



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

Назва та дата проведення конференції будуть оголошені пізніше

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





в Обласній Дитячій Клінічній Лікарні №1 м.Харкова. Критеріями включеннями у дослідження були: наявність гінекологічної патології, народження після термінових пологів з масою тіла більш ніж 3900,0 гр. при народженні.

Результати дослідження: вік менархе склав: 11-12 – 22%, 13-15 – 69% та 15 років та більше – 9%. Середній вік менархе $12,7 \pm 2$ роки. Майже у 29% дівчат менструальний цикл одразу встановився, у 48% дівчат встановився протягом року, а у 33% дівчат менструації мають нерегулярний характер.

У 8% дівчат менструальний цикл 21-24 дні, у 56% дівчат 25-30 днів, та майже у 36% дівчат він більш за 31 день.

У 58% дівчаток менструації помірні, та 42% мають рясні виділення під час циклу.

У 4% кровотеча триває менш ніж 3 дні, у 51% дівчинки 3-7 днів тривають виділення, а у 45% дівчат кровотеча триває більше 7 днів.

60% дівчаток мали порушення менструального циклу в вигляді дисменореї, а у 40% розвивалися аномальні маткові кровотечі.

Висновки: в процесі пубертатогенезу у дівчат з надмірною масою тіла при народженні дисменорея зустрічається у 60% дівчаток та майже у кожній четвертій дівчинки мають місце аномальні маткові кровотечі. Вказане свідчить про те, що потрібен ретельний нагляд та своєчасна діагностика серед даного контингенту обстежуваних.

Піняєва В.

ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ МЕТОДАМИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мерцалова О.В., к.мед.н., ас. Курічова Н.Ю.

Синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) – одне з найсерйозніших і небезпечних ускладнень при лікуванні безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Головною причиною його виникнення є надмірна кількість



зростаючих фолікулів та високий рівень естрогенів при індукції суперовуляції. СГЯ може розвинути на різних етапах ДРТ: після аспірації фолікулів, перед ембріотрансфером, при імплантації ембріону в порожнині матки. В останньому випадку, при зростанні рівня хоріонічного гонадотропіну ризик СГЯ значно збільшується.

Метою даної роботи було порівняння клінічної картини у пацієнок з високим оваріальним резервом, які проходили курс лікування безпліддя методами ДРТ, при перенесенні одного ембріона в стимульованому циклі та при відміні ембріотрансферу з кріоконсервуванням усіх отриманих ембріонів.

Проведено ретроспективний аналіз результатів циклів ДРТ пацієнок 23-32 років (середній вік $26,4 \pm 3,3$), які були розділені на 2 групи. I групу склали 7 пацієнок, яким в циклі лікування був перенесений один ембріон. II групу – 9 пацієнок з відміною ембріотрансферу та кріоконсервуванням усіх ембріонів з подальшим їх перенесенням у наступних циклах.

Частота настання вагітності у жінок I групи склала 42,8%. Клінічна картина у пацієнок I групи з вагітністю (спостереження протягом 2-3 тижнів після ембріотрансферу) – підвищення капілярної проникності, збільшення розмірів яєчників, гіперестрогенія, гіпопротеїнемія, електролітний дисбаланс, підвищення активності печінкових ферментів. Клінічна картина у пацієнок I групи з відсутністю вагітності – збільшення розмірів яєчників, формування лютеїнових кіст, зменшення симптоматики СГЯ.

В той час, як клінічна картина пацієнок II групи характеризувалася досягненням яєчниками вихідних розмірів і обсягу, нормалізацією вихідного гормонального стану, нівелюванням симптоматики СГЯ.

Частота вагітності пацієнок II групи після розморожування та перенесення ембріону у порожнину матки в наступному циклі склала 66,7%.

Таким чином, відміна ембріотрансферу з кріоконсервуванням дозволяє уникнути клінічного прояву СГЯ у пацієнок ДРТ з високим оваріальним резервом. Перенесення деконсервованих ембріонів у наступних циклах дозволяє отримати



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 тетрагідробіоптерина (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,



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