

УДК: 616.001.8-25.12

В 33

Редакційна рада

Г.Д. Фадеєнко (голова)

О.Є. Гріднєв (заступник голови)

Д.М. Калашник, В.В.Школьник, Г.В. Болотських, Т.А. Лавренко

Відповідальний секретар: Г.В. Болотських

В 33 «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики»: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції присвяченій Дню науки 17 травня 2012 р./ Ред. рада Г.Д.Фадеєнко(голова) та ін.; НАМН України та ін. -Х., 2012.- 160 с.

Адреса редколегії:

ДУ «Інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»

пр. Постишева, 2-а, м.Харків, 61039, Україна

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез.

ДУ «Інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», 2012

вившейся вследствие ХСН. Проведено определение уровней гемоглобина (Hb), эритроцитов (ЭР), цветного показателя (ЦП), гематокрита (Ht), MCV, MCH, MCHC, сывороточного железа (СЖ) («Железо Хромазуrol В СР Моно», «Биофарма», Киев), ферритина (ИФА-ферритин ЗАО «Алкор Био», Санкт-Петербург).

Результаты: ХСН II ФК диагностирована у 49, III ФК – у 42, IV ФК – у 29 больных (НУНА). Снижения уровня Hb нарастало пропорционально степени тяжести ХСН, отличаясь от контроля при II, III, IV ФК ХСН ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$ соответственно), при сопоставлении II и III ФК ($p < 0,05$), II и IV ФК ($p < 0,01$), III и IV ФК ($p < 0,05$). Количество ЭР при ХСН II ФК находилось в пределах контроля при ХСН III ФК снижалось по сравнению с контролем ($p < 0,05$) и ХСН II ФК ($p < 0,05$), При ХСН IV ФК значение ЭР отличалось как от контроля ($p < 0,01$), так и в сравнении с ХСН II ФК ($p < 0,01$) и ХСН III ФК ($p < 0,01$). По значению МКV при II и III ФК ХСН отмечался нормоцитарный характер анемии, при IV ФК ХСН – микроцитоз. При II и III ФК ХСН преобладала нормохромная анемия; при IV ФК ХСН значения ЦП, MCH и MCHC достоверно снижались, отражая ее гипохромный характер. По мере прогрессирования ХСН понижался уровень СЖ: при II ФК ХСН на 30,3% ($p < 0,05$), при III ФК – на 48,9 % ($p < 0,01$), при IV ФК на 64,6% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Уровни ферритина достоверно превышали норму при ХСН II, III, IV ФК ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно), но не отличались между группами больных с разной степенью тяжести ХСН ($p > 0,05$).

Обращал внимание существенный разброс индивидуальных значений ферритина от субнормальных показателей до значительно повышенных при ХСН II, III, IV ФК. Проведен анализ структуры анемии при ХСН II, III и IV ФК в соответствии с критериями ЖДА и АХЗ. При II ФК ХСН АХЗ была диагностирована у 72% больных, ЖДА у 20%, их сочетание – у 8% пациентов. При ХСН III ФК АХЗ у 43%, ЖДА – у 27%, их сочетание – у 30% больных; при IV ФК ХСН, у 88% имело место сочетание АХЗ и ЖДА.

Выводы: Указанные особенности структуры анемии следует учитывать при проведении терапии анемического синдрома у пациентов с ХСН.

ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОГО НЕПЛІДДЯ, ОБУМОВЛЕНОГО ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Салтовський О.В., Таравнех Д.Ш., Маракушина Є.А.

Харківський національний медичний університет

Ендометріоз – складне захворювання, яке являє собою актуальну медико-соціальну проблему, оскільки своїми багаточисельними проявами

не тільки взагалі погіршує якість життя жінок, але і зокрема впливає на стан їх репродуктивного здоров'я, а отже і на стан нації в цілому.

Метою нашої роботи є визначення оптимальних схем лікування жіночого неплоддя, обумовленого ендометріозом.

Під нашим спостереженням знаходилися 16 жінок репродуктивного віку (від 22 до 34 років) хворих на неплоддя впродовж декількох років (3 – 7 років), в яких за допомогою діагностичної лапароскопії підтвержено наявність малих форм ендометріозу. При цьому під час стандартного обстеження згідно з алгоритмом обстеження подружніх пар, хворих на неплоддя, будь-яких інших відхилень у показниках не виявлено.

Усім жінкам після деструкції під час лапароскопії за допомогою різних методів вогнищ малих форм ендометріозу очеревини малого тазу з метою лікування та профілактики ендометріозу, а також неплоддя було застосовано аналог гонадотропін-релізінг гормона декапептил депо у дозі 3,75 мг. підшкірно.

Під час застосування декапептил депо у 3 жінок спостерігалось настання вагітності впродовж першого циклу після операції; у 4 жінок вагітність настала впродовж 3 місяців після тримісячного курсу ін'єкцій після відновлення оваріально-менструального циклу; у 3 жінок вагітність настала впродовж 3 місяців під час комбінованого застосування декапептил депо, менопуру та людського хоріонічного гонадотропіну за схемою; у 4 жінок за відсутності ефекту від консервативного лікування неплоддя вагітність була отримана із застосуванням екстракорпорального запліднення через рік після лікувально-діагностичної лапароскопії.

Таким чином, враховуючи, що з 16 досліджуваних жінок в 14 (87,5%) за допомогою лікування, у тому числі у 10 (62,5%) за допомогою консервативного лікування, вдалося отримати вагітність можна вважати сучасні засоби лікування жіночого неплоддя, пов'язаного з ендометріозом, досить ефективними. Лікування неплоддя, пов'язаного з наявністю ендометріозу слід починати з консервативної терапії з використанням аналогів гонадотропін-релізінг гормона, надалі, у разі необхідності стимулювати овуляцію менопаузальним та хоріонічним гонадотропіном та за відсутності ефекту можливе застосування екстракорпорального запліднення.

ПРОБЛЕМЫ ВИЧ - АССОЦИИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Семенченко Л.А., Богдан Ю.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №3 ХНМУ

Актуальность. По данным Европейского центра эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции/СПИДа, по темпам распространения