

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



Методы исследования: Под наблюдением находилось 38 беременных женщин с гиперпролактинемией, в анамнезе которых было самопроизвольное прерывание беременности до 12 недель. Группу контроля составили 14 здоровых беременных женщин. Всем женщинам были проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, определение уровня пролактина в динамике. На этапе прегравидарной подготовки все женщины с гиперпролактинемией получали терапию, направленную на нормализацию уровня пролактина (каберголин 0,5 мг). При проведении дальнейшего исследования, в зависимости от используемого метода профилактики и лечения невынашивания основная группа была разделена на две подгруппы. В первой подгруппе (18 беременных) применялись общепринятые методы сохраняющей терапии (седативные препараты, спазмолитики, микронизированный прогестерон 200 мг 2 раза в сутки – вагинально). Во второй подгруппе (20 беременных) комплекс профилактических мероприятий включал терапию агонистами допаминовых D2-рецепторов – каберголин 0,5 мг в индивидуально подобранной дозировке.

Результаты и их обсуждение: Анализируя полученные результаты в 1 подгруппе беременных уровень пролактина колебался в пределах 56 – 120 мг/мл, тогда как во 2 подгруппе уровень пролактина был в пределах нормы (21 – 23,5 мг/мл). В 56% случаев (10 беременных) первой подгруппы была установлена неразвивающаяся беременность в сроках 5-9 недель. При этом во второй подгруппе только у 2% (1 беременная), зарегистрирована неразвивающаяся беременность в сроке 5 недель.

Выводы: Таким образом предварительная подготовка женщин с гиперпролактинемией и привычным невынашиванием беременности с последующим ведением беременности на фоне терапии агонистами допаминовых D2-рецепторов – каберголином способствует благоприятному течению беременности, устраняя, по-видимому, нарушения гемодинамики, что способствует профилактике невынашивания беременности.

Плехова О.А.

ПРЕДИКТОРЫ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Дынник А.А.

Актуальность: По данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью и родами, развиваются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. заканчиваются летально. Материнская смертность, обусловленная послеродовыми кровотечениями, составляет 25 % всех случаев смертей, связанных с беременностью и родами, половина из которых обусловлена нарушением тонуса матки.

Послеродовое гипотоническое кровотечение чаще всего возникает в первые часы после родов и, в основном, обусловлено недостаточной сократительной активностью матки вследствие аномалий родовой деятельности, перерастяжения матки (крупный плод, многоплодие, многоводие и др.), инфантилизма, предшествующих воспалительных заболеваний (метроэндометрит), наличия опухолей матки (лейомиома).

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы: ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 10 женщин с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде (I гр.) и 20 женщин с физиологическим течением беременности и родов (II гр.).

Результаты: У женщин I гр. после родов через естественные родовые пути первая половина беременности характеризуется снижением количества гемоглобина на 0,18г/л, уменьшением количества общего белка на 2,70 г/л, уменьшением уровня общего билирубина - 1,75 мкмоль/л, ПТИ - 1,75%, АЧТВ - 1,75 сек. Во второй половине беременности у женщин

с кровотечениями на 25,22% чаще диагностирована анемия ($R=2,30$, ДИ (0,06-0,06)), койко-день дородовой госпитализации увеличен на 1,75; у них на 10% чаще были программированные роды, многоводие регистрировалось на 10% чаще, уровень гемоглобина снизился на 3,68 г/л, повысился уровень билирубина на 6,34 мкмоль/л и фибриногена на 0,77 г/л. У женщин с кесаревым сечением, осложненным гипотоническим кровотечением в раннем послеоперационном периоде, на 20% чаще отмечены аномалии расположения плаценты по данным II УЗИ-скрининга.

В 70% случаев объем гипотонического кровотечения составил 500-650мл. и возникало кровотечение в первые 30 минут после родов. Во всех случаях оказание медицинской помощи при кровотечении соответствовало акушерскому протоколу, и включало введение утеротоников, аналога простагландинов (мизопропростол), транексамовой кислоты, инфузионную терапию. В 30% случаях потребовалось введение препаратов крови (эритроцитарной массы).

В послеродовом периоде наиболее 50% встречалась постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. При гистологическом исследовании последа у 7 женщин выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности, у 3 – признаки воспаления. Во II группе все диагностически значимые показатели были в пределах нормы.

