

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ТА СТУДЕНТІВ
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків 15 - 16 січня 2013 р.)

Харків - 2013

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків 15-16 січня 2013 р.)
Харків, 2013. – 362 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 27 грудня 2012 р.

група - контрольна група. Місцевий імунітет оцінювали за вмістом СРБ, лізоцима, С3 компонента комплемента, sIgA у цервікальному та вагінальному секретах.

Результати дослідження: При вивченні стану місцевого імунітету було встановлено, що у пацієток 1 та 2 груп знижена кількість sIgA, С3 компонента комплемента, пригнічена продукція лізоциму та підвищений рівень СРБ порівняно з 3 та контрольною групою. При цьому глибина відмічених порушень залежала від давності запального процесу. Рівень sIgA у 1 та 2 групах значно нижчий ($0,19 \pm 0,01$ й $0,17 \pm 0,01$ г/л; $0,16 \pm 0,01$ й $0,14 \pm 0,01$ г/л відповідно) порівняно з 3 та контрольною групами ($0,28 \pm 0,04$ й $0,27 \pm 0,02$ г/л; $0,22 \pm 0,01$ й $0,25 \pm 0,02$ г/л відповідно), $p < 0,05$. Вміст лізоциму у пацієток 1 групи ($386,2 \pm 5,1$ й $371,4 \pm 5,3$ мкг/мл), 2 групи ($346,5 \pm 23,4$ й $338,1 \pm 26,2$ мкг/мл) знижений порівняно з 3 групою ($1328,4 \pm 54,2$ й $818,2 \pm 38,7$ мкг/мл) та контрольною групою ($1294,8 \pm 54,9$ й $938,1 \pm 49,6$ мкг/мл), $p < 0,05$. Позитивна реакція на СРБ була виявлена у високих концентраціях у пацієток 1 групи ($2,16 \pm 0,31$ й $2,34 \pm 0,3$ ум.од.) та 2 групи ($1,97 \pm 0,51$ й $2,02 \pm 0,16$ ум.од.) порівняно з показниками у 3 групі ($1,12 \pm 0,27$ й $1,09 \pm 0,32$ ум.од.) та контрольній групі ($1,66 \pm 0,38$ й $1,23 \pm 0,34$ ум.од.), $p < 0,05$. Рівень С3 знижений у 1 групі ($698 \pm 39,5$ й $654 \pm 38,4$ мг/мл) та 2 групі ($486 \pm 21,1$ й $423 \pm 19,3$ мг/мл) порівняно з 3 групою ($1052 \pm 47,2$ й $908 \pm 51,3$ мг/мл) та контрольною групою ($1200 \pm 63,5$ й $950 \pm 52,4$ мг/мл), $p < 0,05$.

Висновки: на підставі отриманих даних можна констатувати, що в основі розвитку ХСО лежать імунні порушення, які вимагають адекватної імунокорекції з включенням імуномодельюючих біологічних препаратів. При застосуванні комплексної терапії встановлено, що показники місцевого імунітету поліпшуються, так рівні лізоциму, С3 компонента комплемента й sIgA збільшуються, а вміст СРБ знижується, що свідчить про активне відновлення факторів місцевого імунітету в піхві. Результати дослідження показали, що стан системи неспецифічного захисту у пацієток з безпліддям на фоні ХСО, яким призначили схему комбінованої терапії, стабілізувався.

Кузьмина О.А.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ КИСТ ЯИЧНИКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Щербина Н.А.

Цель работы заключается в определении патогенеза инфекционных факторов в развитии кист яичников и выбора метода обоснованной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 30 женщин с первичными кистами яичников (1-а группа) и 18 женщин с рецидивирующими кистами яичников (2-а группа). Всем пациенткам после пункции кисты яичника проводилось цитологическое исследование пунктата, микробиологическое исследование выделений из заднего свода влагалища и цервикального канала и определяли наличие антител к хламидиям и трихомонадам методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Хламидиоз диагностирован в цервикальной слизи у 16 (53,3%) женщин 1-й группы и у 8 (44,4%) 2-й группы. Трихомониаз в бактериологическом посеве из заднего свода влагалища методом ПЦР, соответственно, у 15 (50 %) и 7 (38,9 %) человек, микоплазмоз при бактериологическом исследовании у 19 (63,3 %) и у 6 (33,3 %) пациенток, гонорея – в цервикальной слизи у 2 (6,6 %) и у 1 (3,3 %) больных, смешанная инфекция у 5 (16,7 %) и в 11 (61,1 %) соответственно. Антитела к хламидиям выявлены как в пунктате,

так и в сыворотке крови у обследованных пациенток. Обращивает на себя внимание увеличение титра антител в пунктате кист при рецидиве.

