

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*До 213-ої річниці відкриття
харківської вищої медичної школи*



**Збірник тез
міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів
«Медицина III тисячоліття»**

22-24 січня 2018

м.Харків - 2018



УДК 61.061.3 (043.2)
ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 22-24 січня 2018 р.)
Харків, 2018. – 380 с.*

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 21 грудня 2017 р.



Акушерство та гінекологія



призначено кліндаміцину фосфат 100 мг у суппозиторіях інтравагінально. Пацієнткам II групи було запропоновано застосовувати препарати, що містять лакто- та біфідобактерії перорально та інтравагінально.

Результати. За даними першого контрольного дослідження клінічне одужання і нормалізацію лабораторних показників в I групі спостерігали у 8 жінок (80%), у 2 пацієнток - виявлено кандидоз, у всіх жінок спостерігалася відсутність лактофлори. У II групі нормальні лабораторні показники отримали 9 жінок (90%), у 1 жінки, не дивлячись на регресування, зберігалися прояви БВ.

Висновки. Таким чином, комплексна терапія пробіотиками не поступається ефективністю антибактеріальній терапії та є більш безпечною. У випадках бактеріального вагінозу у вагітних жінок терапію слід починати саме з призначення пробіотиків.

Журба Є.П.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ І ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВІД ПЛОЩІ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Аралов О.М.

Актуальність: Наявність декількох плодів є одним з найважливіших предикторів розвитку гестозів на пізніх термінах, що вимагає ще більшої уваги в питаннях ранньої діагностики ускладнень і застосування раціональних профілактичних заходів для їх запобігання. Відомо, що величина плацентарної площадки, а отже, і площа плацентарного кровотоку, більше при багатоплідній вагітності, ніж при одноплідній, і збільшується при біхоріальній біамніотичній двійні в порівнянні з монохоріальною моноамніотичною.

Мета: Вивчення залежності ступеня тяжкості і частоти розвитку прееклампсії від площі плацентарного кровотоку.

Матеріали і методи: Для досягнення мети ретроспективно вивчено 40 історій пологів за 2016 рік. Середній вік вагітних становив $30,2 \pm 1,5$ року. Пацієнтки були розділені на 3 групи: в 1 групу увійшло 10 жінок з біхоріальною діамніотичною двійнею, 2 групу склали 10 пацієнток з монохоріальною діамніотичною двійнею відповідно. Також була створена контрольна група з 20-ти жінок з одноплідною вагітністю. Критерієм включення в дослідження був термін гестації не менше 22 тижнів на момент початку дослідження. Критерієм виключення була наявність онкозахворювань, ВІЛ-інфекції, важкої екстрагенітальної патології, яка могла б значно погіршити перебіг вагітності. Для заключення діагнозу згідно МКБ 10 оцінювалися такі показники: артеріальний тиск (АТ) в стані спокою, наявність і поширеність набряків, кількість білка в сечі.

В 1 групі відзначалося підвищення артеріального тиску вище $140 \setminus 90$ мм.рт.ст, але не більше $160 \setminus 110$ мм.рт.ст, а також наявність протеїнурії більше 0,3 г, але менш 5 на добу в комбінації з набряками у 4 (40%) жінок, що відповідає критеріям прееклампсії середнього ступеня тяжкості. Ізольоване підвищення АТ без протеїнурії і набряків зазначалося у 2 (20%) вагітних даної групи. У 1 (10%) жінок було зафіксовано підвищення артеріального тиску вище $160/110$ мм.рт.ст. і протеїнурія склала понад 5 г на добу, що відповідає клінічній картині прееклампсії важкого ступеня, в зв'язку з чим жінки були негайно розроджені шляхом операції кесаревого розтину. У 2 групі прееклампсія середнього ступеня була виявлена у 3 (30%) пацієнток, ізольована гіпертензія викликана вагітністю у 1 (10%), прееклампсія важкого ступеня була виявлена лише у 1 (10%) вагітної. Найбільш кращі показники виявилися в контрольній групі: прееклампсія середнього ступеня діагностована у 4 (20%) пацієнток, важкого ступеня у 2 (10%), гіпертензія викликана вагітністю у 3 (15%).

Висновки: Виходячи з проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що з формуванням більшої площі плацентарного кровотоку у жінок з біхоріальною діамніотичною



двійною збільшуються шанси розвитку ендотеліальної дисфункції, що в подальшому може призвести до преєклампсії різного ступеня тяжкості.

