



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

Від редакції збірника: за матеріалами конференції молодих вчених та студентів

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





Таким чином, гіпокінезія – несприятливий фактор, який призводить до підвищення частоти виникнення ускладнень вагітності, а саме загрози викидня та блювоти вагітних. Тривалість впливу обмеження об'єму м'язової активності прямопропорційна частоті проявів вказаних ускладнень вагітності й потребує розробки заходів профілактики та лікування цих станів.

Книгін М., Арциленко К.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ - ВІДПОВІДНІСТЬ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛАЦЕНТИ КЛІНІЧНИМ ПРОЯВАМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Салтовський О.В.

Актуальність: Фетоплацентарна недостатність (ФПН) – це поліетіологічний клінічний синдром, що призводить до порушення функцій плаценти, та, як наслідок, порушення стану плоду. Ступінь вираженості функціональних порушень плаценти є прямопропорційною морфофункціональним змінам в плаценті і напруженості компенсаторно-приспосувальних механізмів з боку вагітної та плоду, що забезпечують функціональну повноцінність комплексу мати-плацента-плід. При декомпенсації дана патологія призводить до порушення стану плоду, до затримки його росту і навіть до розвитку дистресу

Мета: встановлення відповідності між клінічною симптоматикою ФПН і морфофункціональними змінами в плаценті, та визначення залежності даних показників при проведенні комплексної терапії гідрохлоридом аргініну з липином, які мають позитивний вплив на функцію судинного ендотелію, мають флеботонізуючу дію, зменшують розтяжність вен, підвищуючи тонус вен, зменшують венозний застій, покращують мікроциркуляцію, підвищуючи резистентність капілярів, зменшуючи їх проникність, а також покращують стан матково-плодового кровотоку.

Матеріали і методи: Дослідження проводилося за участю 11 пацієнток з проявами фетоплацентарної недостатності. 6 пацієнткам було проведено



лікування препаратами гідрохлориду аргініну у дозуванні 4,2 г. на 100 мл. фізіологічного розчину та лецитину по 1 капсулі 2 рази на день. Було проведено детальне вивчення анамнезу вагітних, оцінено клінічний стан пацієнток протягом всієї вагітності та порівнювальна оцінка після лікування. В усіх випадках після пологів проводилося патологоанатомічне дослідження стану плацент.

Результати та їх обговорення: При оцінці стану здоров'я пацієнток з діагнозом ФПН в деяких випадках мали місце прояви гестозу, анемія. При дослідженні гормональної функції у вагітних з анемією було виявлено виснаження гормональної та ферментативної функції плаценти, а саме продукція плацентарного лактогену та лужної фосфатази. У двох пацієнток гормональна функція була нормальною, у однієї – напруженою. За даними УЗД у 9 пацієнток відзначалося зменшення товщини плаценти більш ніж на п'ять міліметрів на відміну від здорових показників відповідного терміну, маловоддя, відставання в розвитку плода від відповідного гестаційного терміну. Морфологічне дослідження плацент виявило наявність ознак ФПН (порушення клітинної активності трофобласта) у 72,7% випадків як прояви гестозу: зменшення кровопостачання плаценти і ішемія ворсин – 20%; геморагічні порушення в межворсінчатому просторі – 10%; недостатня васкуляризація ворсин – 10%; зменшення дифузійної поверхні ворсин – 30%; обмеження площі гормонообразуючого синцитіотрофобласта – 30%. У новонароджених від матерів з діагнозом ФПН спостерігався синдром затримки розвитку плода 1 і 2 ступеня, ознаки внутрішньоутробної гіпоксії і асфіксії, що приводять до народження маловагих до терміну гестації дітей. Після курсу лікування у пацієнток було відзначено покращення морфофункціонального стану плаценти на відміну від тих, кому лікування не проводилося. Лікування проводилося під контролем УЗД близько двох тижнів. Спостерігалось зниження запальних явищ з боку плаценти у пацієнток, які отримували лікування.

Висновок: Таким чином, наявність клінічних ознак ФПН корелює з морфологічними змінами в плаценті (72,7%); у пацієнток, які проходили лікування у стаціонарі морфологічні зміни були на більш низькому рівні, що



підтверджує необхідність адекватного лікування і своєчасного розродження. Тому головна мета лікування полягає, перш за все, в профілактиці можливих ускладнень захворювання.

Меліхова Т.

ЗНАЧЕННЯ ПРИЦІЛЬНОЇ БІОПСІЇ МІОМЕТРІЮ ДЛЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМІОЗУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №2

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Лазуренко В.В.

Актуальність. Останніми роками, значної актуальності набуває використання високоефективних методів інструментальної діагностики для встановлення ступеня тяжкості аденоміозу, особливо на початкових стадіях розвитку хвороби. Використання гістероскопічного оперативного втручання з прицільною біопсією міометрію дозволяє значно вдосконалити хірургічне лікування патології ендометрію та підлеглої частини міометрію.

Точність діагностики аденоміозу з використанням прицільної біопсії міометрію коливається у широких межах – від 32 до 91 %. Крім цього, ця методика представляє найбільш інформативний інструментальний метод діагностики підслизової міоми та патологічних станів ендометрію.

Мета. Удосконалення діагностики аденоміозу за рахунок використання прицільної біопсії міометрію при проведенні гістероскопічного втручання, а також оптимізація алгоритму диференційної діагностики аденоміозу та гіперпластичних процесів ендометрію.

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 36 жінок віком від 28 до 53 років, котрим було проведено гістероскопічне оперативне втручання з прицільною біопсією міометрію з подальшим морфологічним дослідженням відібраного матеріалу. Всі операції було здійснено в плановому порядку в умовах відділення оперативної гінекології з малоінвазивними технологіями Регіонального перинатального центру на базі КНП ХОР «Обласна клінічна



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