

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 20 січня 2015 р.)
Харків, 2015. – 574 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 25 грудня 2014 р.

Через 1 неделю лечения у родильниц 1, 2 и 3 клинических групп отмечалась тенденция к повышению показателей Нв, Нт, эритроцитов и содержания железа, в 4 клинической группе эта тенденция была более выраженной. Через 2 недели лечения в IV клинической группе показатели красной крови соответствовали цифрам родильниц с физиологическим течением послеродового периода. Таким образом, проведенное исследование показало, что включение в комплекс антианемической терапии у родильниц с постгеморрагической анемией препаратов рекомбинантного эритропоэтина β приводит к более быстрому и выраженному повышению Нв, Нт и эритроцитов, что особенно важно для успешной послеродовой реабилитации.

Литвинова А.В.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТ ПРИ АНОМАЛИЯХ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.А.Кузьмина

Морфологические изменения в плаценте определяют функциональное состояние плода, приводят к нарушению гемодинамики, изменению контрактильной активности матки и способствуют развитию аномалий родовой деятельности (АРД).

Цель исследования – изучение морфологических изменений в плацентах женщин, роды которых осложнились АРД.

Материал и методы исследования. Проведено морфологическое исследование 24 последов от родильниц с АРД, из которых, 10 плацент от женщин со слабостью родовой деятельности (СРД) - 1 группа, 8 - с чрезмерно сильной родовой деятельностью (ЧСРД) - 2 группа и 6 - с дискоординированной родовой деятельностью (ДРД) - 3 группа. Контрольную группу составили 8 последов от родильниц с физиологическим течением беременности. Для гистологического исследования предварительно материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, после промывки и стандартной проводки заливали в парафин. Степень васкуляризации оценивали как хорошую, умеренно и значительно сниженную. В родах, при АРД, проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) плаценты и доплерометрию.

Результаты и их обсуждение. Во всех группах исследования, при АРД наблюдались воспалительные изменения плаценты, однако при СРД (1 группа) чаще встречались плацентарный хориоамнионит, субхориальный и краевой интервиллузит. Воспалительная реакция была умеренно выражена, в частности лейкоцитарная инфильтрация. Лейкоциты определялись в базальной пластинке, межворсинчатом пространстве, стенках пупочных сосудов. Скопления лейкоцитов в пуповине и хориальной пластинке определялись и при длительных родах, и при запоздалом вскрытии плодного пузыря. При инфекционном поражении последа часто наблюдались расстройства кровообращения, альтерация эпителия ворсин, продуктивное воспаление в строме ворсин и плодных оболочках. В плацентах от родильниц с ЧСРД (2 группа), выявлены структурные изменения, которые можно охарактеризовать в виде следующих процессов: компенсаторные изменения, хроническая плацентарная гипертензия. При ДРД (3 группа), обнаруживалась патология по типу диссоциированного нарушения созревания ворсинчатого хориона, недостаточного развития сосудов ворсин, свидетельствующие о ранних проявлениях осложнения гестации или наличии экстрагенитальной патологии. В отдельных случаях (5,5 %) выявлены зоны пролиферации синцития, кальцинатов, фибриноида; в

других (2,1 %) – массы слоистого фибриноида склеивали и замуровывали десятки мелких ворсин, образуя, так называемые, афункциональные зоны ворсинчатого хориона. Во всех группах наблюдения отмечались компенсаторно-приспособительные реакции: гиперплазия терминальных ворсин и увеличение размеров капиллярных клубочков, истончение покровного хориального эпителия, накопление числа синцитиальных узелков, ангиоматоз ворсин, полнокровие опорных ворсин. Нарушения маточно-плацентарного кровообращения при незрелости ворсин выявлены в 4,8 % наблюдений. В контрольной группе АРД не наблюдалось и морфологические изменения в плацентах соответствовали норме.

Выводы. Морфологические нарушения в плаценте связаны с видом АРД: при СРД, в большинстве случаев, наблюдается воспаление, при ЧСРД имеют место компенсаторно-приспособительные изменения, при ДРД – нарушения плацентации, патологическая незрелость ворсин плаценты, расстройства кровообращения. Своевременная профилактика и лечение морфологических нарушений плацентарного комплекса позволит снизить число родов с АРД.

Луцкий А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНА В КАЧЕСТВЕ ТРИГЕРА ФИНАЛЬНОГО СОЗРЕВАНИЯ ООЦИТОВ В ЦИКЛАХ ЭКО С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Грищенко Н.Г.

Грозным осложнением контролируемой стимуляции яичников в циклах ЭКО является синдром гиперстимуляции яичников (СГСЯ), который может привести к летальному исходу. В группу риска по данному осложнению входят пациенты с мультифолликулярными яичниками, когда при введении гонадотропинов происходит инициированный рост более 20 фолликулов.

В данной работе проведен анализ циклов ЭКО у пациенток с мультифолликулярными яичниками с использованием агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона в качестве тригера финального созревания ооцитов.

Под наблюдением находились пациентки в возрасте от 30 до 35 лет с трубным фактором бесплодия. Показатель антимюллера гормона у этих пациенток колебался в пределах от 8 до 16 нг/мл. Стимуляция проводилась малыми дозами фолликулостимулирующего гормона. При показаниях эстрадиола в день назначения тригера более 4000 пг/мл принималось решение об использовании в качестве тригера финального созревания ооцитов трипторелина (0,3мг подкожно). В группу исследования вошло 17 пациенток. У 8 перенос не был проведен в связи с получением более 30 ооцитов и высоким риском вторичного СГСЯ. Все эмбрионы, достигшие стадии бластоцисты были витрифицированы. У 9 пациенток было перенесено в полость матки 1 или 2 эмбриона. СГСЯ не развился ни в одном из случаев. Введение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона в качестве тригера финального созревания ооцитов позволило получить яйцеклетки хорошего качества и надежно предотвратить наступление СГСЯ у пациенток с высоким риском данного осложнения.

