



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРКА ТЕЗ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
СПІЛЬНО З АСОЦІАЦІЄЮ ГІНЕКОЛОГІВ-ЕНДОКРИНОЛОГІВ
УКРАЇНИ**

**«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ, ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ
РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЕФЕКТИВНІ
ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ
РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ»**

23 жовтня 2020 р., м. Запоріжжя



ОРГКОМІТЕТ

Голова оргкомітету: Ректор Запорізького державного медичного університету, заслужений діяч науки та техніки України, професор Ю.М. Колесник

Члени оргкомітету: д.мед.н., проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О., проф. Авраменко Н.В., доц. Моргунцова С.А., проф. Рябоконт Ю.Ю., доц. Нікіфоров О.А.

Секретаріат: к.мед.н., ас. Грідіна І.В., к.мед.н., ас. Кабаченко О.В.

Висновки. Дослідження демонструє роль ЗГБС у сповільненні статевого дозрівання дівчат, що характеризується відхиленням балу статевого розвитку і виникнення широкого спектру ПМФ з перевагою гіпоменструального типу. Порухення регуляції Ме циклів починаючи з менархе.

Ми спробували доказати, що наявність у пацієток ЗГБС, котрі на момент дослідження не виявляють скарг, теж мають ризик формування ПМФ в майбутньому. Адже пацієтки із групи порівняння дещо запізнюються з появою ВСО, БСР у них не відрізняється від такого, як у дівчат основної групи. У цих пацієток теж виявляються порушення в початку формування Ме циклів. Такі висновки дозволяють стверджувати необхідність спостереження у гінеколога для вчасної корекції ПМФ.

Дослідження продовжується.

Ключові слова: статевий розвиток, вторинні статеві ознаки, менархе

Література

1. Беляєва Л.Е., Шебеко В.И. Гинекологическая эндокринология: патофизиологические основы. – М.: Медицинская литература, 2009. – С. 82-84.
2. Березенко В.С., Татарчук Т.Ф., Исламова А.О., Чайковская Э.Ф., Шевчук Т.В. Функциональное состояние печени и репродуктивное здоровье женщины. Что нужно знать практическому гинекологу? – Репродуктивна гінекологія N6(20),2014.-С.68-73.
3. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. – М., 2009.
4. Запруднов А.М. Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей. – М., 2008.
5. Юджин Р. Шифф, Майкл Ф. Соррел и др.. – Болезни печени по Шиффу. – М.: «Геотар – Медиа», 2010

МОНІТОРИНГ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Хелемендик А.Б., Рябоконь О.В., Рябоконь Ю.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Хронічний гепатит В (ХГВ) залишається актуальною проблемою сучасної інфектології. В світі близько 400 млн хворих на ХГВ, серед яких через 5 років формується цироз печінки у 2-20 % пацієнтів, а кумулятивний ризик розвитку гепатоцелюлярної карциноми складає 2-5 %. Ризик розвитку цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми при природному перебігу ХГВ має залежність від вірусного навантаження. Тому головною метою лікування є зниження рівня HBV-DNA в крові нижче за рівень визначення, що дозволяє досягти покращення якості та тривалості життя пацієнтів завдяки попередженню розвитку цирозу печінки та його ускладнень, гепатоцелюлярної карциноми та передчасної смерті. Тому глобальна стратегія ВООЗ спрямована на елімінацію вірусних гепатитів як загрози громадському здоров'ю.

В Україні вірусні гепатити займають одне з домінуючих місць в структурі інфекційної патології. З 2013 року в Україні діє Державна цільова програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів, для реалізації якої було створено та в 2016 році оновлено клінічний протокол на основі існуючих Міжнародних рекомендацій моніторингу та лікування хворих на ХГВ.

Мета роботи. Визначити особливості перебігу ХГВ при оцінці необхідності призначення противірусного лікування в рамках виконання Державної цільової програми.

Матеріал та методи. Було обстежено 286 дорослих хворих на ХГВ в гепатологічному центрі КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР. Чоловіків було 163, жінок – 123. Вік хворих від 18 до 71 року та склав 36 (31; 48) років. Тривалість ХГВ у пацієнтів без цирозу печінки з моменту підтвердження діагнозу склала 7 (3; 12) років. При визначенні особливостей перебігу ХГВ у пацієнтів без цирозу печінки нами було враховано рекомендації NICE (2013) та WHO (2015) для оцінки необхідності призначення противірусного лікування, які є основою клінічного протоколу в Україні. Всі хворі були обстежені за умов наявності письмової інформованої згоди.