Выводы. Данное исследование доказывает роль инфекционного процесса в развитии персистирующих ретенционных образований яичников за счет внутриклеточного поражения и, соответственно, нарушение функции яичников. Результаты работы подтверждают целесообразность проведения исследования на инфекции, переданные половым путем, при обследовании больных с персистирующими кистами яичников. В случае получения положительных результатов на наличие патогенной микрофлоры – помимо терапии кисты яичника, необходимо проводить лечение инфекционного процесса.

Кулицкая О.С., Котлик Ю.А.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Грищенко Н.Г.

Актуальность темы. Генитальный эндометриоз (ГЭ) - одна из многочисленных причин женского бесплодия. Имеются данные о нарушении функции системы гипоталамус – гипофиз – яичники. Нарушение фолликулогенеза негативно влияет на фертильность, снижение качества ооцитов и ухудшение качества эмбрионов. При этом отмечаются изменения ритма и уровня секреции гонадотропных гормонов и стероидных гормонов. При III – IV стадиях эндометриоза наблюдается высокая концентрация гонадотропных гормонов и сниженная стероидогенная активность яичников. Обнаруженные изменения отражают нарушение функционального состояния системы гипоталамус – гипофиз, с одной стороны, и снижение резервных возможностей яичников с другой, поэтому необходим тщательный подбор схемы стимуляции суперовуляции.

Цель исследования: разработка восстановления фертильности у женщин с ГЭ в программе ЭКО.

Общая методика и основные методы исследования. Всего было проведено 105 циклов стимуляции суперовуляции с предварительной десенсибилизацией репродуктивной системы препаратами аГНРГ., из них 30 циклов у пациенток, в анамнезе подвергшихся оперативному лечению – I группа, II группа – 35 циклов у пациенток с эндометриомой яичника (диаметр эндометриомы не более 20 мм) и 40 циклов у пациенток в анамнезе подвергшимся двухэтапному комбинированному лечению (оперативному и последующему медикаментозному в течении 3 циклов аГНРГ-депо) – III группа. Стимуляция суперовуляции проводилась рФСГ с 4-го дня менструального цикла.

Результаты исследований и выводы. В результате были получены данные: количество ооцитов на одну пациентку: I гр - $(8,6 \pm 1,3)$ ед., II гр - $(6,5 \pm 1,1)$ ед., III гр. – $(8,6 \pm 1,2)$ ед.; количество ооцитов с признаками дегенерации I гр - $(0,9 \pm 0,1)$ ед., II гр - $(3,5 \pm 0,4)$ ед., III гр. – $(1,4 \pm 0,1)$ ед.; процент оплодотворения: I гр - $(90 \pm 9,5)$ %, II гр - $(64 \pm 11,6)$ %, III гр. – $(81 \pm 13,6)$ %; качество эмбрионов, (% эмбрионов отличного качества) I гр - $(81 \pm 10,1)$ %, II гр - $(55 \pm 12,1)$ %, III гр. – $(71 \pm 10,1)$ %; процент наступления беременности: I гр - 48,5 %, II гр - 26,7 %, III гр. – 45,2 %. Таким образом, наименьшее число фолликулов и ооцитов было получено в гр. II, а наибольшее – в гр. III. Количество эмбрионов во всех группах 2 – 3 на перенос.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	151
Ганчева Е.В.	152
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	152
Главатских А.В., Мурызина И.Ю.	152
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	152
Градиль О. Г.	153
СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА.....	153
Дафеамекпор В.К., Корпань Т.В.	154
КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	154
Диннік О.О.	155
СТАН СТЕРОЇДСИНТЕЗУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ	155
Иващенко А. И., Котлик Ю.А.	157
ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА	157
Каджарова Э.А.	157
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	157
Карташова М.А.	158
ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	158
Коновал А.О.	159
СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРОЦЕДУРИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ	159
Кузьмина О.А.	160
РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ КИСТ ЯИЧНИКОВ	160
Кулицкая О.С., Котлик Ю.А.	161
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....	161
Маракушина Е.А., Покрышко С.В.	162
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	162
Паламарчук В.В., Рогачова Н.Ш.	163
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОДИНАМІЄЮ	163
Портная Л.Н., Кисель Е.Ю., Захожа А.И.	164
ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	164
Романченко К.В., Джурабоева Ф.Ш., Резник М.А.	165
ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЙ ЕПІТЕЛІО ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ.....	165
Скорбач О.І.	166
ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ	166
Таравнех Д.Ш.	167
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО.....	167
Феськов В.О.	168
НЕПРЯМЫЙ МЕТОД ОЦІНКИ ПОРУШЕННЯ ІМПЛАНТАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕНДОМЕТРИЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОДИК ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	168
Фрянцева М. В.	169
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ – ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	169
Цыбульник В.А., Мурызина И.Ю.	170