

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

Материалы и методы. Нами были изучены анамнестические сведения 16 пациенток, которые в течение 2 недель с момента родов были доставлены в ХОКПБ №3, где проходили дальнейшее стационарное лечение с установленным диагнозом F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом.

Результаты. Нами были получены следующие данные: наиболее часто в послеродовом периоде наблюдались психогенные депрессии — у 81,25 % больных, в остальных случаях наблюдалась симптоматика психотического регистра. Факторами риска развития послеродовых депрессивных расстройств являлись: психические травмы во время беременности, родов и послеродового периода — 68,75%; преморбидные акцентуации личности (истерического, астенического, психастенического типов) — 50%; первые роды — 81,25%; депрессивные эпизоды в анамнезе — 56,25%; патология послеродового периода — 68,75%; патология беременности — 43,75%; осложнения родов — 68,75%; отягощенная психическими заболеваниями наследственность — 56,25%.

Выводы. Можно с уверенностью говорить, что ПРП — крайне опасное состояние, как для матери, так и для ребенка. Необходимо проводить психологическую поддержку женщины на до- и послеродовом периоде, детально изучать возможные факторы риска развития ПРП. В послеродовом периоде проводить рациональную психотерапию и психокоррекцию совместно с психологом, проводить в семье психообразовательные занятия.

Бахтиярова А.М.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Плахотная И.Ю

В настоящее время плацентарная недостаточность (ПН), осложняющая течение беременности, является самым распространенным синдромом в акушерской практике и является важнейшей проблемой не только акушерства, перинатологии, педиатрии, но и здоровья нации в целом. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриутробной гипоксии плода, синдрома задержки роста плода (СЗРП), его повреждений в процессе родов. ПН встречается при сочетании беременности с экстрагенитальной патологией - в 24 -45 %, при гестозе — в 32 %, при невынашивании — в 50 — 77%, а у беременных, перенесших вирусную и бактериальную инфекцию - более чем в 60 % случаев.

В развитии плацентарной недостаточности чаще всего участвуют несколько этиологических факторов, один из которых является ведущим.

В последние годы активно обсуждается роль сосудистых факторов роста в патогенезе различных акушерских осложнений, в том числе ПН И СЗРП. Прежде всего нарушается взаимосвязь соотношения между экспрессией плацентой VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста) и PLGF (плацентарный фактор роста) при СЗРП. Процессы ангиогенеза в

плаценте зависят от баланса проангиогенных и антиангиогенных факторов в микроокружении эндотелиальных клеток. Факторы, стимулирующие пролиферацию эндотелиальных клеток и увеличивающие их жизнеспособность, имеют важное значение для развития сосудистой сети плаценты. В то время как апоптоз эндотелиальных клеток – необходимый физиологический процесс для нормального развития сосудистой сети плаценты путем ангиогенеза и изменения структуры сосудов.

По данным литературы, при ПН наблюдается изменение соотношений сосудистых факторов роста, являющееся причиной нарушения процессов нормального ангиогенеза и репарации эндотелия при беременности. Следовательно, изучение роли сосудистых факторов роста в нарушении формирования плаценты и развития плода позволяет детально изучить основы фето-плацентарного ангиогенеза, что является крайне актуальным и позволяет разработать метод комплексного обследования по выявлению групп риска и прогнозированию развития ПН и СЗРП, определения тяжести патологического процесса, ранней диагностики и профилактики ПН, а также выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов.

Анализ результатов исследования уровня проангиогенного фактора роста в сыворотке крови показал достоверные отличия. Концентрация PLGF у пациенток основной группы составила $135,6 \pm 34$ pg/ml и была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой - $227,2 \pm 57,8$ pg/ml ($p < 0,05$). В зависимости от тяжести СЗРП, у беременных с СЗРП III и II степени тяжести уровень PLGF был достоверно ниже по сравнению с СЗРП I степени и со здоровыми беременными: $19,8 \pm 11,2$ pg/ml, $38,7 \pm 23,3$ pg/ml, $211,6 \pm 78,3$ pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Уровень PLGF у здоровых пациенток составил $241,2 \pm 63,7$ pg/ml. Низкие значения PLGF у пациенток с ПН и СЗРП по сравнению с контрольной группой свидетельствуют о значительном поражении маточно-плацентарного комплекса, тяжелой гипоксии и снижении компенсаторных механизмов.