Результати. Для з'ясування особливостей перебігу ХГВ у хворих без цирозу печінки при застосуванні зазначених вище критеріїв відбору пацієнтів для проведення ПВТ, нами було порівняння основних клінічних, анамнестичних, біохімічних та вірусологічних параметрів у хворих на ХГВ різних груп. Пацієнти були розділені на групи: I група – 23 хворих з сукупністю ознак: вік до 30-ти років, вірусне навантаження HBV-DNA >20000 IU/ml, стійко підвищена активність АлАТ; II група – 109 хворих із вірусним навантаженням >2000 IU/ml; III група – 154 пацієнти із рівнем HBV-DNA <2000 IU/ml.

За результатами порівняльного аналізу груп хворих на ХГВ без цирозу печінки встановлено, що такі фактори як тривалість захворювання та наявність в анамнезі раніше перенесеного гострого гепатиту В не впливають на рівень вірусного навантаження та реєструються з однаковою частотою серед пацієнтів досліджуваних груп. ХГВ характеризувався появою клінічних проявів лише у невеликій кількості пацієнтів, при цьому статистично значущі розбіжності мали місце лише при порівнянні хворих I та III груп. Клінічна симптоматика пацієнтів I групи, які мали сукупність лабораторних ознак для першочергового призначення ПВТ, характеризувалася частішою появою антеро-вегетативних проявів (26,1 % проти 5,8 %, $\chi^2=10,57$, $p<0,01$), на відміну від хворих з низьким вірусним навантаженням <2000 IU/ml, яким ПВТ не була показана. До того, ж виразність цитолітичного синдрому була вище у пацієнтів I групи, порівняно з пацієнтами II та III груп, насамперед за рахунок більшої частки пацієнтів з підвищенням активності АлАТ від 3-х до 10-ти норм. При порівнянні клініко-лабораторних показників перебігу ХГВ у хворих без цирозу печінки II групи, яким питання призначення ПВТ повинне бути розглянутим, та III групи, яким етіотропне лікування не рекомендоване, відсутні

статистично значущі розбіжності в досліджуваних параметрах, проте серед хворих III групи 34,3 % (53 із 154) мали підвищену активність АЛАТ в крові.

При аналізі вірусологічних параметрів у хворих на ХГВ без цирозу печінки відмінності у вірусному навантаженні досліджуваних груп виявилися закономірними, оскільки рівень підвищення HBV-DNA в крові був одним з критеріїв при формуванні груп пацієнтів. Однак слід зазначити, що частота виявлення позитивного HBeAg в сироватці крові чітко залежала від рівня вірусного навантаження та виявилася найбільшою у пацієнтів I групи, порівняно як з хворими III групи (73,7 % проти 10,5 %, $\chi^2=41,31$, $p<0,0001$), так й з пацієнтами II групи (73,7 % проти 22,5 %, $\chi^2=18,38$, $p<0,001$). Крім того, зафіксована й статистично значуща різниця в частоті виявлення HBeAg-позитивних пацієнтів й при порівнянні II та III груп (22,5 % проти 10,5 %, $\chi^2=5,16$, $p<0,01$). Однак за наявності чітких статистично значущих розбіжностей в вірусологічних показниках у пацієнтів досліджуваних груп, частка пацієнтів з різними стадіями фіброзу печінки була однаковою у хворих на ХГВ без цирозу печінки досліджуваних груп.

Приймаючи до уваги, що серед пацієнтів III групи, яким проведення ПВТ не рекомендується, кожен третій мав лабораторні ознаки цитолітичного синдрому – 34,3 % (53 із 154), кожен десятий хворий був HBeAg-позитивним – 10,5 % (12 з 114), а більш ніж кожен четвертий мав фіброз печінки F 2-3 ступенів – 27,3 % (3 із 11), існуючі критерії моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки потребують подальшого удосконалення.

