

**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.

Висновки: У пацієнок з сальпінгофоритом відбуваються зміни мікрофлори піхви, які супроводжуються дискоординацією її функціонування як єдиної екосистеми, що проявляється порушеннями мікробіологічного статусу. Висока мікробна щільність бактеріального консорціуму, який колонізує піхву, складається з умовно-патогенних видів, робить можливим швидкий розвиток деструктивно-запальних процесів слизових оболонок та потребує індивідуального підходу до отримання антибактеріальних препаратів на основі чутливості та видового складу мікроорганізмів.

**Кулик А.Ю., Кошман С.К.**

## **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННОЙ АНЕМИЕЙ**

**Кафедра акушерства и гинекологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор Потапова Л.В.**

Многочисленными исследованиями доказана роль анемии как фактора, увеличивающего вероятность нарушений в системе гемостаза и изменяющего толерантность к кровопотере в родах. Данные ряда зарубежных и отечественных авторов о том, что до 30% и более анемий беременных не связаны с дефицитом железа, свидетельствуют о существовании других патофизиологических механизмов развития анемии у беременных. Малоизученной является роль провоспалительных цитокинов в снижении и угнетении эритропоэза. Данные литературы свидетельствуют, что неадекватно низкая продукция эритропоэтина (ЭПО) является одним из важных патогенетических механизмов развития анемии беременных.

Целью работы явилось изучение влияния эритропоэтина на течение анемии у родильниц, перенесших кровотечения в родах и имевших предшествующую гестационную анемию, что даст возможность оптимизировать реабилитационные мероприятия.

Под нашим наблюдением находилось 25 родильниц, у которых на фоне гестационной анемии развилась постгеморрагическая анемия. Основными причинами, которые привели к кровопотере и послеродовой постгеморрагической анемии были разрывы шейки матки и влагалища (24 %), дефекты дольки плаценты (16 %), гипотония матки (20 %), интимное прикрепление плаценты (8 %), а также сочетание двух и больше причин (32 %).

В зависимости от метода лечения все обследованные были разделены на 4 клинических групп: I клиническую группу составили 28% родильниц с железodefицитной анемией, которые получали 200 мг сульфата железа ( $Fe^{2+}$ ) в сутки перорально. II клиническую группу составили 20% родильницы с  $B_{12}$ -дефицитной анемией, которым для лечения назначали цианокобаламин 1000 мкг внутримышечно 1 раз в неделю в течение 5-6 недель. В III клиническую группу вошло 24% родильниц с фолиеводефицитной гестационной анемией, получавших фолиевую кислоту 1-5 мг в сутки. IV клинической группе – 28% родильниц, независимо от вида анемии, в комплекс лечения был включен рекомбинантный эритропоэтин  $\beta$ . Рекомбинантный эритропоэтин  $\beta$  (рекормон) назначался в дозе 2 тыс. ЕД подкожно 2 раза в неделю в течение 2-х недель. Исследованы уровни цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, TNF- $\alpha$ ), проводился контроль уровня Hb, Ht, эритроцитов и содержания железа.

В результате проведенных исследований выявлено, что у больных с анемией увеличивалось содержание провоспалительных цитокинов: IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ , что может быть связано с патологией эритропоэза, нарушениями в иммунной системе.

Через 1 неделю лечения у родильниц 1, 2 и 3 клинических групп отмечалась тенденция к повышению показателей Hb, Ht, 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  $\beta$  приводит к более быстрому и выраженному повышению Hb, Ht 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 сократительной 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 доплерографию.

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

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., Суховой 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., Шадрин 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
<b>АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ</b> .....	<b>170</b>
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
Парашук В.Ю., Любомудрова Е.С., Красковская Т.Ю., Зайцева О.В. ....	190
Парашук 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., Пироженко 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
<b>ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА</b>	<b>204</b>
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
Макєєва Є.А. ....	216
Мірошниченко 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
Пушкарь 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
<b>ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА</b>	<b>232</b>
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