

ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Середній вік хворих становив 26,2±2,11 років. Було використано такі методики: тест Басса-Даркі; шкала імпульсивності Плутчика. Результати дослідження. Аналіз рівня імпульсивності за допомогою опитувальника IS дозволив встановити як загальні рівні імпульсивності, так її структуру в контексті досліджуваних станів. Дослідження структури імпульсивності дозволяє виділити наступні клініко-психологічні кореляти імпульсивних форм поведінки у хворих із психоендокринним синдромом на тлі гіпогонадізму: – гіперестетичний (сенситивність та виснажливість як компонент псевдопсихастенічного синдрому ендокринного ґенезу); – тимолабільний (нетримання афекту та дартівливості як компонент як компонент псевдопсихастенічного синдрому ендокринного ґенезу); – дезретенційний (порушення гальмування імпульсивних дій, неспроможність вольових затримок як компонент псевдопсихастенічного синдрому ендокринного ґенезу); – диспатогностичний (порушення сприйняття девіантних мотивацій як наслідок нозогенної трансформації особистості); – диспрозектичний (порушення уваги як наслідок перевантаження нозогенними впливами). Висновки. У ході дослідження серед хворих у стані відносної компенсації гормонального статусу було визначено статистично достовірне переважання евазивно-вікарного та диспрозектичного корелятив імпульсивних форм поведінки. У стані декомпенсації відзначалось переважання тимолабільного та дизретенційного корелятив. Було визначено статистично достовірне переважання інтенсивності агресивних форм реагування серед хворих на гіпогонадізм у стані декомпенсації.

АНАЛІЗ ВІРУСОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С НА ФОНІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ СОФОСБУВІР-ВМІСНИМИ СХЕМАМИ

Калашник К.В.

Наукові керівники: проф., д.мед.н. Рябоконт О.В.; доц., д.мед.н. Рябоконт Ю.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра інфекційних хвороб

Мета дослідження – проаналізувати ефективність противірусної терапії софосбувір-вмісними схема у хворих на хронічний гепатит С (ХГС). Матеріали та методи. В дослідження включено 116 хворих на ХГС віком від 18 до 73 років (чоловіків – 76, жінок - 40), які отримали противірусне лікування згідно протоколу (Наказ МОЗ України №729 від 18.07.2016 р.). Ефективність лікування оцінювали за частотою швидкої вірусологічної відповіді та безпосередньої відповіді на момент завершення лікування. Результати досліджень. Серед 81 пацієнта, які лікувалися схемою пег-інтерферон-α+рібавірин+софосбувір протягом 12-ти тижнів відзначено, що швидка вірусологічна відповідь сформувалася у 94 % хворих, які інфіковані 1 генотипом та у 96,8 % пацієнтів, інфікованих 3 генотипом HCV. На момент завершення лікування вірус не виявлявся у 94 % хворих з 1 генотипом, тоді як у пацієнтів з 3 генотипом HCV цей показник склав 90,9 %. Серед 35 хворих на ХГС, інфікованих виключно 3 генотипом HCV частота формування як швидкої вірусологічної відповіді, так й безпосередньої вірусологічної відповіді на момент завершення лікування склала 94,3%. Висновки. Ефективність комбінованої противірусної терапії пег-інтерферон-α+рібавірин+софосбувір залежала від генотипу HCV. Негативація на момент завершення лікування склала 94 % при інфікуванні 1 генотипом та 90,9 % при інфікуванні 3 генотипом вірусу. Ефективність безінтерферонової комбінації софосбувір + рібавірин у хворих на ХГС інфікованих 3 генотипом HCV склала 94,3 %. Продовжується спостереження за пацієнтами, які отримали противірусне лікування, для оцінки стійкості ефекту, що досягнутий.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Калинина А.К., Лысенко Е.В.

Научный руководитель: к.мед.н. Захарчук А.В.

Запорожский государственный университет

Кафедра факультетской хирургии

Цель. Оценить эффективность применения лапароскопической внутрибрюшной герниопластики (IPOM) при пупочной грыже. Материалы и методы. В 2016 г. 15 пациентам при неосложненной пупочной грыже выполнена IPOM. Средний возраст составил 44 года

