

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДУ «ІНСТИТУТ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТОКСИКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»  
ВГО «АСОЦІАЦІЯ ФАРМАКОЛОГІВ УКРАЇНИ»**

## **ЗБІРКА ТЕЗ**

**II НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

### **«ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОЛОГІЇ»**

*(пам'яті професора В.В. Дунаєва)*

*22 листопада 2022 р., м. Запоріжжя*

**Запоріжжя, 2022**

## **ОРГКОМІТЕТ**

### **ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ:**

ректор ЗДМУ, Заслужений діяч Науки та техніки України, проф. Колесник Ю. М.

### **ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:**

проф. Туманський В.О., проф. Бєленічев І.Ф.

### **ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:**

проф. Білай І.М., проф. Павлов С.В., доц. Бухтіярова Н.В., доц. Морозова О.В.

### **СЕКРЕТАРІАТ:**

доц. Єгоров А.А., ас. к.біол.н, Риженко В.П., ас. Робота Д.В.,  
голова навчально-наукового сектору студентської ради Єложенко І.Л.

6,7 років [Ballard K. et al., 2006]. Первинна підозра на наявність ендометріозу формується, виходячи з анамнезу, характерних симптомів і ознак, пізніше підкріплюється результатами фізикального обстеження та візуалізаційних методів діагностики, а остаточно підтверджується даними гістологічних досліджень зразків, відібраних під час лапароскопії [Запорожан В. М., Татарчук Т. Ф., Камінський В. В. та ін., 2015; ESHRE, 2022].

При підозрі на ендометріоз призначається емпіричне лікування. У підлітків із важкою дисменореєю та/або болем, пов'язаним з ендометріозом, клініцисти застосовують гормональні контрацептиви або прогестагени у якості гормональної терапії першої лінії. Якщо гормональне лікування не є варіантом, розглядаються нестероїдні протизапальні препарати, як засіб лікування болю. У підлітків з ендометріозом можливе хірургічне видалення ендометріюїдних уражень, однак, частота рецидивуючих симптомів може бути значною. Тому обов'язковим є призначення післяопераційної гормональної терапії протягом принаймні 18-24 місяців. У випадках глибокого ендометріозу рекомендоване більш тривале її застосування [ESHRE, 2022].

**Висновок.** Отже, такий підхід допоможе запобігти розповсюдженню вогнищ ендометріозу та зберегти репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків. Терапія має бути тривалою, а саме поки не настане вагітність, якщо вона бажана, та продовжена надалі з метою профілактики рецидивів.

## НОВІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА

Сюсюка В.Г., Колокот Н.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства і гінекології

Кафедра фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології

Однією з головних причин перинатальної захворюваності і смертності розглядають плацентарні порушення, які супроводжуються метаболічними порушеннями та розвитком затримки росту плода (ЗРП), при якому плід не досягає свого біологічно обумовленого росту [Коростіль М. О. та співавт., 2016; Ahmad A. et al., 2018]. ЗРП спостерігається приблизно у 5-15% вагітностей [Colson A. et al., 2021; Armengaud J. V. et al., 2021; Melamed N. et al., 2022; Garcia-Manau P., et al., 2022; Xiao C., et al., 2022].

**Мета роботи:** оцінити ефективність і вплив на біохімічні показники та перинатальні наслідки розродження комплексної цитопротективної терапії вагітних з затримкою росту плода.

**Контингент обстежених і методи дослідження.** В дослідженні прийняли участь 93 жінки з одноплідною вагітністю у терміні 28-34 тижні гестації. До I групи (основна) включені 30 вагітні з затримкою росту плода (ЗРП). Діагноз ЗРП встановлено за даними ультразвукового дослідження (УЗД). Для діагностики функціонального стану плода використовувались біофізичні методи. Вагітним даної групи призначена комплексна, цитопротективна терапія, яка включала призначення тіотриазоліну (250 мг в 100 мл 0,9 % розчину натрію хлориду на добу, внутрішньовенно, крапельно) в комплексі з L-аргініном гідрохлоридом (4,2% по 100 мл розчину на добу, внутрішньовенно, крапельно) протягом

10 днів, а надалі з питьовим розчином L-аргініном аспаратом (4,2 % 5 мл 6 разів на добу) протягом 14 днів. У комплексній терапії вагітні також отримували препарат Флебодія (діосмін 600 мг на добу) з початку терапії протягом 30 днів. Група II (група порівняння) представлена 33 вагітними з ЗРП, ведення вагітності та пологів яких передбачене чинними наказами МОЗ України. Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання. Групу III (контрольна) склали 30 вагітних жінок без ЗРП. Середній вік вагітних в I групі склав  $26,1 \pm 1,7$  років, у II –  $27,7 \pm 1,8$  років і  $25,8 \pm 1,0$  років у групі контролю. Різниця в групах за віком, терміном гестації, соціальним та професійним складом встановлено не було ( $p > 0,05$ ). До початку та в динаміці лікування проводилась комплексна оцінка біохімічного гомеостазу, а також проведено аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених. Оцінювання біохімічних показників у вагітних з ЗРП та без неї було проведено спектрофотометричним визначенням показників окислювальної модифікації білків (ОМБ) та рівня відновленого глутатіону (GSH) в динаміці. Статистична обробка результатів здійснювались з використанням ліцензованих пакетів програм статистичного аналізу «STATISTICA 13».

