

ускладнення, як сечостатева нориця. При підозрі на пошкодження сечового міхура необхідно виконати пробу Зельдовича, у сечовий міхур через катетер вводять не менше 300 мл фізіологічного розчину. Про порушення міхура свідчить надходження рідини в рану. Якщо з міхура виведено менше 250 мл рідини, то необхідно виключити його пошкодження, для цього проводять ретроградну цистографію. Затікання контрасту за межі сечового міхура говорить на користь пошкодження і є показанням до проведення цитотомії, ревізії сечового міхура і ушивання стінки міхура. Операцію закінчують цистостомією та дрениванням навколومیхурової клітковини. Дренивання сечового міхура цистостоמוю необхідно проводити до 10-12 днів, що дозволить попередити неспроможність швів сечового міхура при відновленні самостійного сечовипускання.

УДК 618.177:616-097

**Закутній Т. О.**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ  
БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ З УРАХУВАННЯМ  
АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

**Науковий керівник: к. мед. н., асистент Бакун О.В.**

У структурі безплідного шлюбу основне місце продовжує займати трубний фактор, його частота досягає 18 – 73%. Сьогодні визнано, що запліднення *in vitro* і перенос ембріонів (ЗІВ і ПЕ) є найбільш ефективним і економним методом лікування як жіночого, так і чоловічого безпліддя. Залишається нез'ясованим питання впливу антиоваріальних антитіл на ефективність лікування безпліддя методом ЗІВ і ПЕ.

На даний час основним способом імунодіагностики автоімунного ураження яєчників є імуноферментний метод визначення циркулюючих антиоваріальних антитіл у крові. Антиоваріальні антитіла можуть пошкоджувати різні структури яєчників, включаючи клітини поверхні оболонки, жовтого тіла, ооцити (яйцеклітини) та окремі клітини в інтерстиції яєчників.

Нами було обстежено 58 жінок з безпліддям трубного генезу, яким проводилося запліднення *in vitro*.

До і після проведення плазмаферезу проводилося визначення рівня антиоваріальних антитіл у крові досліджуваних жінок. Для порівняння ці ж дослідження проводили в групі жінок, яким не проводився плазмаферез, та в контрольній групі (здорові жінки).

Висновок. Після проведення плазмаферезу підвищений рівень антиоваріальних антитіл різко зменшується, що вказує на його ефективність і можливість використання в програмі підготовки до ЗІВ.

УДК 616.151.5:616.14]-073.43

**Зубко І.Ю.**

## **ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ МЕЙ-ТЕРНЕРА, ЙОГО КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ.**

*Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*  
**Науковий керівник: магістр хірургії, асистент Орел М.Г.**

Актуальність. У 1851 році Вірхов зауважив, що тромбоз глибоких вен може виникати у 5 разів частіше у лівій нозі, в порівнянні з правою. У 1957 році, Мей та Тернер надали пояснення цьому феномену, в основу якого були покладені анатомічні варіації лівої загальної клубової вени.

Дійсний рівень захворюваності на синдром Мей-Тернера (СМТ) є недостатньо вивченим. Згідно з даними прижиттєвої діагностики чи автопсій він може складати 14.8 - 32% . Синдром Мей-Тернера часто є недооціненою причиною тромбозу глибоких вен у жінок під час вагітності. Пацієнти із встановленим діагнозом синдрому Мей-Тернера повинні бути обстеженими на тромбофілію, частота якої при даному синдромі, що супроводжується перенесеним тромбозом глибоких вен, складає 67% .

Мета дослідження. Визначити критерії наявності синдрому Мей-Тернера при обстеженні методом кольорової дуплексної сонографії та встановити зв'язок даного синдрому з виникненням патології магістральних вен нижніх кінцівок та тазу у досліджуваних пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстеження проводилося за допомогою системи кольорової дуплексної сонографії «Toshiba Powervision-6000» з датчиками змінної частоти: лінійним (5,0 – 12,0 МГц) для обстеження поверхневих вен та конвексним (2,5 – 4,0 МГц) для обстеження глибоких вен нижніх кінцівок, тазу та нижньої порожнистої вени.