(от 28 до 63 лет), 4 грыжи были связаны с диастазом прямых мышц живота. Закрывание пупочного дефекта и ликвидация диастаза прямых мышц производилось трансфасциальным наложением швов. Для пластики брюшной стенки использовалась композитная сетка Parietex (Covidien) необходимого размера с учетом необходимости перекрытия фактического размера грыжевых ворот от 3 до 5 см по всему фасциальному дефекту. Для фиксации сетки по периметру использовали лапароскопический герниостеплер. Результаты и обсуждение. Средний размер дефекта составлял 10 см² (от 3 см² до 24 см²). Средний размер сетки был 110 см² (от 32 см² до 225 см²). Время операции составляло от 45 мин до 100 мин (в среднем 64 мин). Среднее пребывание составило 2,2 дня (от 2 до 7 дней). Средний период наблюдения составил 7,8 месяцев. У 1 пациента (6,7%) развилась серома в области пупка, выявленная при УЗИ контроле и разрешившаяся через 2 недели консервативно. Позднее послеоперационное осложнение (> 4 нед) произошло у 1 (6,6%) пациента: периодическая боль в передней брюшной стенке, которая купировалась в течение 2 месяцев без лечения. Выводы. IPOM является надежным способом в лечении неосложненных пупочных грыж, уменьшает частоту раневых осложнений и рецидивов, сроков пребывания в стационаре и реабилитации пациентов.

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ В ПРОГРАМІ ЕКЗ

Карнаушенко Є.В., Питак Г.Ю.

Наукові керівники: д.н з гос.упр., проф. Авраменко Н.В., к.мед.н.,ас. Кабаченко О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Вступ. Синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) - комплекс патологічних змін в організмі, що виникає в ході проведення програми ЕКЗ. Частота виникнення важких форм СГЯ коливається від 0,5% до 5% від циклів суперовуляції. Мета роботи: дослідити особливості клініко-імунологічних показників периферичної крові жінок після контрольованої гормональної стимуляції овуляції та визначити найбільш ранні лабораторні показники розвитку СГЯ в умовах проведення ЕКЗ. Матеріали та методи дослідження: обстежено 40 жінок віком від 20 до 45 років, яким було проведено контрольовану гормональну стимуляцію яєчників за коротким протоколом. Всі жінки були поділені на 2 групи: основну склали 15 жінок з ризиком розвитку СГЯ (критерієм формування групи було наявність 10 і більше фолікулів), контрольну – 25 пацієнтки без ризику розвитку СГЯ. Методи: анамнестичний, клініко-біохімічне обстеження (периферична кров, отримана відразу після пункції фолікулів, - лейкоцитарна формула, фагоцитарна активність нейтрофілів, цитоморфометричні дослідження лімфоцитів, реакція баластної трансформації лімфоїдних клітин, рівень глюкози, загальний білок, альбумін, білірубін, лужна фосфатаза, γ -глутамінтрансфераза, лактат-дегідрогеназа, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін, K⁺, Na⁺), гормональне обстеження на 2-3 день менструального циклу (пролактин, ФСГ, ЛГ, прогестерон, естрадіол, кортизол, ДГЕА-с), УЗД, статистичний. Результати. За даними УЗД перед ЕКЗ середній діаметр домінантного фолікула в контрольній групі 14,24±0,23 мм, що більше, ніж в групі ризику розвитку СГЯ – 12,77±0,21 мм, середня товщина ендометрія у відповідний день в обох групах майже однакова – 7,87±0,11 і 7,99±0,10, мм відповідно. В день введення тригера середні розміри фолікула і ендометрія в обох групах зіставимо, однак в основній групі кількість фолікулів була більше 10. Висновки. 1. На фоні контрольованої гормональної стимуляції овуляції виявлено достовірне підвищення прогестерону (в 5 разів), естрадіолу (в 2,5 рази), альбуміну, натрія, загального вмісту лейкоцитів, в основному, за рахунок сегментоядерних нейтрофілів у жінок з ризиком розвитку СГЯ в порівнянні з групою контролю. 2. Ризик розвитку СГЯ супроводжується різким зниженням потенційної проліферативної здатності лімфоцитів на ФГА (p≤0,05). 3. При розвитку ризику СГЯ спостерігається позитивний зв'язок між кількістю фолікулів та рівнем лейкоцитів крові (r=±0,55), загальним вмістом лейкоцитів та кількістю великих розмірних класів лімфоцитів (КЛ≥10,0 мкм; r=±0,38) і у зв'язку з останнім негативний – з рівнем РБТЛ (r=±0,44), а також позитивну кореляцію вмісту натрія у сироватці крові з кількістю лейкоцитів (r=±0,40), сегментоядерних нейтрофілів (r=±0,45) та естрадіолу і, особливо, прогестерону (r=±0,44). 4. Комплексне обстеження: УЗД, гормональне обстеження, обов'язкове визначення клініко-біохімічних показників периферичної крові дає можливість виявляти ризик розвитку СГЯ з метою корекції протоколу контрольованої стимуляції овуляції і профілактики СГЯ в програмах ЕКЗ.