Кебашвили С.В., Добровольская Л.А.
ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Введение. Ведущее место в структуре гинекологической патологии девушек-подростков занимают нарушения менструальной функции (НМФ), которые, в большинстве случаев, возникают вторично и могут быть обусловлены наличием кист яичников, значительная часть которых представлена ретенционными (70%). При этом одним из наиболее частых и грозных осложнений является их перекрут, вызывающий картину острого живота.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и клинических проявлений НМФ у пациенток пубертатного возраста с перекрутом придатков матки и оптимизация хирургической тактики их лечения.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ обследовано 25 девушек-подростков 14-17 лет, которым было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование с глубоким изучением анамнеза. В 1 группу (основную) вошли 16 пациенток с перекрутом придатков матки на фоне кисты яичника (в том числе ретенционной), 2 группу (сравнения) составили 9 больных с перекрутом интактных придатков матки.

Результаты и их обсуждение. Пациентки были госпитализированы с явлениями острого живота. В процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики всем больным был установлен окончательный диагноз «перекрут придатков матки». Основными жалобами, предъявляемыми девушками-подростками при поступлении, были интенсивные боли в нижних отделах живота (100%), тошнота (60%), рвота (40%), субфебрильная температура (30%). Анализ анамнестических данных показал, что у пациенток 1 группы менструальная функция была нарушена. Отмечались дисменорея, олиго-опсоменорея, вторичная аменорея. Средний возраст менархе у большинства девушек находился в пределах 12 - 14 лет, раннее менархе было у 3 пациенток, позднее – у 2 девочек. Продолжительность периодов между менструациями составила от 1,5 до 2-3 месяцев. Статистически значимых различий в продолжительности менструации выявлено не было. Болевому синдрому с явлениями острого живота, как правило, предшествовала задержка менструации, обусловленная наличием ретенционного образования яичника, чаще справа.

У пациенток 2 группы НМФ, как правило, не отмечалось, за исключением одной больной 15 лет с сопутствующим диагнозом «сахарный диабет I типа», у которой было позднее менархе и НМФ по типу олигоменореи. Патогенетические механизмы репродуктивных нарушений при сахарном диабете заключаются в подавлении импульсной генерации гонадотропин-рилизинг-гормона (Гн-РГ) за счет снижения концентрации инсулиновых рецепторов на нейронах, продуцирующих Гн-РГ. Перекрут интактных придатков матки у этой больной мог быть обусловлен анатомическими особенностями внутренних половых органов и более подвижным образом жизни.

Больным обеих групп выполнено 25 оперативных вмешательств посредством лапароскопии с проведением органосохраняющих операций. При отсутствии некроза проведена деторсия (в двух случаях при перекруте на 720 градусов).

Выводы. Перекрут придатков матки – ургентное состояние, требующее оказания неотложной гинекологической помощи, основными клиническими симптомами которого являются острая интенсивная боль в нижних отделах живота, тошнота, рвота. Нарушения

Тяжлова Н.Н., Долгова Т.С.	158
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	158
Хартанович М.В.	159
ЛЕВОСИМЕНДАН В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ	159
ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ШЛЯХУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ У	160
ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ТОВСТОКИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	160
Шарлай К.Ю.	161
РІЗНІ СХЕМИ АНАЛГОСЕДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ	161
Юревич Н.А., Алексеева В.В., Кольцова Л.В.	161
ДИСКОМФОРТ В ГЛОТКЕ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	161
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	163
Afanasiyeva V.A.	164
INFLUENCE OF HYPOKINESIA ON THE MENSTRUAL FUNCTION STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY AND METHODS OF TREATMENT OF THESE DISTURBANCES	164
Yakubbekova S.S., Muhtarjanova X.N., Mamarasulova D.Z.	164
VALUE ANALYSIS ONKOMARKERY CA 125 IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS GENITAL	164
Аралова В.О.	165
ЕТИОЛОГІЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ З UREOPLASMAUREALITICUM І HUMANPAPILLOMAVIRUS	165
Арсентьева А.В., Гнатенко О.В.	166
ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ.....	166
Арутюнян А. Ю., Градиль О. Г.	167
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	167
Благовещенский Р.Е., Мельник К.А.	167
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕРАТОДЕРМОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ	167
Верба Я.В. Нестерук А.В.	168
ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	168
Галашко К.Ю., Голубева А.О.	169
СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ У ВАГІТНИХ ЖІНОК	169
Журба С.П.	170
ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ І ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВІД ПЛОЩІ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ	170
Кебашвили С.В., Добровольская Л.А.	171
ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	171
Ковальчук В.Н., Кормилец Д.А.	172
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	172
Колотилов А.В.	173
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	173
Кука А.С.	173