

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВИРІШЕННЯ
АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНИ»**

11-12 вересня 2015 р.

Дніпропетровськ
2015

ПЛАЗМАФЕРЕЗ ТА ГОРМОНАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ГЕНЕЗУ

БАКУН О. В.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства і гінекології*

БОЙЧУК Р. Р.

студентка

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна*

Проблеми безпліддя та невиношування є однією із найбільш актуальних проблем акушерства та гінекології. Частота його складає 15-20% всіх випадків вагітності, а частота безпліддя в 5-11% шлюбів [Берестовой, Веселовский, 2003; Кулаков, Леонов, 2002].

Активне впровадження в клінічну практику програм ЕКЗ і ПЕ робить актуальним підвищення її ефективності і безпеки для здоров'я матері і майбутньої дитини [Светлаков и др., 2002; Смольников, Финогенова, 2000].

Неефективність проведення програм багато в чому визначається контингентом жінок з тривалим консервативним лікуванням, які мають в анамнезі неодноразові порожнинні і лапароскопічні операції, а також неправильним відношенням лікарів до ДРТ, як до останнього методу після багаторічного безрезультативного лікування [Кулаков, Леонов, 2002].

В багатьох ситуаціях питання про причини невдалого проведення ЕКЗ і ПЕ залишається відкритим і потребує подальшого вивчення [Веселовский, 2003; Смольников, Финогенова, 2000]. Негативні результати викликають важкі депресивні стани у пацієнток; багаточисельні цикли з використанням стимуляції суперовуляції призводять до виснаження яєчників, склеротичних змін в них, порушення регуляції репродуктивної функції [Феськов, 2000].

В останні роки в клінічній практиці все більш широке використання знаходять методи екстракорпоральної гемокорекції, зокрема плазмаферез, який з успіхом використовується при акушерському сепсисі, перитоніті, хронічному сальпінгофориті, гестозах, хронічному синдромі дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, при герпетичній і цитомегаловірусній інфекції, синдромі гіперстимуляції яєчників, клімактеричних розладах тощо [Здановский, Витязева, 2000].

Метою даної роботи було дослідження впливу плазмаферезу на гормональний гомеостаз у жінок з безпліддям трубного походження на етапі підготовки до запліднення *in vitro*.

Проаналізувавши рівні ФСГ, представлені в таблиці 1 виявлено, що: концентрація ФСГ до проведення плазмаферезу більша в 2,2 рази в порівнянні з групою, яким проводили плазмаферез. Концентрація гонадотропних гормонів зменшилась після проведеного дискретного плазмаферезу за рахунок виведення незначної кількості їх із плазмою крові і не досягла рівня у здорових жінок. Співвідношення ЛГ/ФСГ склало відповідно: 1,6 до проведення плазмаферезу, 1,4 після проведеного плазмаферезу. Це досить важливо, оскільки нормальне функціонування яєчників можливе лише при співвідношенні ЛГ/ФСГ 1-1,5. При порівнянні показників естрадіолу до проведення плазмаферезу виявлено зростання його в 1,7 рази в порівнянні з показником після проведеного методу.

Зниження концентрації ЛГ у пацієток з безпліддям трубного походження у фолікулінову фазу менструального циклу та недостатня концентрація ФСГ на фоні нормальної концентрації естрадіолу призводять до порушення фолікулогенезу, овуляції та наступних секреторних перебудов ендометрія. Це, у свою чергу, може бути однією з причин безпліддя.

Список використаних джерел:

1. Берестовой О.А., Веселовский В.В. Эндометрий в программах вспомогательных репродуктивных технологий: новые подходы к подготовке трансдермальными формами натурального эстрадиола // *Здоровье женщины*. – 2003. – № 4 (16). – С. 88-91.
2. Вероятность наступления имплантации у женщин с разными формами бесплодия при лечении методом ЭКО / А.В. Светлаков, М.В. Яманова, А.Б. Салмина, О.А. Серебренникова // *Пробл. репродукции*. – 2002. – № 3. – С. 61-67.
3. Веселовский В.В. Вспомогательные репродуктивные технологии в Украине. Данные национального регистра за 2000 год // *36. наук.робіт конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми лікування безплідності»*. – К., 2003. – С. 17.
4. Здановский В.М., Витязева И.И. Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МВР) // *Проблемы репродукции*. – 2000. – № 3. – С. 55-57.

5. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2000. – 781 с.
6. Калинина Е.А. Оптимизация процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона при синдроме поликистозных яичников // Пробл. репродукции. – 2002. – № 3 – С.81-83.
7. Смольников В.Ю., Финогенова Е.Я. // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М., 2000. – С. 91-135.
8. Феськов О.М. Роль статевиx гормонів та їх рецепторів у розвитку гіперпластичних процесів в ендометрії у пацієнток з ендокринною неплідністю // ПАГ. – 2000. – № 1. – С. 97-98.

ДИНАМІКА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

БЕЛОВ О. О.

асистент

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Професійна патологія (ПП) становить важливу медичну та соціальну проблему: в Україні зареєстровано майже 200 тис. хворих на професійні захворювання, при цьому захворюваність на ПП продовжує зростати [1, с. 42-45; 2, с. 15-19; 3, с. 11-22]. З сучасних наукових позицій в якості основного патопсихологічного механізму формування патологічних соматогенних симптомокомплексів розглядають зміну біопсихосоціального статусу особистості внаслідок соматичного захворювання як фактору, що не залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого [4, 128]. Надзвичайно важливим для розуміння особливостей трансформацій психіки під впливом ПП є аналіз динаміки патоперсоналогічних змін у процесі розвитку захворювання.

Нами було обстежено за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника особистості [5,] 64 хворих на ПП, у т.ч. 33 хворих на ПП органів дихання (ПП ОД) та 31 хворий на ПП периферичної нервової системи (ПП ПНС). Первинне обстеження проводилося протягом першого місяця з дня встановлення діагнозу професійного захворювання, повторні