

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет



# МХІСТ

ВИПУСК 15

Всеукраїнський  
медичний  
журнал  
МОЛОДИХ  
ВЧЕНИХ



Чернівці 2013

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет

Студентське наукове товариство  
Рада молодих вчених

# ХИСТ

2013, випуск 15

---

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених  
Заснований у 2000 році

---

**Головний редактор**

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

**Заступник головного редактора**

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

**Відповідальні секретарі:**

А.М. Барбе,  
І.В. Кривецький,  
д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,  
д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,  
д. мед. н., проф. В.К. Тащук,  
д. мед. н., проф. О.І. Федів,  
д. мед. н., проф. О.С. Федорук,  
д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,  
д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,  
к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

---

**Адреса редакції:** 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

**Тел./факс:** (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** [snt@bsmu.edu.ua](mailto:snt@bsmu.edu.ua)

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

Чернівці, 2013

## Редакційна рада:

Ю.І. Бажора (Одеса)

О.А. Андрієць (Чернівці)

Ю.Т. Ахтемійчук (Чернівці)

О.О. Мойбенко (Київ)

В.Ф. Сагач (Київ)

О.І. Іващук (Чернівці)

В.К. Тащук (Чернівці)

---

## Науковий редактор:

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

## Рецензенти та коректори:

Білоус Т.М.

Ватаманеску Л.І.

Войткевич Н.І.

Гарас М.Н.

Лєньков О.М.

Пасевич С.П.

Присяжнюк В.П.

Сливка Н.О.

Унгурян А.В.

Філіпець О.О.

Чимпой К.А.

---

**Дизайн сторінок та верстка** – Барбе А.М.

**Дизайн обкладинки** - Кривецький І.В.

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.

Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

*Видається згідно з постановою Вченої ради  
Буковинського державного медичного університету*

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія KB №392

© «Хист», **Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених.** - 2013, вип. 15.

© «Хыст», **Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых.** - 2013, вып. 15.

© «Нyst», **The Ukrainian Student Medical Journal.** - 2013, №15.



**Матеріали  
X міжнародної  
медико-фармацевтичної конференції  
студентів і молодих вчених**

---

---

**Материалы  
X международной  
медико-фармацевтической конференции  
студентов и молодых учёных**

---

---

**Abstract Book  
of 10<sup>th</sup> International Medical Conference  
for Students and Young Scientists**

Антонян М.И.

## ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО

Харьковский  
национальный медицинский университет, Харьков, Украина Кафедра  
акушерства и гинекологии  
(научный руководитель – д.мед.н Щербина Н.А.)

Течение беременности, полученной в результате использования экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбриона (ЭКО-ПЭ), сопровождается высокой частотой осложнений, на первом месте среди которых находится невынашивание.

Целью работы. Определение роли эндотелиальной дисфункции в развитии невынашивания беременности после ЭКО-ПЭ и поиск новых методов профилактики.

Материал и методы. Обследовано 102 беременных, из них 72 женщины, у которых беременность была получена после использования ЭКО-ПЭ, и 30 женщин со спонтанно наступившей беременностью и не имевших признаков угрозы прерывания беременности (контрольная группа). Беременные после ЭКО были разделены на 2 клинические группы (основную и сравнения). В основную группу вошли 36 женщин, которым для профилактики осложнений беременности дополнительно применялись озонотерапия в сочетании с иммунокорректором полиоксидонием. Группу сравнения составили 36 беременных, получавшие стандартную методику ведения беременности после ЭКО.

Результаты исследования. Выяснено, что через

10–12 дней после переноса эмбриона у женщин, которые в дальнейшем имели признаки угрожающего аборта, отмечалось снижение уровня ХГЧ и эстрадиола ( $P < 0,05$ ). В иммунограмме выявлено изменение общего количества Т-лимфоцитов (СД3+), Т-хелперов (СД4+) и Т-супрессоров (СД8+)( $P < 0,05$ ). При изучении эндотелиинового статуса было выявлено: СЭФР в среднем составил  $596,7 \pm 36,3$  пкг/мл, эндотелин-1 –  $18,2 \pm 3,5$  нг/мл, нитриты –  $0,79 \pm 0,04$  мкмоль/л, нитраты и нитриты –  $28,1 \pm 3,6$  мкмоль/л ( $P < 0,05$ ).

После проведенного лечения симптомы угрожающего аборта наблюдались у 9 (25%) беременных основной группы и 30 (83,3%) женщин группы сравнения ( $P < 0,05$ ), о чем свидетельствуют результаты клинического и ультразвукового исследования (отсутствие сегментарных сокращений миометрия, ретрохориальной гематомы, несоответствие сроку беременности и др).

Выводы. Применение озонотерапии в комплексе с иммунокорректорами для профилактики невынашивания беременности после ЭКО способствует оптимизации течения гестационного процесса за счет нормализации иммуно-эндотелиальных факторов.

Антофійчук Т.М.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДОМІКОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук Є.С.)

