

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

стабільністю та приймала елімінаційний характер у віддалений період після ПТ. Виявилося, що перша фаза була забезпечена плато у частоті хроматидних фрагментів, у той час як рівень хроматидних обмінів зменшувався протягом всього періоду дослідження. За рахунок паралельного зниження обох видів хроматидних перебудов через 5-7 рр. після ПТ сумарна частота А Хт набувала значення $1,23 \pm 0,27$, що вірогідно не відрізнялося від контролю ($1,38 \pm 0,18$).

Постпроменева динаміка частоти геномних порушень у пацієнток *in vivo* відрізнялася в залежності від статусу аберантності поліплоїдних клітин, що підкреслює відмінності механізмів їх утворення. Вже на ранніх строках обстеження після ПТ частота неаберантних поліплоїдів, складаючи $0,75 \pm 0,19$, знижувалася до спонтанного рівня, який дорівнював $0,30 \pm 0,08$, і вірогідно не змінювалася до терміну 5-7 рр. ($0,21 \pm 0,07$). У випадку аберантних поліплоїдів у ранній період після ПТ спостерігали стабільність підвищеної частоти на рівні $0,88 \pm 0,30$, зі зміною тренду на елімінацію у подальший час, з досягненням спонтанного рівня у термін 5-7 рр. ($0,01 \pm 0,01$). Зважаючи на те, що джерелом виникнення таких клітин є блокування мітозів аберантних лімфоцитпрекурсорів або зрілих лімфоцитів, можна пов'язати нормалізацію рівня аберантних поліплоїдів зі значною елімінацією нормоплоїдних клітин з радіаційно-індукованими абераціями хромосомного типу.

Висновки: Таким чином, рівень неспецифічних до впливу радіації аберацій хроматидного типу та геномних порушень у пацієнток з онкопатологією через 5-7 рр. після ПТ виходив на рівень спонтанних значень.

ДЕЯКІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

Скорбач О.І., Таравнех Д.Ш.

Харківський національний медичний університет

Постгістеректомічні розлади відомі своїм широким спектром порушень нейро-вегетативного, психоемоційного, метаболічного характеру. Постгістеректомічні зміни в яєчниках призводять до зниження вироблення ними статевих гормонів, які відіграють важливу роль у регуляції імунологічних реакцій. Проте відсутність єдиної патогенетичної концепції різноманітних дезадаптаційних проявів естрогендефіцитних впливів на організм жінки спонукає до необхідності пошуку нових патогенічних і лікувально-профілактичних підходів до проблеми, що вивчається.

Метою дослідження є оптимізація ведення хворих на постгісте-

ректомічний синдром на основі визначення сучасних лікувально-діагностичних підходів до корекції даної патології з урахуванням деяких імунологічних аспектів.

Матеріали і методи. Було обстежено 80 жінок, у віці 39-49 років. До основної групи увійшли 42 жінки, яким проводилося комплексне диференційоване лікування із застосуванням імунокоректорів (імуномакс по 100-200ОД курсом 3-6 ін'єкцій), підгрупа порівняння складалася з 38 обстежених, яким проводилося традиційне загальноприйняте лікування.

Дослідження гормонального й імунологічного гомеостазу проводили шляхом імуноферментного аналізу з використанням комерційних тест-систем виробництва «Протеїновий контур» (Санкт-Петербург, Росія).

Діагностичні заходи виконувалися до лікування, через 1, 6, 12 міс. і через 24 міс. після гістеректомії.

Позитивний клінічний ефект у пацієнок на постгістеректомічний синдром на тлі диференційованого лікування спостерігався вже через 3-4 тижні від початку терапії. Позитивна динаміка в клінічному перебігу постгістеректомічних порушень в обстежених пацієнок корелювала з позитивною динамікою в імунологічних і гормональних показниках. Імунологічними критеріями традиційного лікування та комплексної терапії в поєднанні з імунокорекцією були: нормалізація цитокінових профілів і відновлення нормального цитокінового балансу. При цьому в групі хворих, що одержували традиційне лікування, з часом відзначалося відновлення клінічної симптоматики, поява патологічної вегетативної реактивності, наростання психоемоційної тривожності.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали ефективність проведення комплексної імунокоригуючої терапії для оптимізації корекції постгістеректомічного синдрому, що дозволяє визначити включення імунокорекції в комплекс терапії вказаних порушень для підвищення стабільності результатів лікування даної категорії хворих.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХЕМОТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГІСТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ ІЗ ЗАНЕДБАНИМИ ФОРМАМИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Слободянюк О.В., Щит Н.М., Сухін В.С., Харченко Ю.В.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

З метою оцінки ефективності неоад'ювантної хемотерапії (НХТ) була вивчена динаміка зміни рівня пухлинного маркера СА-