

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 14 січня 2014 р.)

Харків - 2014

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 14 січня 2014 р.)
Харків, 2014. – 428 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 26 грудня 2013 р.

Цель и задачи. Совершенствование традиционных подходов к диагностике и лечению больных с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде, сопровождающимися аномальными маточными кровотечениями, в строгом соответствии с возрастными характеристиками обследуемых и учетом факторов риска.

Материалы и методы. На основе привлеченного клинического материала, обобщающего наблюдения за 115 женщинами в возрасте 45-55 лет в перименопаузальном периоде, нами изучены признаки, характеризующие состояние эндометрия в перименопаузальном периоде в сочетании с оценкой показателей минеральной плотности костной ткани.

Рассматривая ультразвуковое исследование основным, неинвазивным и безвредным, что позволяет применять метод многократно, исследовали объем и качество диагностической информации, предоставляемой с его помощью у женщин перименопаузального периода. Эффективность трансабдоминального УЗИ в перименопаузальном периоде составила по критерию точности 82,5%, чувствительности — 78,4% и специфичности — 87,3%. Эти показатели выявили целесообразность использования примерно у 15% больных перименопаузального периода возможностей трансвагинального и доплеровского УЗИ, подтвердивших, что размеры М-эхо, устойчиво определяемые при динамическом УЗИ в перименопаузе 6-8 мм с утратой четкости контура эндометрий/миометрий свидетельствуют о вероятности злокачественной трансформации, что особенно согласуется с динамическим снижением индекса резистентности с 0,6-0,8 до 0,4-0,5 при доплеровском сканировании.

Выводы и рекомендации. Была разработана индивидуальная терапевтическая тактика для пациенток перименопаузального периода с различными показателями комплексного динамического диагностического исследования: 1. При благоприятном онкоанамнезе, УЗ-признаках нормального течения перименопаузы или атрофии эндометрия специальное лечение не показано; 2. УЗ-признаки симптомной миомы матки и симптомного внутреннего эндометриоза (неэффективное гормональное лечение) не требуют диагностического выскабливания, а состояние эндометрия оценивают по результатам аспирационной биопсии (по показаниям после гистероскопии) — хирургическое лечение в гинекологическом стационаре; 3. Ультразвуковые морфологические признаки прогрессирующей атипической гиперплазии эндометрия перименопаузального периода требуют хирургического лечения в специализированном стационаре. Таким образом, данная стратегия позволяет повысить эффективность обнаружения доброкачественных и злокачественных заболеваний эндометрия с обоснованным привлечением современных диагностических методов, а также индивидуализировать тактику ведения женщин перименопаузального периода с патологическими процессами эндометрия.

Ковель А.Ф.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – к. мед. н., асс. Сухина Н.П.

Гиперпластические процессы миометрия до настоящего времени представляют собой сложную и многогранную проблему медицины. Приблизительно 1/3 пациенток оперативной гинекологии составляют женщины с миомой матки, однако до настоящего времени отсутствует единое мнение хирургов относительно выбора предоперационной подготовки.

Целью работы явилось сравнение эффективности предоперационной подготовки при консервативной миомэктомии, оценка объема вмешательства, количество интра и постоперационных осложнений при использовании препаратов агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) или препарата антипрогестинового ряда мифепристон.

В работе 23 пациенткам с лейомиомой матки перед операцией проводилась подготовка аГнРГ или мифепристомом в рекомендуемых дозировках, 13 пациенткам контрольной группы подготовка не проводилась.

На фоне предоперационной подготовки в течение 3 месяцев происходило уменьшение размера лейомиоматозных узлов на 20-40%, что способствовало облегчению миомэктомии, уменьшению времени операции. Однако, наряду с этим следует отметить большую кровоточивость при выделении узлов, особенно выраженную при подготовке аГнРГ, что, вероятно, связано с склерозированием лейомиом и развитием трабекулярных сращений с окружающими тканями. Вышеперечисленное оставляет вопрос сравнения травматичности консервативной миомэктомии после различных видов подготовки открытым, требующим дополнительного исследования.

Коломацкая Д.В.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

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

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

Лапароскопическая миомэктомия (ЛМ) приобрела широкое распространение как хирургический метод лечения лейомиомы матки с немногочисленными интрамуральными и субсерозными узлами <5 см в диаметре. По сравнению с лапаротомическим удалением узлов, ЛМ обладает рядом преимуществ: уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, более короткий период пребывания в лечебном учреждении и ускоренное восстановление репродуктивной функции.

В исследовании приняло участие 64 женщины (средний возраст 34,1±3,6 лет), планирующих беременность. Показания к операции ЛМ: болевой синдром (77,8%), рецидивирующие кровотечения (53,1 %), бесплодие (20,8%). Среднее число миом составило 3,0±2,9 и средний размер составил 5,9±3,0 см. Локализация узлов в 52,4 % случаев интрамуральная, в 42,9% субсерозная, а в 4,7% узел на ножке. В 48% (n=31) наблюдалось наступление беременности. Из 25 беременностей 5 закончилась вагинальными родами в срок, оперативное родоразрешение проводилось в 20 случаях в сроке гестации 37-38 нед, один случай в сроке гестации 34 нед. В 16% (n=5) наблюдалось самопроизвольное прерывание беременности в первом триместре, в 3% (n=1) имело место внематочная беременность. Не зафиксировано ни одного случая разрыва матки во время беременности или при родах. Те, кто имел интрамуральную локализацию узлов, были наиболее склонны к развитию осложнений во время беременности. Частота наступления беременности отрицательно коррелирует с диаметром наибольшего миоматозного узла (1,06, 95% [1,02-1,10], p=0,004) и с возрастом пациенток на момент ЛМ (0,88, 95% [0.80-0.98],p=0,02). Для пациенток репродуктивного возраста которые планируют беременность ЛМ является методом выбора при условии соответствующей подготовки хирурга, поскольку может уменьшить риск послеоперационных спаек по сравнению с лапаротомией.

ПРОФИЛАКТИКА ЕВЕНТРАЦІЙ ПІСЛЯ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	127
Шилова О.В., Черняков П.А., Урсул О.Г.....	128
КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	128
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	129
Абдуллаева И.А., Валильшиков Н.В.	129
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ	129
Авраменко Я.В.	129
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	129
Алиева П.А.....	130
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ	130
Антонян М.И., Пилюян А.Ж.	131
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКО	131
Багиров Н.В.	132
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ГИНЕКОЛОГИИ	132
Бородай И.С., Плугина А.А.	133
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	133
Гладкова Т.А.	134
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РАЗВИТИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ	134
Градиль О.Г., Темникова А.В.	135
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	135
Дынный А.А., Заец О.А.	136
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА	136
Ивашенко А.И.	137
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ	137
Кисель Е.И.	137
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ	137
Ковель А.Ф.....	138
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ	138
Коломацкая Д.В.	139
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ	139
Коновал А.О.	140
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПОРУШЕННЯ ІМУНІТЕТУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ	140
Кузьмина О.А., Иванова Т.А.	140
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ	140
Кутовая М. В.	141
РОЛЬ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ	141
Молнар О.В.....	142
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ	142
Литвинова А.В.	143
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ	143
Маракушина Є.А., Мальцев Г.В., Вигівська Л.А., Рогачова Н.Ш., Демиденко О.Д.	143
ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ГЕСТАЦІЙНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ	143