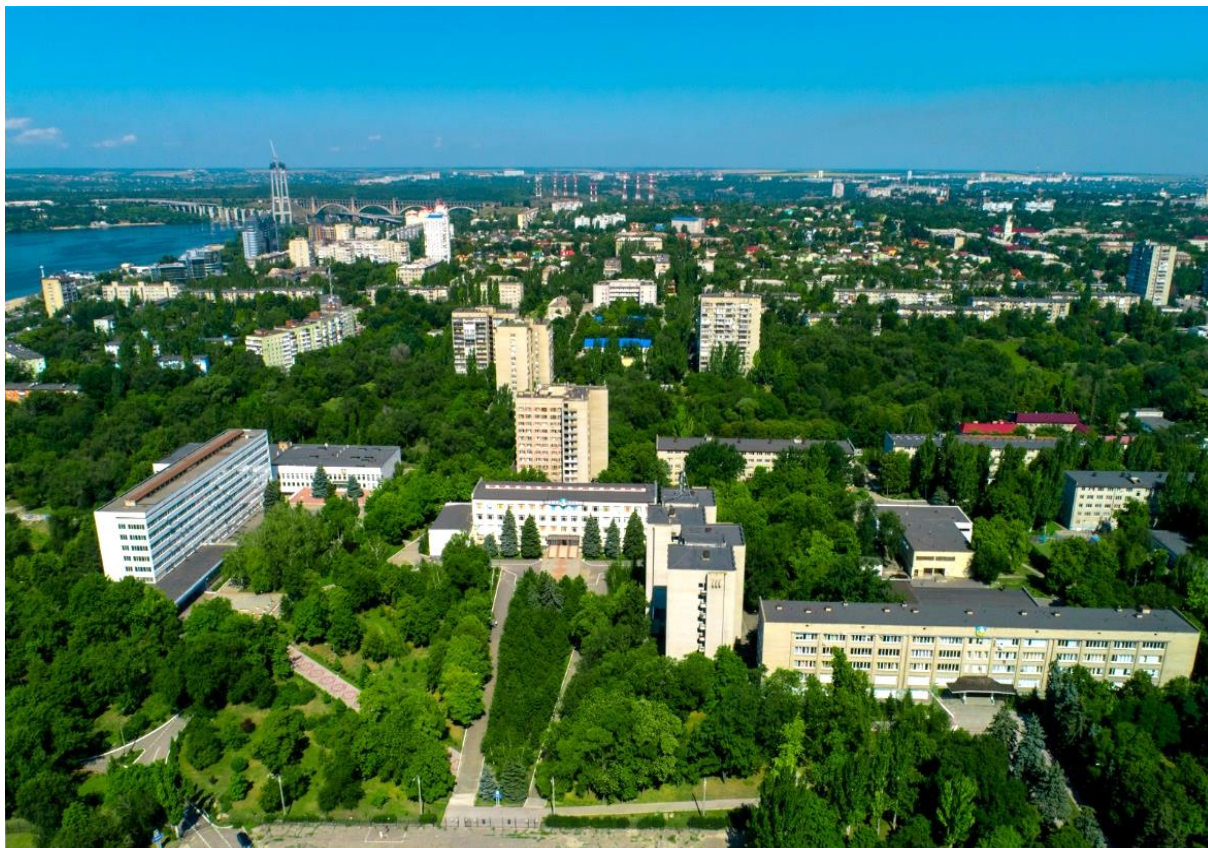
Висновки. При моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки тільки 8,0 % потребують першочергового призначення ПВТ за сукупністю лабораторних ознак. Перебіг ХГВ у цих пацієнтів характеризується частішими антено-вегетативними проявами, вищою виразністю цитолітичного синдрому та найчастішою циркуляцією в крові HBeAg. Серед хворих на ХГВ без цирозу печінки з низьким вірусним навантаженням, яким призначення ПВТ не рекомендується, кожен третій має цитолітичний синдром, кожен десятий HBeAg-позитивний, а кожен четвертий має фіброз печінки F 2-3 ступенів, що потребує удосконалення моніторингу саме цих пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ІНФІКОВАНИХ 1 ГЕНОТИПОМ ВІРУСУ

Ялова Г.В., Рябоконь О.В., Рябоконь Ю.Ю.
Запорізький державний медичний університет

Хронічний гепатит С (ХГС) є актуальною проблемою інфектології, що обумовлено значним поширенням захворювання, відсутністю специфічної профілактики, високим ризиком формування цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. За даними ВООЗ на ХГС страждає біля 150 млн. осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок HCV-ураження печінки. Глобальною стратегією ВООЗ є елімінація вірусних гепатитів як загрози

РОЛЬ ВІТАМІНІВ ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ НА ЕТАПІ ПРЕДГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЕНДОКРИНОПАТІЯМИ Разиграєва М. О.	64
АКТУАЛЬНИЙ ВПЛИВ ПРЕНАТАЛЬНОГО СТРЕСУ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК Семененко І.В., Турчиненко В.В.	65
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПРЕНАТАЛЬНИЙ СТРЕС Семененко І.В.	66
СУЧАСНІ КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ Усачова О.В.....	67
СУЧАСНІ ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ Усачова О.В.....	68
СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ НА ГРУНТІ ГЕПАТОБІЛІАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Чайківська Е.Ф., Занько О.В. , Яроцька Н.В.....	69
МОНІТОРИНГ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ Хелемендик А.Б., Рябоконь О.В., Рябоконь Ю.Ю.	73
ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ІНФІКОВАНИХ 1 ГЕНОТИПОМ ВІРУСУ Ялова Г.В., Рябоконь О.В., Рябоконь Ю.Ю.	75



Замовлення № 8923.
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,

Видавництво ЗДМУ
69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26