**Результати досліджень та їх обговорення** Оцінка біохімічних показників в динаміці вагітності, дозволила встановити суттєве прогресування дисбалансу між оксидантами та антиоксидантами серед вагітних II групи. У вагітних I групи, які отримували запропоновану комплексну, цитопротективну терапію, навпаки, встановлено статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження показників ОМБ на тлі зростання рівня глутатіону відновленого, що свідчить про її позитивний вплив. Варто відзначити, що біохімічні показники вагітних з ЗРП, які отримували комбіновану терапію, майже не відрізнялися від таких у здорових вагітних (група III), на відміну від показників вагітних з ЗРП, які не отримали відповідну терапію (група II). Аналізуючи особливості перебігу гестації в групах дослідження встановлено, що частота невиношування вагітності (НВ) у II групі склала 39,4 % і значно перевищувала відповідні показники I (20,0 %) та III (16,7 %) груп. Частота дистресу плода в II групі (18,2 %) в 2,7 рази перевищувала відповідний показник I групи (6,7 %), а в III групі він склав 3,3 %. Характеризуючи перинатальні ускладнення, встановлено значний відсоток неонатальної енцефалопатії та неонатальної жовтяниці у II групі, а саме 33,3 % та 36,4 %, відповідно. У I групі їх частота склала 10,0 % та 3,3 %, відповідно. В структурі перинатальної патології недоношеність мала місце у 21,2 % новонароджених II групи, що в 6 разів перевищувало відповідний показник I групи (3,3 %). Зазначених ускладнень в III групі встановлено не було. На підставі антропометричних вимірювань новонароджених встановлено, що середній показник їх маси в II групі склав  $2162,2 \pm 105,4$  грамів та був статистично достовірною ( $p < 0,05$ ) нижчим за відповідний показник у I ( $2779,2 \pm 103,4$  грамів) та III ( $2914,3 \pm 180,2$  грамів) групах. Частота ЗРП, за масо-ростовими параметрами новонароджених, у II групі була найвищою і склала 88,6 %. Зазначений показник у I та III групах склав 60,0 % та 10,0 %, відповідно.

**Висновки.** Запропонована комплексна цитопротективна терапія, яка включає в себе комбіноване застосування тіотриазоліну та L-аргініну на тлі прийому «Флебодія 600» (що суттєво підвищує протиішемічну, антиоксидатну і ендотеліопротективну дію комплексної терапії) у жінок з затримкою росту плода має позитивний вплив на

окислювально-відновлювальний гомеостаз та тіол-дисульфідну рівновагу системи мати-плацента-плід. Перинатальні результати розродження у даного контингенту вагітних характеризуються статистично достовірним ( $p < 0,05$ ) переважанням показників антропометричних вимірювань новонароджених, їх масо-ростових параметрів, а також нижчою частотою неонатальної енцефалопатії та народження недоношених немовлят.

## **ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ МАСТОПАТІЇ**

Тихоновський О.В., Самура І.Б., Тихоновська М.А.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології

Кафедра патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології

Дифузні доброякісні захворювання молочних залоз (мастопатії) відносяться до найбільш поширених у жінок репродуктивного віку. Частота зустрічаємості цього захворювання коливається від 30 до 40%. Ця цифра збільшується до 60% в групі жінок, які мають будь-яку гінекологічну патологію

Актуальність проблеми давно вже не викликає ні в кого сумнівів. Проте лікування хворих мастопатією здійснюється досить рідко і обмежується загальними рекомендаціями.

В більшості своїй такі жінки потрапляють в групу, яку пасивно спостерігають.

У той же час фітотерапія здатна запропонувати методику кардинального вирішення проблеми на всіх стадіях її розвитку.

Основні принципи фітотерапії при мастопатії, на нашу думку мають бути такими:

1. На ранніх етапах розвитку мастопатії, коли клінічна картина характеризується незначними дифузними (невузловими) змінами в молочних залозах, що збігаються з менструацією, мається больовий синдром, лікування може бути обмежене застосуванням зборів лікарських трав, підібраних з урахуванням всіх терапевтичних напрямків.

2. У випадках, коли таке лікування неефективне, а також при вузловій мастопатії основу лікування повинні складати гонадотропні трави, потужні рослинні імуномодулятори і трави з безпосередньою дією на пухлину. У більшості випадків – це отруйні або сильнодіючі трави, і тому вони повинні застосовуватися в лікарській формі, що забезпечує точність дозування. Кращим варіантом є спиртова настоянка.

3. Для кожної гонадотропної рослини існують свої показання до застосування, і тому має велике значення, яке з них буде призначено в кожному конкретному випадку.

4. Застосування всіх настоянок обов'язковим чином має бути доповнене призначенням відвару трав, підібраних в збір з урахуванням всіх можливих лікувальних напрямків.

5. Крім прийому ліків всередину, необхідно застосовувати також зовнішні засоби на основі трав - мазі, пластирі, примочки, т.і.

6. Лікування повинно бути тривалим, планомірним, із залученням усіх доступних засобів і методів контролю ефективності.