Выводы. Установлено, что возраст женщин, антропометрические данные, менструальная функция и акушерско-гинекологические анамнез достоверно не различались между женщинами, роды которых осложнились ранним послеродовым кровотечением, и без данного осложнения. Нарушения ряда лабораторных показателей (гемоглобин, общий билирубин, общий белок, фибриноген, ПТИ и АЧТВ), являются прогностически значимыми в отношении возникновения кровотечения в раннем послеродовом периоде, и могут быть использованы для выработки плана родоразрешения.

Полякова В.В.

ОЦЕНКА ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Скорбач Е.И.

Дистресс плода – патология, характеризующаяся комплексом изменений, возникших в условиях недостаточного обеспечения кислородом тканей и органов. Причинами являются хронические сердечно-сосудистые, бронхолегочные и гематологические заболевания беременной, нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока различного генеза, а также непосредственно аномалии развития плода.

Цель работы – проанализировать данные основных методов диагностики и маркерных показателей дистресса плода.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй беременности и родов 30 женщин. В зависимости от состояния новорожденных все женщины были разделены на следующие группы: в I группу вошли 15 пациенток, родивших здоровых новорожденных с массой тела 3450 ± 478 г и ростом $51,1 \pm 1,7$ см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, которые находились в палате совместного пребывания. II группу составили 15 пациенток, родивших новорожденных с массой 2570 ± 32 г и ростом $46 \pm 1,7$ см, состояние новорожденных которых оценивалось в 5-6 баллов по шкале Апгар и находились в палате интенсивной терапии.

Результаты. В результате проведенного анализа было установлено, что при дистрессе плода снижается уровень плацентарного лактогена ($3,5 \pm 0,53$ мкг/мл) у 13 (86%) женщин II группы, что достоверно отличалось от I группы (выше 4) ($p < 0,05$). При проведении амниоскопии отмечалось наличие вод, окрашенных меконием у 12 (80%) женщин 2-й группы в отличие от женщин I группы, где околоплодные воды были светлые, прозрачные ($p < 0,05$). При проведении кардиотокографии у 13 (86%) женщин II группы констатирован монотонный ритм в отличие от женщин I группы, где наблюдались показатели, которые

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА	173
Лесная А.С.	174
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	174
Луцький А.С., Кудін І.Д.	175
ЗНАЧЕННЯ ПРЕІМПЛАТАЦІЙНОЇ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЦИКЛІВ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ	175
Луцький А.С., Кудін І.Д.	176
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ШЛЯХОМ ВИБОРА ТРИГЕРА ФІНАЛЬНОГО ДОЗРІВАННЯ ООЦИТІВ	176
Мелихова Т.В.	177
Нагорный И.А.	178
ЭФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА САЛЬПИНГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ	178
Острягина О.А.	178
ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНОМ МС1R В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	178
Петрик А.И.	179
ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ.....	179
Плехова О.А.	180
ПРЕДИКТОРЫ ГИПОТОНИЧЕСКИКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	180
Полякова В.В.	181
ОЦЕНКА ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА.....	181
Попович О.О.	182
ОСОБЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРНО РОДЯЩИХ ЖЕНЩИН	182
Ракитянський І.Ю., Резник М.А., Лунева М.С.	182
ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ	182
Строгая Е.А.	183
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА	183
Чехунова А.О.	184
МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВИЙ ТРАВМАТИЗМ ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН ...	184
Шакирова О.О.	185
АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В УКРАИНЕ	185
Шатунова Ю.И.	185
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	185
Эллазова А.О.	186
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА МАЛЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ	186
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	187
Potikhenska Khrystyna	188
HENOCH SCHONLEIN PURPURA IN CHILDREN: CLINICAL CHARACTERISTICS	188
Sanina Iryna	188
DIASTOLIC FUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE IN CHILDREN WITH A DISTURBANCE OF THE PROCESSES OF MYOCARDIAL REPOLARIZATION	188
Антоненко Я.М., Панова В.В.	189
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДИТИНИ.....	189
Бабичева К.А., Бугайова Ю.О., Луб'янова Є.-О.Є., Веремей Д.А., Ніколенко В.В.	190
ІМУННА ВІДПОВІДЬ У ДІТЕЙ З НОСІЙСТВОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСА.....	190