

**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.

тяжкості дисплазії за даними цитологічних мазків: CIN II перейшла в CIN I в 5 випадках (20%), CIN III в CIN II – в 2 випадках (8%). Зміну ступеня тяжкості дисплазії у жінок контрольної групи при підготовці до використання фізіотерапевтичних методів лікування звичайними антисептичними засобами спостерігали лише у 3 жінок контрольної групи - CIN II перейшла в CIN I в 12% випадках ( $p < 0,05$ ). Зміна ступеня тяжкості ДЕМШ у 7 жінок обумовлена використанням протівірусного препарату з метою санації статевих шляхів. Під час лікування препаратом Генферон ускладнень та небажаних побічних реакцій не було. При проведенні ПЦР-контролю відзначено, що елімінація ВПЛ відбулася у 14 (56%) пацієнток основної групи і у 2 (8%) групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

Висновки. При інфікуванні ВПЛ переважають диспластичні процеси епітелію шийки матки. Використання в комплексному лікуванні патології шийки матки препарату Генферон сприяє зниженню ступеня тяжкості дисплазії епітелію та швидкій епітелізації слизової оболонки шийки матки.

**Скорбач О.І.**

## **ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра акушерства та гінекології №1**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Щербина М.О.**

Характерні прояви постгістеректомічного синдрому (ПГС) (нейровегетативні, психоемоційні та обмінноендокринні розлади) розвиваються в результаті гіпоестрогенії. Формуванням гіпоестрогенії при ПГС вважають порушення мікроциркуляції яєчників і розвиток гострої ішемії в результаті виключення з кровопостачання яєчників гілок маткових артерій. Після операції змінюється архітектоніка внутрішньоорганних судин яєчників, страждає інтраоваріальний кровотік, наростають венозний застій і лімфостаз, які більше виражені в стромі, переважають ановуляторні цикли. Ішемізація яєчників прискорює дегенеративні й атрофічні процеси та призводить до згасання овуляторної і гормонопродукуючої функції. Особливе значення в розвитку мікроциркуляторних розладів приділяється ендотелію судин.

Тому метою даного дослідження було виявлення ендотеліальної дисфункції та гемодинамічних розладів у жінок після гістеректомії (ГЕ) із залишком обох яєчників.

Матеріали і методи. До дослідження було залучено 75 жінок у віці 40-51 років. Основну групу склали 30 жінок, яким було проведено ГЕ із залишком обох яєчників. Групу контролю склали 45 здорових жінок аналогічного віку. Вивчення кровотоку в яєчникових артеріях проводили доплерометричним методом за загальноприйнятою методикою на апараті «Medisson Sono Ace 8000 SE» виробництва Корея конвексним трансабдомінальним датчиком із частотою 3-7 МГц, вагінальним датчиком з частотою 4-9 МГц з функцією кольорового доплерівського картування. Оцінювали систолічну та діастолічну швидкість кровотоку, пульсаційний індекс, індекс резистентності (IP) та систоло-діастолічне співвідношення. Визначення вмісту ендотеліну-1 в плазмі крові проводили імуноферментним аналізом з використанням набору реактивів Endothelin-1 ELISA System виробництва фірми «Amersham Pharmacia Biotech» (Великобританія).

У результаті досліджень у жінок після ГЕ в яєчникових артеріях спостерігалось зменшення кровотоку, підвищення судинної резистентності. Концентрація ендотеліну-1 переважала майже у 2 рази в порівнянні з групою контролю ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у жінок після ГЕ зі залишком обох яєчників спостерігалось порушення гемодинаміки в яєчникових артеріях та підвищений рівень ендотеліну-1, що свідчить про наявну ендотеліальну дисфункцію. Тому це дозволить сформулювати основні напрямки корекції ПГС, спрямовані на відновлення кровотоку в яєчникових артеріях та нормалізувати ендотеліальну дисфункцію в жінок, які перенесли ГЕ в репродуктивному віці.

**Таравнех Д.Ш.**

## **ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО**

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

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

Актуальность проблемы. Активное внедрение в клиническую практику программы экстракорпорального оплодотворения делает актуальным повышение её эффективности и безопасности для здоровья матери и будущего ребёнка. Наличие недиагностированных процессов активации внутрисосудистого свертывания крови перед проведением программы ЭКО является предрасполагающим фактором развития таких осложнений, как гиперстимуляция яичников, невынашивание беременности, гестоз, плацентарная недостаточность.

В последние годы практически отсутствуют критерии отбора пациенток в программе ЭКО, несмотря на то, что индукция суперовуляции сопряжена со значительной экзогенной гормональной нагрузкой на организм женщины с возможным развитием тяжёлой формы синдрома гиперстимуляции яичников.

Цель исследования: поиск методов обследования и подготовки бесплодных пациенток к программе ЭКО, позволяющих нивелировать возможные причины неэффективности ЭКО и снизить риск осложнений при проведении программы и дальнейшем течении беременности.

Материалы и методы. Было обследовано 60 женщин с неудачными попытками ЭКО в анамнезе, 30 здоровых женщин составили группу контроля. Клиническое обследование включало в себя детальное изучение соматического, акушерско-гинекологического, семейного тромботического анамнеза.

Результаты исследования. У пациенток с бесплодием и неудачами ЭКО был выявлен наиболее высокий процент отягощенного семейного акушерского анамнеза – 56%, против 12% в контрольной группе. Семейный тромботический анамнез был отягощен у 31% пациенток в исследуемой группе и у 14% – в контрольной. Изучение структуры семейного тромботического анамнеза выявило следующее: инфаркт миокарда в 30% случаев, геморрагический и/или ишемический инсульт – 28%, тромбоэмболия легочной артерии – 6%, варикозная болезнь и тромбозы вен – 32%, другие сосудистые заболевания – 4% случаев.

Выводы. Полученные данные изучения семейного акушерского и тромботического анамнеза в группе бесплодных женщин с неудачными попытками ЭКО, могут свидетельствовать о наличии у данной категории пациенток недиагностированных наследственных тромбопатических заболеваний. С целью повышения эффективности программ ЭКО и снижения риска тромботических

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 ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ 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