

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.

слабостью родовой деятельности (ВСРД), 3 – 10 рожениц с дискоординированной родовой деятельностью (ДРД). В группу контроля вошли 20 женщин с физиологическим течением родов. Определяли показатели вазоконстрикторного пептида ЭТ-1, циклического нуклеотида –цГМФ. Оценка ЭЗВД производилась методом триплексного ультразвукового сканирования системы ALOKASSD-900.

Результаты: выявлено достоверное снижение содержания ЭТ-1 и повышение уровня цГМФ у пациенток с ПСРД. Концентрация ЭТ-1 при ДРД достоверно увеличивалась и, соответственно, уменьшались показатели уровня цГМФ. Также, отмечалось снижение показателей ЭЗВД во всех группах по сравнению с контрольной.

Выводы: Результаты данного исследования показывают, что развитие АРД связано с нарушением функции эндотелия. Выявленные изменения функции эндотелия позволяют прогнозировать характер АРД и оптимизировать тактику родоразрешения.

Бородай И.С., Болховецкая И.В., Градиль О.Г.
УРОВЕНЬ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА КАК МАРКЕР
ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Овариальный резерв – это индивидуальный запас ооцитов, неизрасходованных к данному возрасту и способных адекватно отвечать на овариальную стимуляцию ростом полноценных фолликулов, содержащих здоровые яйцеклетки. На сегодняшний день проблема оценки овариального резерва является актуальной при бесплодии, в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Существует множество методов позволяющих определить овариальный резерв (трансвагинальное ультразвуковое исследование, определение уровня гормонов, динамические тесты), но большинство из них достоверны лишь при комплексном применении.

Было обследовано 30 женщин репродуктивного возраста. У пациенток с числом 6 и менее ооцитов уровень антимюллера гормона (АМГ), измеренного перед началом стимуляции составил $1,0 \pm 0,4$ нг/мл, а у пациенток, с 11 и более ооцитов, уровень АМГ - $2,5 \pm 0,3$ нг/мл. Также было проведено исследование, подтверждающее зависимость АМГ и возраста женщины. Исследовали 40 здоровых женщин в возрасте 25-46 лет. До 35 лет уровень АМГ составлял более 2 нг/мл – нормальный овариальный резерв, в возрасте от 35 до 39 лет нормальный овариальный резерв сохранен в 60% случаев, в возрасте от 40 до 43 лет уровень АМГ снизился до 1,5 нг/мл, в возрасте 43- 46 лет он составляет 1,0 нг/мл – сниженный и крайне низкий овариальный резерв соответственно. На сегодняшний день АМГ можно считать одним из самых точных маркером, оценивающих состояние овариального резерва и прогнозирующих снижение и угасание репродуктивной функции.

Бородай И. С., Кебашвили С. В.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н. Аралов О.Н.

В настоящее время одним из резервов повышения рождаемости является снижение удельного веса невынашивания беременности и увеличения срока гестации при недонашивании плода, в 30-40 % случаев которого причиной является формирование

несостоятельности шейки матки. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациенток с диагнозом «истмико-цервикальная недостаточность» (ИЦН). Все женщины были разделены на четыре группы: 1 группа - 15 беременных, которым проведена коррекция разгружающим пессарием; 2 группа - 16 беременных с хирургической коррекцией ИЦН; 3 группа - 14 беременных с комбинированной коррекцией (серкляж шейки матки и введение акушерского пессария); 4 группа – группа сравнения из 15 женщин, которым не проводилась хирургическая или механическая коррекция ИЦН (женщины соблюдали постельный режим, им проведена этиотропная антибактериальная терапия, токолиз). Исследование показало, что у беременных 1-й группы имели место угрожающие преждевременные роды (УПР) в 57,3% случаев, преждевременные роды (ПР) в 34-36 недель у 12,0% женщин, стремительные роды (СР) - в 75,3% случаев. У женщин 2-й группы данные показатели составляют 28%; 22,2%; 89% соответственно. В 3-й группе - 72%; 20%; 91,3%. В 4 группе УПР выявлены у всех женщин, в 28 недель беременности шейка матки была оценена как зрелая у 88%, ПР в 30-32 недели - у 11,5% женщин, в 33–34 недели - у 76,1%, в 35–36 недель - у 9,4%, СР отмечены в 96,4% наблюдений.

Таким образом, для снижения удельного веса недонашивания беременности целесообразно проводить дифференциальный подход к коррекции ИЦН, в частности, достаточно эффективным методом является применение акушерского разгружающего пессария.

Бородай И.С., Тихонович Ю.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Мерцалова О.В.

С каждым годом увеличивается число женщин репродуктивного возраста, которые страдают сахарным диабетом (СД) 1 типа. В последнее время идет дискуссия о более оптимальном способе контроля уровня глюкозы у беременных. Особого внимания заслуживают 2 режима введения инсулина: постоянную подкожную инфузию инсулина (ППИИ) и множественные инъекции инсулина (МИИ).

Было обследовано 20 женщин с СД 1 типа во время беременности. Возраст больных колебался от 17 до 40 лет и в среднем составил $27 \pm 7,5$ года. Женщин разделили на группы по 10 человек. 1 группа получала ППИИ, 2 группа – МИИ. Индекс массы тела у больных 1 группы составил $21,9 \pm 0,2$, у больных 2 группы - $21,7 \pm 0,2$. В 1 группе суточные дозы инсулина в I, II и III триместре беременности составили $31 \pm 0,9$ ЕД; $46 \pm 1,6$ ЕД и $73 \pm 2,4$ ЕД соответственно, во 2 группе - $44,8 \pm 1,6$ ЕД; $59,4 \pm 2,2$ ЕД и $83,6 \pm 4,4$ ЕД. В 1 группе - $28 \pm 5,5$ гипогликемических эпизодов за период беременности, во 2 - $89 \pm 7,7$. В III триместре беременности протеинурия отсутствовала у 27% больных 1 группы и у 19,7% больных 2 группы. Средний уровень суточной потери белка с мочой в 1 группе составил $0,15 \pm 0,05$ г/л, а во 2 группе - $0,53 \pm 0,11$ г/л ($p < 0,001$). Средний уровень глюкозы в 1 группе - $6,4 \pm 0,1$ ммоль/л, во 2 группе - $7,3 \pm 0,2$ ммоль/л. Значения САД и ДАД в 1 группе составили $118 \pm 1,8$ мм рт. ст. и $73,7 \pm 1,2$ мм рт. ст.; во 2 группе - $131,8 \pm 2,3$ мм рт. ст. и $83,8 \pm 1,4$ мм рт. ст. соответственно. Частота средних и тяжелых форм гестоза в 1 группе - 16,5% , а во 2 группе - 45,8% . Таким образом, применение ППИИ позволяет снизить риск развития гестоза у беременных с СД 1 типа.

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., 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
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
Ткачѳва 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
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
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