



ЗБІРНИК ТЕЗ МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ «МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»

Видання здійснено за підтримки Харківської національної університетської лікарні

УДК 61.061.3 (043.2)
ББК 61 (063)

Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 29-31 січня 2019р.) Харків, 2019. – 732 с.

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



Акушерство та гінекологія





Чехунова А.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Щербина М.О.

Введення. Протягом багатьох років ендометріозу як медико - соціальному чиннику відводиться важлива роль.

Метою роботи є вивчення механізмів патогенезу різних форм і ступенів розповсюдження генітального ендометріозу і розробка раціональної лікувальної тактики, направленої на підвищення ефективності лікування і реабілітації хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 115 хворих на зовнішній і внутрішній ендометріоз I-II, III-IV ступені розповсюдження. 57 (49,6%) пацієнткам проводилося традиційне консервативне лікування ендометріозу. 58 (50,4%) пацієнток одержували диференційоване гормональне і імунологічне лікування з урахуванням локалізації ендометріодних гетеротопій.

Програма імунологічних досліджень включала вивчення Т-системи, цитокинової і фагоцитарної ланки імунітету. Рецептори статевих стероїдів в тканині ендометріодних гетеротопій і ендометрію визначали конкурентним радіолігандним методом.

Результати і їх обговорення. В проведених нами імунологічних дослідженнях встановлено, що при I-II ступені розповсюдження захворювання відсутнє первинне порушення загальної імунореактивності організму, а інвазія ендометріодних гетеротопій пов'язана з порушенням місцевого імунітету. Порушення в стані загального імунітету у хворих на різні клінічні форма ендометріозу носять вторинний характер, на що вказують динаміка наростання змін в імунному статусі хворих із зростанням ступеня розповсюдження захворювання, а також наявність істотних відмінностей в загальній



імунологічній реактивності залежно від локалізації ендометріюїдних гетеротопій.

Аналіз місцевого гормонального гомеостазу показав, що в ендометріюїдних гетеротопіях при аденоміозі є підвищення в порівнянні з ендометрієм здорових жінок естрогенових (ЕР) і зниження прогестеронових (ПР) рецепторів ($p < 0,05$). Концентрація ЕР і ПР в ендометріюїдних вогнищах яєчників достовірно не відрізняється від такої в ендометрії здорових пацієнток ($p > 0,05$). При ретроцервікальному ендометріозі виявлено достовірне зменшення рецепторів естрогену і прогестерону ($p < 0,05$), що свідчить про меншу чутливість ендометріюїдних вогнищ при вказаній формі ендометріозу до дії сироваткових гормонів.

З урахуванням одержаних даних про особливості імунітету, гормонального гомеостазу у хворих з різною локалізацією і ступенем тяжкості генітального ендометріозу при I-II стадії ми застосували глюконат кальцію, який посилює місцеві захисні реакції, підвищує адгезію кілерів на клітках-мішенях і пригнічує проліферацію ендометріюїдних гетеротопій. З метою посилення функціональної активності фагоцитів і регуляції місцевого цитокінового балансу застосовували імуностимулюючий засіб (тимоптин). На більш пізніх стадіях ендометріозу (III-IV) перевага була віддана препарату, який підвищує загальну імунореактивність організму, і особливо Т-звена імунітету - внутрішньовенний імуноглобулін людини нормальний. Гормонотерапію також проводили диференційовано. При аденоміозі призначалися антигонадотропіни або антиестрогени. При ендометріозі яєчників призначалися синтетичні прогестини або чисті гестагени. При ретроцервікальному ендометріозі перевага віддавалася хірургічному лікуванню, а також використовувалися антигонадотропіни.

Висновки. Консервативна терапія ендометріозу приводила до більш раннього і стабільного клінічного ефекту, в порівнянні з традиційною терапією, сприяла зменшенню рецидивів ендометріозу в 1,5-2 рази.



L-АРГІНІН ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОДІ МЕНОПАУЗИ	278
Пономарьова А., Макаренко Н.	280
СУЧАСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	280
П'ятигор А.	281
РІЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	281
Рибіна А.	283
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ	283
Саєнко В., Коломієць О.	285
РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ В НОРМАЛЬНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ	285
Строга Є., Благовещенський Р., Рогозянський Б.	286
ПОРІВНЯЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНОСТІ РІЗНИХ ВИДІВ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІЇ	286
Чехунова А.	288
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ	288
Арсентьева А.	290
Особенности диагностики трофобластической болезни. (клинический случай)	290
Кебашвили С., Гнатенко О., Благовещенский Р.	292
АБДОМИНАЛЬНИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНИХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	292
Кудин И., Грищенко В.	294
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРУВАННЯ ПРИ ДІАГНОСТИКЕ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ПЛОДА	294
Луцкий А.	296
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ И НАТИВНЫХ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	296
Мыхальчук Т.	298
РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	298
Моргачова И.	301
СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО- КЮСТНЕРА-МАЙЕРА- ХАУЗЕРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	301
Нестерук А., Просюк А.	302
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В СОЧЕТАНИИ С УЗЛОВАТОЙ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	302
Плавун Н., Гасанова А.	304
Презклампсия при дихориальной диамниотической двойне (клинический случай)	304
Плехова О.	305