Калашник Ю.М., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	151
Китченко С.С., Зайцева О.В., Любомудрова Е.А., Котелевская В.И., Бережной Б.Ю.	152
Кулакова Е.А., Татьяна Л.С.	154
Лапшин Д.В., Гони С.А.Т.	155
Майорова М.В., Олейник А.А., Истомин Д.А.	156
Малик А. С., Тетерник О. А., Суховей В. В., Биленко И. А., Курбанов А. К.	157
Михайлусов Р.Н., Гужва Н.Ю., Юзюк М.В.	158
Мясоедов К.В.	159
Носова Я.В., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	160
Омельченко-Селюкова А.В.	161
Орлова Т. В., Четвериков С. А.	161
Пажин С.А., Прокопенко К.А., Шадрина В.С.	162
Прийменко Д.С., Чопозидис Христос	163
Робак В.І., Курбатов В.О.	164
Кожемяка К.О, Гричаная Е.Н.	165
Трофимова А.В., Еремченко А.В., Шевченко Я.А.	166
Трофимова А.В., Тышко А.С., Сапай А.В., Шульга А.А., Петренко Т.А.	167
Ходак А.С.	168
Черняев Н.С.	169
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	170
Adeyemi A.A, Romanenko A.A., Hussein N.Y.	170
Аралова В.О.	171
Беленькая Е.С.	171
Бородай И.С., Болховецкая И.В., Градиль О.Г.	172
Бородай И. С., Кебашвили С. В.	172
Бородай И.С., Тихонович Ю.И.	173
Боярский А.А.	174
Ганчева Е. В.	174
Гахраманова Н.Ф. Бойко Н.И.	175
Данькина В.В.	176
Диннік О.О., Прокопенко А.М.	177
Дудниченко Н.А., Дякова І.В., Ткаченко А.С., Фесенко Е.А.	178
Кириенко М.А., Антонян М.И.	179
Ковель А.Ф.	180
Коновал А.О.	181
Кулик А.Ю., Кошман С.К.	182
Литвинова А.В.	183
Луцкий А.С.	184
Маракушина Е.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Покрышко С.В.	185
Нагута Л.А., Драганчук Ю.В.	185
Небесная А. А.	186
Никулочкина А.И.	187
Олифер А.С.	188
Паламарчук В.В., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В., Рогачова Н.Ш.	189
Паращук В.Ю., Любомудрова Е.С., Красковская Т.Ю., Зайцева О.В.	190
Паращук В.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В.	191
Прудивус А.А., Чумак А.М., Буравель Б.О.	192
Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н., Пирожено Ю.С., Колисник А.И.	193
Сайтарли Д.П., Демиденко О.Д., Рубінська Т.В., Меренкова І.М.	194
Сендецкий С.С.	194
Скорбач О.І., Левашова А.І.	195
Таравнех Д.Ш.	196

Теряник А.В., Дусматова А.К., Саєнко В.П.	197
Ткачѣва А.И.	198
Тумка А.В.	198
Тысячка Г.М., Семенченко Л.А., Мирончук Е.И., Соляник В.Ю.	199
Федькович Л.А., Эпштейн М.М., Пилюян А.Ж., Шейко А.І.	200
Чернушова Л.А., Козирь О.В., Камардіна К.О., Пшикун Ю.М.	201
Явдак А.А., Альмарадат М.С.	202
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	204
Tsymbol V.M.	204
Амаш А.Г.	204
Барчан Г.С.	205
Васильченко Ю.В.	205
Головачова В.О., Одинець П.І., Черних Г.В.	206
Должко Н.В., Грищенко С.А., Соляник А.О.	207
Дриль І.С., Тихова О.І.	208
Дриль І.С. Петренко Є.К., Забашта І.В.	208
Дубинин С., Молчанюк Д., Дмитренко А.	209
Задорожная Г.Ю., Бударних Т.А., Келеберда І.С., Лупальцова О.С.	210
Кириенко И.С., Сахошко С.И., Вержанская О.Н.	211
Конарева В.И., Вовк Т.В., Чистяк Ю.М.	211
Красницкая В.А., Стрелкова М.И.	212
Кулакова Е.А.	213
Лозко Л.В.	214
Лоскутов А. В., Зайцева О.В., Ильенко Н.А.	215
Макеева Є.А.	216
Мірошніченко Я.М., Череднікова Т.Ю., Андрущенко В.В.	217
Ольховський Є.С.	218
Панасюк М.С. Фадеев П.В.	219
Плехова О.А., Калюжка В.Ю.	220
Потихенская К., Болдырева Е.С.	221
Потіхенська Х.	221
Прященко М.О., Труш А.М.	222
Пушкар М.Б.	223
Семенюк М.О.	224
Тихонова О.О., Жаркова Т.С*, Яворович М.В.	225
Хоменко М.А.	226
Цымбал Е.Ю.	227
Червань И.В., Фельдман Д.А., Яновская А.А.	228
Черненко Л.Н., Авдейчик Е.В.	229
Черненко Л.М., Майорова М.В.	229
Яворович М.В.	230
Яновская Е.А., Белокур А.С., Заяц О.В., Проценко М.Р.	231
ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА	232
Sokol M.	232
Баранова М. С.	233
Ковальцова М. В., Сіренко В. А., Бережний Б. Ю.	233
Гасан А. А.	234
Губин Н.В., Шматко Е.В.	235
Дакалов Д.С., Калюжка В.Ю., Маркевич Н.В., Шутова І.В.	236
Демидчук К.В.	236
Дмитренко П.С., Дмитренко А.С.	237
Дудник О. С.	238