Урогенітальний кандидомікоз (УК) займає одне з провідних місць в структурі акушерсько-гінекологічної захворюваності і зустрічається практично у всіх вікових групах. УК не є інфекцією, що передається статевим шляхом, проте може свідчити про зміни гормонального статусу та зниження імунного захисту під час вагітності. Частота УК за останні 10 років практично подвоїлася та складає 30–45% в структурі інфекційних захворювань вульви та піхви. У жінок з різними порушеннями нейроендокринної регуляції репродуктивної функції УК спостерігається в 64%. Збудниками УК є дріжджеподібні гриби роду *Candida*.

На відміну від інших антимікотичних препаратів, флуконазол вибірково діє на клітину гриба. Не здійснює впливу на метаболізм гормонів, не змінює концентрацію стероїдів в крові жінок. Враховуючи велику кількість препаратів під назвою флуконазол в аптечній мережі, ми віддаємо перевагу флуконазолу під вітчизняною назвою Дифлюзол добре відомий в практичному колі. Такий вибір аргументований, по-перше, стабільною якістю препарату (субстанція іспанської компанії «Нето Iberica»), по-друге, доведеною біоеквівалентністю Дифлюзолу оригінальному препарату даної групи і, по-

третє, прайсовою політикою, орієнтованою на споживача. На основі клінічних спостережень, мікробіологічних, ендокринних та інших досліджень розроблені найбільш оптимальні схеми використання антимікотичної терапії Дифлюзолом. Гострий процес УК: Дифлюзол 0,15 №1 – 1-й день звернення пацієнтки, далі на 5-й день та через 7 днів. Профілактика рецидиву 2-й або 3-й день циклу протягом 2–3 місячних циклів. При рецидивному УК: I етап – прийом Дифлюзолу по 0,15 №1 на 2–3 день, 7-, 14-, 21-й день менструального циклу; II етап – 2–3 день, 7- та 21-й дні; III етап – 2–3 день менструального циклу протягом 6 місяців.

Фактори успішного лікування УК: негайний початок лікування після встановлення етіологічного чинника, використання найбільш ефективних методів лікування, захищені статеві контакти, виявлення, обстеження та лікування статевих партнерів. Вибір дозування Дифлюзолу в кожному конкретному випадку повинен залежати від тяжкості клінічного протікання захворювання, наявності мікст-інфекції та супутніх захворювань. Тільки комплексний підхід до даної проблеми дозволить підвищити ефективність лікування УК, знизити частоту та процент рецидивів даного захворювання.

# Зміст

## Акушерство та гінекологія

Bakun O., Aydid N. <b>PECULIARITIES IN THE COURSE OF POSTNATAL PERIOD IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA</b> .....	6
Bakun O., Dixit A. <b>USAGE PHYTOMEDICATIONS IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA</b> .....	6
Hristiana C. <b>RISK APPROACH IN EMBRYO-FETAL MALFORMATIONS</b> .....	7
Mor V.R. <b>MODERN ASPECTS OF THE INFERTILITY PROBLEM</b> .....	7
Obro-Adibo N.A. <b>ILLEGAL ABORTION IN GHANA</b> .....	8
Yuzko V. <b>POSSIBILITIES OF USAGE OF THE AUXILLARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN IN LATE REPRODUCTIVE AGE WITH INFERTILITY</b> .....	8
Антонян М.И. <b>ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО</b> .....	9
Антофійчук Т.М. <b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДОМІКОЗУ</b> .....	9
Bakun O.V., Rajwinder W.R. <b>THE LEVEL OF ANTIOVARIAN ANTIBODIES AS A INDEX OF INFERTILITY</b> .....	10
Бакун О.В., Барбе А.М. <b>ІППСШ ТА КАНДИДОМІКОЗ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НЕВИЯСНЕНОГО ГЕНЕЗУ В ПІДГОТОВЦІ ДО ДРТ</b> .....	10
Бакун О.В., Олійник М.Г., Небела М.М. <b>РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ</b> .....	11
Барбе А.М., Бакун О.В. <b>РІВЕНЬ АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ</b> .....	11
Барбе А.М., Юзько В.О. <b>РЕАЛІЇ ПРОФІЛАКТИКИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ У ВИПАДКУ ВИКОРИСТАННЯ ОКСИТОЦИНУ ТА КАРБЕТОЦИНУ</b> .....	12
Бербець А.М., Кміть Н.В. <b>ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ</b> .....	12
Березовська Т.І., Ковач О.М., Гошовська А.В. <b>РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ</b> .....	13
Боднарюк О.І., Гелка А.С. <b>МІКРОЕКОЛОГІЯ СЕЧІ У ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ</b> .....	13
Бойко В.В., Сваричевський М.О. <b>УСКЛАДНЕННЯ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ГІНЕКОЛОГІЇ</b> .....	14
Бойчук Ю.Б., Іщак О.М. <b>ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ СТОРОНИ КОНСЕРВАТИВНИХ ТА ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ</b> .....	14
Бочарова Н.Я. <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ФОНІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ</b> .....	15