИЙ ПЕРІОД</b>	
Корсак В.В., Пацкань І.І. ....	70
<b>НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДОРОДОВОЇ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ</b>	
Корсак В.В., Пацкань І.І. ....	71
<b>КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЦЕЛІАКІЇ</b>	
Чепя О.В., Ігнатко Л.В. ....	72
<b>СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЛІАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ</b>	
Черняк М.М., Корчинська О.О. ....	73
<b>ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ</b>	
Федько Ю.Р., Бобик Ю.Ю., ....	74
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ РАДІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ НАЯВНОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ І ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ</b>	
Луць Б.В., Попович О.І., Погорелова Н.Є., Готько І.Ю., Жеро С.В., Мельник М.І. ....	75
<b>РАК ШЛУНКУ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА АСПЕКТИ РАНЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ</b>	
Цигика Д.Й., Ігнатко В.Я., Погорелова Н.Є., Пригара Д.В., Жеро С.В., Готько Є.С. ....	77

Профілактика та лікування ПД має бути направлена на покращення матково-плацентарного та фетоплацентарного кровотоку, інтенсифікацію газообміну, корекцію реологічних і коагуляційних властивостей крові, усунення гіповолемії та гіпопротейнемії, нормалізацію судинного тонуусу і скорочуючої активності матки, посилення антиоксидантного захисту, оптимізацію метаболічних процесів.

Основною ланкою в нормалізації функцій плаценти є покращення матково-плацентарно-плодового кровотоку в поєднанні із заходами, направленими на метаболічну корекцію порушених адаптаційно-гомеостатичних реакцій плаценти. Щодо медикаментозних засобів профілактики та лікування ПД заслуговують на увагу препарати-донатори оксиду азоту, антиагреганти, антиоксиданти, препарати магнію, вітамінні комплекси, гепатопротектори, дія яких направлена на стимуляцію синтезу власних вазодилаторів (простацикліна, оксиду азоту), а також препаратів, які впливають на ангіогенез (формування коллатералей).

**Висновки.** На сьогоднішній день існує достатня кількість немедикаментозних та медикаментозних засобів профілактики та лікування ПД, що при умові своєчасного виявлення доклінічних предикторів ПД та застосуванні комплексного індивідуального підходу дає можливість суттєво знизити кількість та ступінь прояву клінічних проявів ПД.

## ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В 1 ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ

Федько Ю.Р., Бобик Ю.Ю.,

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород.

Ключові слова: невиношування вагітності, тромбофілія.

**Вступ:** надзвичайно важливою проблемою сучасної репродуктології є невиношування вагітності. Частота її складає 15-27%. До 85% викиднів і замерлих вагітностей припадає на період першого триместру вагітності. Тромбофілія як причина невиношування в структурі всіх причин цієї патології становить до 65%. При фізіологічному перебігові вагітності не спостерігаються суттєві зміни в системі гемостазу в 1 триместрі з поступовим збільшенням коагуляційного потенціалу в 2 і 3 триместрах. Гіперкоагуляція, що виникла в 1 триместрі є несприятливою прогностичною ознакою невиношування.

За даними сучасної літератури основні зміни гемостазиограми в різні терміни фізіологічної вагітності полягають в укороченні АЧТЧ та зростанні рівня фібриногену:

1 триместр : АЧТЧ 25-35 сек., фібриноген до 4 г / л.

2 триместр: АЧТЧ 23-30 сек, фібриноген до 6 г / л

3 триместр: АЧТЧ 20-27 сек, фібриноген до 8 г / л

Число тромбоцитів (200-400тис. / Мкл) і протромбіновий час (10-14 сек.) не змінюються протягом вагітності.

**Мета:** вивчити частоту порушень показників коагулограми у вагітних в I триместрі та провести їх корекцію для попередження невиношування.

**Матеріали та методи:** у 100 жінок проведені наступні скринінгові дослідження: протромбіновий час (ПЧ), активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) і вміст фібриногену в плазмі крові.

**Результати:** встановлено, що у 62 жінок (62%) були гіперкоагуляційні зміни гемостазу, що виходять за межі загальноприйнятих показників по триместрах вагітності. При вивченні причин цих змін у даної когорти жінок встановлено, що у 31(31%) в анамнезі були хронічні запальні захворювання, 12 (12%) – страждають на цукровий діабет, у 3 (3%) – ожиріння. Різні гормональні порушення діагностовані у 5 (5%) вагітних. У 8 жінок причиною гіперкоагуляції була гіпергомоцистеїнемія (8%), а у 3 (3%) – антифосфоліпідний синдром.

Всім жінкам, незалежно від встановлених причин, була призначена антикоагулянтна терапія. Під контролем скринінгових тестів застосовували препарат ацетилсаліцилової кислоти 100 мг, або препарат низькомолекулярних гепаринів (еноксапарин натрію 20 мг). Жінкам з першою вагітністю лікування починали з застосування ацетилсаліцилової кислоти. При обтяженому акушерському анамнезі терапію починали з еноксапарину натрію. При нормалізації гемостазіограми з урахуванням триместру вагітності лікування скасовували з обов'язковим подальшим контролем коагулограми через 2-3 тижні. При погіршенні лабораторних показників курс лікування повторювали.

У 11 жінок з виявленим діагнозом тромбофілії (гіпергомоцистеїнемія (8%) і у 3 (3%) – антифосфоліпідний синдром) лікування не скасувалось при нормалізації скринінгових тестів, а продовжувалось, з переходом на стале лікування еноксапарином натрію 20 мг в 15 тижнів вагітності під контролем даних АЧТЧ та фібриногену.

При оцінці ефективності застосованого лікування відзначено, що частота невиношування в групі жінок, які не отримували антикоагулянтну терапію, склала 23%. У групі жінок, що лікувалися за вищевказаною схемою невиношування вагітності спостерігалось у 14,0% випадків ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** нормалізація системи гемостазу в I триместрі вагітності сприяє зниженню частоти невиношування.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ РАДІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ НАЯВНОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ І ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Луць Б.В., Попович О.І., Погорелова Н.Є., Готько І.Ю., Жеро С.В., Мельник М.І.**

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород