



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

Видано за підтримки Харківської національної університетської лікарни

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





показники настання вагітності значно вищі, ніж у пацієток з перенесенням ембріонів у стимульованому циклі.

Полякова Д.

L-АРГІНІН ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОДІ МЕНОПАУЗИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №1

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Тарусіна О.В, к.мед.н., ас. Скорбач О.І.

Актуальність. Однією з найбільш поширених причин інвалідизації і смертності серед жінок в постклімактеричному віці – це серцево-судинні захворювання, факторами ризику яких є метаболічні порушення в період менопаузи. Згідно з поточними даними, для всіх пацієток з порушеннями менопаузального метаболізму в першу чергу повинні бути рекомендовані помірна фізична активність, дієта, а також замісна гормональна терапія (ЗГТ). Однак існує ряд абсолютних протипоказань для призначення ЗГТ. У зв'язку з чим необхідно формування інших засобів корекції менопаузальних метаболічних порушень. У даній роботі як один з компонентів такої комплексної терапії буде розглянуто L-аргінін. Дана амінокислота є субстратом вазоактивної молекули NO, яка синтезується за допомогою ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) і прискорюється кофактором тетрагідробіоптеріна (BH4). Вирішальну роль в регуляції біодоступності оксиду азоту відіграє стабільність eNOS. Останнє може бути порушено в разі недосконалості системи L-аргініну або його кофакторів (одним з яких є BH4), що сприяє продукуванню супероксида замість оксиду азоту. Введення додаткового L-аргініну дозволяє долати гальмування експресії eNOS і зниження рівня NO та тим самим попередити метаболічні порушення під час менопаузи. Дана амінокислота здатна активувати продукцію не тільки оксиду азоту, тим самим коректуючи ендотеліальну дисфункцію судин, а й інших речовин, що поліпшують перебіг різних метаболічних процесів в організмі жінки (наприклад, підвищення секреції інсуліну, активація гліколізу,



підтримання високоенергетичних метаболічних і стимуляція регенеративних процесів, потенціювання дії нейротрансмітерів).

Мета. Описати переваги використання L-аргініну як головного донора оксиду азоту; довести ефективність і доцільність застосування L-аргініну в комплексній терапії менопаузальних симптомів.

Методи дослідження. Нами були обстежені 15 пацієнок перименопаузального віку ($51,2 \pm 3,5$ года), які були розподілені в три групи по 5 осіб. До складу 1-ї групи досліду увійшли жінки, які страждають на гіпертонічну хворобу I стадії, до 2-ї групи досвіду і групи контролю були включені жінки, які не мають захворювань серцево-судинної системи. Основним критерієм відбору обстежуваних стала відсутність у них прийому будь-яких гормональних препаратів протягом попередніх 6 місяців до початку дослідження. Були визначені вихідні дані таких гемодинамічних показників у пацієнок, як частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний (САТ), діастолічний (ДАТ), середній (АТср) і пульсовий артеріальний тиск (АТп). Після чого обидві групи досвіду протягом 3 тижнів щодня здійснювали пероральний прийом L-аргініну в дозі 1 г (2×500 мг) / добу, в той же час представники групи контролю отримували плацебо.

Результати та їх обговорення. Після закінчення тритижневого курсу прийому препаратів простежується позитивна динаміка в зміні гемодинамічних показників у пацієнок з гіпертонічною хворобою I стадії, які отримували L-аргінін, а саме середня величина ЧСС знизилася на 3,5%, САТ – на 2%, ДАТ - на 5,3 %, АТср – на 4,4% і АТп збільшилася на 3,7%. Чи не суттєві зміни також спостерігаються у жінок без патологій серцево-судинної системи; ЧСС знизилася на 1,4%, САТ – на 2,4%, ДАТ – на 1,4%, АТср – на 0,5% і АТп без змін. Зниження показників у групи контролю не спостерігається.