Содержание sFlt-1 у пациенток основной группы составил $17685,5 \pm 2884,7$ pg/ml и было достоверно выше среднего уровня группы контроля – $3210,3 \pm 576,1$ pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). Сравнение показателей разных подгрупп основной группы показало, что у беременных с СЗРП III уровень sFlt-1 выше, чем при СЗРП II и I степени: $25453,6 \pm 5985,6$ pg/ml, $22344 \pm 5443,3$ pg/ml и $13432 \pm 4356,2$ pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). Следовательно, при тяжелой форме ПН и СЗРП происходит значительное смещение баланса сосудистых факторов роста в сторону повышения уровня антиангиогенных факторов, в частности sFlt-1.

Уровень эндоглина у пациенток основной группы был значительно повышен по сравнению с уровнем sEng у здоровых женщин и составил в среднем: 23602 ± 1736 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). У пациенток с СЗРП I, II и III степени тяжести отмечалось достоверное повышение уровня sEng по сравнению с контролем: $10540 \pm 1112,3$ pg/ml, $18432 \pm 1523,7$ pg/ml, 23602 ± 6547 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml,

соответственно ($p < 0,05$). Постепенное повышение уровня эндоглина свидетельствуют о выраженных нарушениях в фетоплацентарном комплексе.

Выводы. Для дифференцированного подхода к ведению беременности у пациенток с ПН и СЗРП наряду с общепринятыми методами может быть использован метод определения уровня сосудистых факторов для выбора оптимальной акушерской тактики и прогнозирования исходов беременности.

Гнатенко О.В., Кебашвили С.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков. Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Введение. Абдоминальный болевой синдром – одна из наиболее частых причин обращения к гинекологу. Основными патологическими состояниями, сопровождающимися подобной симптоматикой, не связанной с беременностью, у девочек, девушек-подростков и женщин молодого репродуктивного возраста, являются следующие: воспалительные заболевания внутренних половых органов, опухоли и опухолевидные образования, апоплексия яичников, перекрут придатков матки, овуляторный синдром, первичная дисменорея, некоторые формы врожденных аномалий развития половых органов, травмы, ранения сводов влагалища, проникающие ранения брюшной полости, - большинство из которых требует оказания неотложной гинекологической помощи.

Цель исследования. Совершенствование ранней диагностики причин абдоминального болевого синдрома для своевременной органосохраняющей тактики лечения urgentных состояний у девочек и молодых женщин.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 девочек, подростков и женщин молодого репродуктивного возраста. Больные были разделены на три группы. 1 группу составили 11 девочек от 2 до 12 лет; во 2 группу вошли 19 девушек-подростков 13-17 лет; в 3 группу были включены 30 женщин молодого репродуктивного возраста. Всем пациенткам проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование с глубоким изучением анамнеза. Использовалось современное ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография - по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки поступали с явлениями острого живота, причиной которого чаще всего предполагалось наличие кисты яичника. Однако, в процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики установлено, что окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 37 пациенток из 60 (61,6%). При этом, в 3 группе достоверно чаще, чем в 1 и 2: 26 (86,6%), 10 (52,6%), 1(9,1%) - соответственно ($p < 0,05$). Напротив, у младших пациенток 1 и 2 групп, в связи с анатомическими особенностями внутренних половых органов и более

Бахтиярова А.М.	208
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	208
Гнатенко О.В., Кебашвили С.В.	210
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ	210
В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	210
Гнатенко О.В., Прокопенко А.Н., Никольский Н.С.	211
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ЖИВОТА В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	211
Гусейнова Н.Х.	212
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	212
Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю.	213
ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ.....	213
Журба Е.П., Луценко М.Ю.	215
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В АКУШЕРСТВЕ	215
Запара А.С., Чехунова А.А.	216
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИРОЗА ЯИЧНИКОВ.....	216
Иванова Т.А., Корпань Т.В.	218
ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	218
Красун О.С., Скопенко А.С.	219
ДИАГНОСТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....	219
Кормилец Д.А.	219
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ	219
Лахно Ю.В.	220
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	220
Луцкий А.С.	221
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПЕРЕНОСЕ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ БЛАСТОЦИСТ В ЕСТЕСТВЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ.....	221
Мелихова Т.В.	222
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С БЕСПЛОДИЕМ....	222
Мельник К.А., Эйлазова А.О., Резник М.А., Ракитянский И.Ю.	223
ПАТОГЕНЕЗ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦІІ.....	223
У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ	223
Пилипенко Н.С., Романова Н.В.	224
СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО–КЮСТНЕРА-МАЙЕРА-ХАУЗЕРА	224
Попович О.О.	225
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	225
Сапаров М.	226
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ	226
Сендецкий С.С., Рябушко И.Р., Романова Н.В.	228
ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ВХОДА ВО ВЛАГАЛИЩЕ.....	228
Скибина К.П., Алексеева Е.С.	229
СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	229
Скринник И.Ю., Сущенко М.С., Птуха О.Г.	230
ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	230
Столбова Н.А.	231