



отримано 18 ооцитів після додаткового введення тригеру ХГЛ (прегніл 5000 ОД), що дало можливість аспірувати зрілі ооцити. Однак, варто звернути увагу на те, що бажаний результат міг бути обумовлений і поєднанням тригерів (метод подвійного тригеру): ХГЛ із агоністом ГнРГ (прегніл та диферелін). Можливо також припустити, що СПФ міг бути наслідком порушення функції клітин гранульози, а саме недостатньої рецептивності клітин, що призвело до порушення мейотичного дозрівання ооцитів. Як наслідок, не відбулась експансія кумулюса (незрілі комплекси ооцит-кумулюс не піддались аспірації). Описаний клінічний випадок підтверджує наявність синдрому пустих фолікулів, неможливість попередньої його діагностики за даними ультразвукового дослідження і виключає можливість терапевтичної помилки в даній пацієнтки. Вважаємо, що важливим є виконання тесту на наявність ХГЛ та тест на овуляцію в день пункції, особливо в пацієток із низьким рівнем ФСГ та ЛГ.

Продовження досліджень в пошуку підходів в лікуванні СПФ залишається актуальним. Успіхи у вивченні етіології і механізмів виникнення синдрому будуть сприяти подальшому підвищенню ефективності програм IVF.

Юзько О.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Індукована вагітність – це вагітність, яка досягнута з залученням лікарських препаратів і методів допоміжних репродуктивних технологій. Індуковану вагітність неможливо отримати без стимуляції овуляції – медикаментозної дії, спрямованої на стимуляцію дозрівання та/або вивільнення яйцеклітини з яєчника. Це супроводжується ризиком розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ). Для попередження СГЯ ми рекомендуємо дотримуватися такої стратегії: при виявленні жінок групи ризику розвитку СГЯ до або під час програми ДРТ зупинити проведення циклу; у пацієток групи ризику розвитку СГЯ застосування стратегії овуляції, схеми підтримки лютеїнової фази; заморожування яйцеклітин чи ембріонів та відміна трансферу ембріонів.

При спостереженні за індукованою вагітністю в пацієток критичними є перші тижні гестації (гіперконцентрації гормонів) і середина I триместру (регресія жовтого тіла). Призначення скоригованої підтримувальної гормональної терапії в ранні терміни індукованої вагітності – один із найбільш ефективних засобів, що сприяють зниженню репродуктивних втрат. Для забезпечення повноцінної лютеїнової фази необхідне функціонування повноцінного жовтого тіла й нормальна концентрація в крові прогестерону та естрадіолу. Нормальний розвиток вагітності забезпечує не лише сам прогестерон, а фізіологічне співвідношення гестагенів та естрогенів. Крім того, в першій половині лютеїнової фази, коли необхідні стандартні дози прогестерону, надзвичайно чутливий до дії прогестерону залозистий компонент, а в другій половині, коли необхідні більші дози прогестерону, – стромальний.

Метою роботи було проведення аналізу підтримувальної гормональної терапії в ранні терміни індукованої вагітності. Результати нашого дослідження на основі аналізу 6038 циклів продемонстрували таку частоту призначення препаратів прогестерону в програмах ДРТ: прогестерон вагінально в комбінації з прогестероном внутрішньом'язово – 67,9%; прогестерон вагінально в комбінації з прогестероном перорально – 12,9%; хоріонічний гонадотропін у комбінації з іншим типом прогестерону – 12,5%; вагінальні капсули – 4,8%; вагінальний крем / гель – 1,8%; прогестерон у комбінації з естрогенами – 0,1%. Окрім того, в Україні, незважаючи на світовий досвід, майже до середини вагітності призначають кілька препаратів прогестерону в більшості клінік ДРТ, а на комбінації кількох прогестеронів ведуть вагітність до 12-го тижня майже 100% клінік. Водночас, у світі, за даними міжнародного дослідження на підставі аналізу 5000 циклів після настання вагітності в програмах ДРТ підтримка прогестероном триває до виявлення серцебиття плода – у 22%



випадків, до 10-12-ти тижнів – у 66%, до позитивного результату на хоріонічний гонадотропін людини – у 12%.

Таким чином, в Україні вже давно назріла необхідність перегляду принципів підходів до лікувальної стратегії при недостатності лютеїнової фази.

СЕКЦІЯ 12 **СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ** **ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Filipets O.O.

ENDOCRINE COMORBIDITY AND ISCHEMIC STROKE: THE IMPACT ON STROKE SEVERITY AND CASE FATALITY

*Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology
Bukovinian State Medical University*

Endocrine disorders are among the risk factors for cerebrovascular diseases and stroke. In the present study, we aimed to assess a possible impact of endocrine comorbidity on initial severity of acute ischemic stroke, as well as on stroke case fatality.

The study included 356 patients with first ischemic stroke admitted to the stroke center of municipal multidisciplinary hospital; mean age 67.4 ± 0.8 years. Baseline examination on the day of admission included Glasgow Coma Scale (GCS) and National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Mean GCS score was 13.5 ± 0.16 ; NIHSS – 11.4 ± 0.32 . None of the patients was eligible for thrombolysis because of hospitalization delay or unknown onset-to-door timing.

Comorbid endocrine disorders were found in 27.5% of patients: type 2 diabetes – 21.6%, acquired primary hypothyroidism – 5.1%, hyperthyroidism – 0.6%, exogenous Cushing's syndrome – 0.3%.

The acute stage of stroke in patients with diabetes was characterized by lower GCS score (in comparison to patients without endocrine pathology) – 12.0 ± 0.38 and 13.8 ± 0.16 , $p < 0.005$; deeper neurological deficiency according to NIHSS scores (13.6 ± 0.91 vs. 10.2 ± 0.40 , $p < 0.01$), and higher 28-day stroke case fatality ($24.7 \pm 4.61\%$ vs. $13.6 \pm 1.97\%$, $p < 0.01$). Patients with diabetes had higher probability of 28-days stroke case fatality – OR 2.15 (95% CI 1.17-3.96). There was no association between hypothyroidism and fatal stroke found (OR 1.55, 95% CI 0.44-5.18).

Endocrine comorbidity, particularly type 2 diabetes is associated with higher initial stroke severity and increased risk of case fatality in patients with ischemic stroke. Possible associations of other endocrine disorders with the severity of acute ischemic stroke require further investigations.

Grinko N.V.

ADLERIAN UNDERSTANDING OF ORTHOREXIA NERVOSA

*Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology
Bukovinian State Medical University*

It is good to eat healthy food. We are encouraged to do so by major medical associations, personal physicians, the media and even the government. Some people in their quest to be as healthy as possible begin to choose increasingly restricted diets and develop an obsessive, perfectionistic relationship with eating the right foods. This may go so far as to become psychologically and even physically unhealthy. In other words, it can result in eating disorders.

This unhealthy relationship with healthy foods is referred to as orthorexia nervosa from the Greek orthos, meaning “correct or right” and rexia, meaning “appetite.” While orthorexia nervosa (ON) is not listed in the DSM-V, it is the subject of growing academic research and has become an accepted diagnosis in the mental health community.

A person with orthorexia nervosa has become so addicted to eating healthy food that this one goal begins to squeeze out and diminish other important dimensions of life. Thinking about what to eat replaces relationships, friendships, career goals, hobbies and most other pleasures of