Висновки. Застосування L-аргініну в дозі 1 г/добу протягом трьох тижнів сприяло нормалізації гемодинамічних показників не тільки у жінок клімактеричного віку, які страждають на гіпертонічну хворобу, а й у пацієнок, які не мають захворювань серцево-судинної системи. Отже, застосування



препаратів, що містять L-аргінін, є перспективним напрямком у профілактиці та ранньої корекції метаболічних порушень у жінок клімактеричного віку.

Пономарьова А., Макаренко Н.

СУЧАСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Щербина І.М., к.мед.н., ас. Курічова Н.Ю.

Актуальність: Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – причина оваріальної дисфункції у жінок репродуктивного віку. Будучи причиною більше половини випадків безпліддя ендокринного генезу (50 – 75%), СПКЯ підвищує ризик невиношування вагітності, а також таких перинатальних ускладнень, як гестаційний діабет, фетальна макросомія, гестаційна гіпертензія. Внаслідок метаболічних, гормональних порушень пацієнтки з СПКЯ мають підвищений ризик ановуляторних циклів і складають основну групу жінок, які звертаються до лікарів щодо процедури екстракорпорального запліднення. На сьогоднішній день перспективним напрямком у профілактиці та лікуванні симптомів СПКЯ, а також обумовленого синдромом безпліддя вважається застосування міо-інозитулу. Мета: вивчення впливу міо-інозитулу на метаболічні порушення у пацієток з СПКЯ.

Матеріали та методи: Було використано дві групи жінок (контрольна група – 27 жінок, та основна – 25 жінок) с синдромом полікістозних яєчників, які приймали міо-інозитол та фолієву кислоту. Пацієнтки контрольної групи (n = 27) отримували 400 мкг фолієвої кислоти, а пацієнтки основної групи (n = 25) – міо-інозитулу в дозі 4 г / добу і фолієвої кислоти 400 мкг / добу.

Результати: Рівень естрадіолу був вірогідно вище у пацієток основної групи вже з першого тижня лікування. Прийом міо-інозитулу сприяв збільшенню рівня



Миняйленко В.....	253
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОМ ГАДЮКИ НИКОЛЬСКОГО (VIPERA NIKOLSKII).....	253
Стоян А.....	255
СПЛАНХНИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ	255
Vozhko O.....	256
OXIDATIVE STRESS AS THE MAIN FACTOR IN THE PATHOGENESIS OF PANCREATIC PSEUDOCYST	256
Khalimov E., Galyapa V., Prochorov O.....	258
SURGICAL TACTIC FOR CLOSED INJURES OF THE LUNGS COMPLICATED BY POST- TRAUMATIC HEMOPNEUMOTHORAX	258
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	260
Аралова В.....	261
РОЛЬ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНУ ТА ПІДРАХУНКУ КІЛЬКОСТІ ФОЛІКУЛІВ У ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	261
Аскеров Р., Граділь О.....	262
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ	262
Білий Є., Магдинич О.	264
МЕТОДИ ОЦІНКИ СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	264
Дрозд Ю., Шишкіна С.....	265
ВИБІР МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД	265
Захаренкова А., Ракитянський І., Гуляєва М., Лунєва М.	267
АНТЕНАТАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА	267
Квінікадзе М.	268
ВПЛИВ ГІПОКИНЕЗІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У РАННІ ТЕРМІНИ.....	268
Книгін М., Арциленко К.	270
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ - ВІДПОВІДНІСТЬ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛАЦЕНТИ КЛІНІЧНИМ ПРОЯВАМ.....	270
Меліхова Т.	272
Значення прицільної біопсії міометрію для ранньої діагностики аденоміозу	272
Новіков С.	274
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	274
Пилипенко Н.	275
ОСОБЛИВОСТІ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТОК, ЩО МАЛИ	275
Піняєва В.....	276
ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ МЕТОДАМИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	276
Полякова Д.....	278



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