

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ЗБІРНИК ТЕЗ  
міжвузівської конференції молодих вчених та  
студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

**(Харків – 16-17 січня 2017 р.)**

**Харків - 2017**

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)  
Харків, 2017. – 600 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено Вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

беременность. Остановить роды удалось только у 8 женщин с помощью применения препаратов, снижающих тонус матки (генипрал, партусистен). У остальных в связи с преждевременным излитием околоплодных вод сохранение беременности оказалось невозможным, поэтому было принято решение введение родов с рождением недоношенного ребенка.

Можно сделать вывод, что вышеуказанные клинические симптомы являются поздним проявлением уже начавшихся родов, когда меры для остановки прерывания беременности малоэффективны. Поэтому следует направить силы на диагностику прерывания беременности на более ранних этапах для последующей правильной тактики введения таких пациенток.

**Запара А.С., Чехунова А.А.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ**  
**МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИРОЗА**  
**ЯИЧНИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Липко О.П.**

Эндометриоз является одним из самых многоликих и загадочных гинекологических заболеваний. Несмотря на вековую историю и огромное внимание ученых всех стран, многие аспекты эндометриоза все еще остаются не уточненными.

Учитывая высокую частоту рецидивирования только полное удаление или уничтожение очага эндометриоза хирургическим путем с использованием различных современных энергий является некоторой гарантией ликвидации заболевания.

Неоценимое значение в этом плане имеет лапароскопия, позволяющая выявить самые ранние формы заболевания и под оптическим увеличением произвести удаление этих очагов.

На сегодняшний день существуют различные методы эндохирургического лечения эндометриoidных гетеротопий: используют диатермоэлектрокоагуляцию, термокоагуляцию, лучевую аргоновую коагуляцию, которые имеют различную глубину проникновения в ткани. Учитывая тот факт, что при визуализации эндометриoidных очагов во время лапароскопии невозможно оценить глубину инвазии, а она зачастую не зависит от площади эндометриoidного очага на поверхности яичника нами проведено сравнительное изучение эффективности эндохирургического лечения «малых» форм эндометриоза яичников различными видами энергий.

Отбор пациенток в возрасте от 18 до 38 лет проводился во время лапароскопии, производимой по поводу бесплодия. Из них у 123 женщин выявлены «малые» формы эндометриоза яичников.

Пациентки были распределены по группам следующим образом:

43 пациенткам (1 клин. группа) - у которых во время лапароскопии были обнаружены «малые» формы эндометриоза яичников, проводилась электрокоагуляция очагов эндометриоза при мощности 40-60 Вт;

40 пациенткам (2 клин. группа), проводилась термокоагуляция очагов с температурой 120-130°C и экспозицией 15-20 с;

40 пациенткам (3 клин. группа) — лучевая аргоновая коагуляция, мощность 40-60 Вт со скоростью потока газа 6-8 л/мин и экспозицией 15-20 с.

Контрольную (4 клин. группу) составили 30 пациенток, которым лапароскопия производилась в связи с трубно-перитонеальной формой бесплодия и яичники были без патологических изменений.

С целью выяснения морфофункциональных изменений в эндометриоидных гетеротопиях в зависимости от метода коагуляции до и после воздействия пациенткам всех клинических групп во время лапароскопии производилась биопсия эндометриодного очага с последующим гистологическим исследованием.

При гистологическом исследовании очагов эндометриоза обнаружено: наличие единичной железистой структуры с эпителиальной выстилкой без признаков функциональной активности (отсутствие в цитоплазме клеток гликогена и овальной формы ядра, занимающие большую часть клеток).

При термокоагуляции в зоне очага эндометриоза отмечаются большей частью дистрофические изменения эндометриоидной железы, преобладает пикноз, имеется незначительное количество ядер с явлениями рексиса. Базальная мембрана сохранена, отмечается ее набухание и неравномерное утолщение цилиндрического эпителия. Необходимо также отметить, что быстрое образование нагара на рабочей поверхности электродов уменьшает их теплопроводность и, следовательно, эффективность воздействия. Таким образом эффект воздействия поверхностный.

При воздействии аргоновой коагуляции в эндометриоидных очагах обнаруживались явления пикноза и кариорексиса клеток цилиндрического эпителия, вакуолизация цитоплазмы, частичная фрагментация коллагена в базальной мембране, что свидетельствует о частичном ее повреждении. Макроскопически в результате аргонового коагулирующего эффекта создавался тонкий 1-2 мм струп. Эффект воздействия был также поверхностным и не способствовал полной ликвидации патологического процесса.

После электрокоагуляции как на поверхности, так и в субкортикальных отделах обнаруживались полностью разрушенные клетки, вакуолизация цитоплазмы, распад базальной мембраны, о чем свидетельствует фрагментация коллагена IV типа.

Таким образом эффект воздействия ДЕК имеет достаточную глубину проникновения и способствует полному уничтожению эндометриоидных гетеротопий.

Бахтиярова А.М. ....	208
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	208
Гнатенко О.В., Кебашвили С.В. ....	210
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ .....	210
В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	210
Гнатенко О.В., Прокопенко А.Н., Никольский Н.С. ....	211
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ЖИВОТА В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ .....	211
Гусейнова Н.Х. ....	212
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	212
Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю. ....	213
ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ.....	213
Журба Е.П., Луценко М.Ю. ....	215
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В АКУШЕРСТВЕ .....	215
Запара А.С., Чехунова А.А. ....	216
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ.....	216
Иванова Т.А., Корпань Т.В. ....	218
ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .....	218
Красун О.С., Скопенко А.С. ....	219
ДИАГНОСТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....	219
Кормилец Д.А. ....	219
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ .....	219
Лахно Ю.В. ....	220
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .....	220
Луцкий А.С. ....	221
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПЕРЕНОСЕ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ БЛАСТОЦИСТ В ЕСТЕСТВЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ.....	221
Мелихова Т.В. ....	222
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С БЕСПЛОДИЕМ....	222
Мельник К.А., Эйлазова А.О., Резник М.А., Ракитянский И.Ю. ....	223
ПАТОГЕНЕЗ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....	223
У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ .....	223
Пилипенко Н.С., Романова Н.В. ....	224
СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО–КЮСТНЕРА-МАЙЕРА-ХАУЗЕРА .....	224
Попович О.О. ....	225
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	225
Сапаров М. ....	226
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ .....	226
Сендецкий С.С., Рябушко И.Р., Романова Н.В. ....	228
ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ВХОДА ВО ВЛАГАЛИЩЕ.....	228
Скибина К.П., Алексеева Е.С. ....	229
СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ .....	229
Скринник И.Ю., Сущенко М.С., Птуха О.Г. ....	230
ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	230
Столбова Н.А. ....	231