

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.

Целью нашего исследования явилось определение значения эндотелиоза в развитии гестоза.

Материалы и методы: было изучено содержание маркеров дисфункции эндотелия: TNF- α , VCAM, ICAM и NSE в сыворотке крови у 80 беременных в основной группе, у которых развился гестоз различной степени тяжести в сроки гестации от 20 до 42 недель беременности, контрольную группу составили 20 здоровых беременных таких же сроков гестации.

Результаты. Определена тенденция к увеличению уровней TNF- α , VCAM, ICAM и NSE при нарастании степени тяжести гестоза по сравнению с этими показателями в контрольной группе. Показатели содержания TNF- α , VCAM, ICAM после родоразрешения снизились на 0,5%; 4,6% и 13,1% соответственно. Концентрация NSE достигала наибольшего снижения концентрации и достигала 28%.

Выводы: для дебюта гестоза характерен острый сосудистый эндотелиоз. Концентрации маркеров дисфункции эндотелия TNF- α , VCAM, ICAM и NSE коррелирует со степенью выраженности эндотелиоза при гестозе и может использоваться в оценке его степени тяжести, а также в эффективности проводимой терапии.

Скорбач О.І., Левашова А.І.

**ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ**

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Щербина М.О.

Упродовж 10 років зростала частота захворювань органів репродуктивної системи в жінок, які потребують радикального хірургічного лікування. Гістеректомія (ГЕ) залишається найбільш поширеною операцією в гінекологічній практиці та незалежно від обсягу операції в 60-80% хворих розвивається постгістеректомічний синдром (ПГС). ПГС це вегето-судинні, психоемоційні та обмінно-ендокринні порушення, які у свою чергу знижують працездатність та якість життя хворої. Таким чином, питання уточнення клініко-патогенетичних особливостей порушень ПГС далекі від остаточного вирішення, а їх актуальність зумовлює доцільність досліджень у цьому напрямку.

Метою дослідження було вивчення патогенетичних особливостей перебігу ПГС на основі даних проведеного клініко-імунологічного та гормонального обстеження.

До дослідження було залучено 120 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на такі клінічні групи: контрольна (I) група – 30 практично здорових жінок; основна (II) група – 90 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників. Визначення особливостей перебігу ПГС проводили шляхом обстеження з оцінкою психоемоційного стану та вегетативного статусу хворих. Оцінку гормонального статусу проводили в плазмі крові методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія). Визначення вмісту основних про- та протизапальних цитокінів у сироватці крові проводили із застосуванням твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою комерційних тест-систем виробництва ТОО «Протеїновий контур». При аналізі клініко-анамнестичних даних виявлено, що в жінок II групи достовірно частіше, ніж у I групі, був відзначений обтяжений соматичний анамнез, порушення менструальної функції та патологічні пологи, гінекологічні захворювання в анамнезі.

Результати обстеження за опитувальником О.М.Вейна (1998) підтвердили формування в післяопераційному періоді синдрому вегетативної дистонії в 75,5%

жінок II групи ($p < 0,05$). Для психологічних розладів у жінок II групи характерні високі показники рівня як особистісної, так і реактивної тривожності протягом усього терміну спостереження ($p < 0,05$). Дані гормонального обстеження жінок II групи показали достовірне підвищення рівня гонадотропних гормонів, зокрема фолікулоstimулюючого гормону і лютеїнізуючого гормону крові ($20,5 \pm 2,36$ МО/л і $13,3 \pm 1,02$ МО/л, відповідно) та відзначалося зниження стероїдних гормонів (естрадіол та прогестерон) порівняно з величиною цих показників у жінок I групи ($p < 0,05$). Співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок II групи було нижчим за 1,0, що свідчило про естрогенний дефіцит. Вивчення цитокінового статусу в жінок II групи виявило виражений дисбаланс, який проявлявся підвищенням у 2 рази рівня прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6), поєднаних зі зниженням в 1,4 рази рівня їх антагоністів – протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) порівняно з I групою ($p < 0,05$).

Аналізуючи отримані нами дані, можна стверджувати, що в жінок після ГЕ порушується механізм негативного зворотнього зв'язку в системі гіпофіз-яєчники й призводить до глибоких змін гормонального статусу, які можуть впливати на імунну систему жінки та приводити до значних імунологічних порушень.

Таравнех Д.Ш.

ТРОМБОЦИТОПАТИИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Генетические и приобретённые формы тромбофилии приводят к бесплодию, в том числе неясного генеза и могут быть причинами ранних преэмбрионических потерь вследствие дефектов имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Среди факторов, снижающих рецептивность эндометрия, на первое место выносят анатомические дефекты матки, хронический эндометрит, несоответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла, сочетанную гинекологическую патологию (аденомиоз, миома матки), соматические заболевания (в том числе аутоиммунные), тромбофилии. Вероятнее всего, разная патология реализуется через различные механизмы нарушения рецептивности эндометрия. Предполагают сходство механизмов, лежащих в основе имплантационных потерь, с привычным невынашиванием беременности на раннем сроке. При этом, по мнению большинства авторов, от 30 до 60% случаев привычного невынашивания беременности связано с состоянием тромбофилии.

Цель исследования. Оптимизация наступления беременности, снижение эмбрионических потерь у пациенток на фоне тромбофилии путем прегравидарной подготовки, ведения фертильного цикла и гестационного периода.

Материалы и методы. Было обследовано 60 бесплодных женщин. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, включающее общеклинические, биохимические, иммунологические, генетические, бактериологические, гормональные методы исследования.

Результаты и выводы. Гипергомоцистеинемия у пациенток с бесплодием неясного генеза, выявлялась в 63,6% случаев при наличии мутации гена MTHFR C677T (гомозиготная форма - у 18,2%, а гетерозиготная - у 45,5%). Неблагоприятными факторами имплантации, согласно нашим данным, являются циркуляция АФА у пациенток с бесплодием неясного генеза - 34,5%, в сочетании с генетически обусловленным эндогенным гипофибринолизом - 69,1%. Сочетание высокой частоты генетических форм тромбофилии, PAI-1, MTHFR C677T, полиморфизм «I/D» в гене

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
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
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
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