

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

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених**

**та студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

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

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

Vintzeleos et al. был оценен в 6-7 баллов у 16% и 5 баллов и ниже у 4% беременных. Нарушение плодово-плацентарного кровотока в стадии компенсации выявлены у 37,4% беременных, в стадии субкомпенсации – 10,7%, в стадии декомпенсации – 3%. Декомпенсированное нарушение плодово-плацентарного кровотока явилось показанием к оперативному родоразрешению.

Из общего числа обследованных операция кесарево сечение была сделана 7 (35%) беременным. При родоразрешении остальных беременных у 25% отмечалось преждевременное отхождение околоплодных вод, в 10% воды оказались окрашены меконием, у 22% - диагностирована слабость родовой деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что герпесвирусные инфекции неблагоприятно влияют на состояние внутриутробного плода и нарушают нормальное течение родов.

**Бородай І. С., Рускова К. В.**

**Можливості негормональної терапії у комплексному лікуванні больового синдрому у пацієнок з генітальним ендометріозом.**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра акушерства та гінекології №1,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник- професор, д.мед.н. Потапова Л.В.**

Генітальний ендометріоз (ГЕ) – актуальна гінекологічна проблема. Поширеність його становить від 12% до 50%. Частіше зустрічається форма ГЕ – внутрішній ендометріоз (аденоміоз) (70%-90%) посідає третє місце після запальних захворювань та міоми матки. Хронічна тазова біль – характерний симптом ендометріозу, який погіршує якість життя і визначає показання до лікування. Дискутабельними залишаються етіологія та патогенез захворювання, складною – діагностика на початковому етапі розвитку, невирішеною – проблема його лікування. Актуальне органозберігаюче лікування. Найбільш перспективне визначення структури комплексної консервативної терапії больового синдрому у жінок з аденоміозом (застосування гормональних та негормональних, фітопрепаратів з антипроліферативною активністю).

Мета дослідження: порівняльне оцінювання найближчих результатів лікування больового синдрому ГЕ (аденоміозу) різними методами консервативної терапії.

Матеріали та методи: Досліджено 30 жінок. Середній вік  $32,5 \pm 0,25$ . Хворих поділили на три групи: перша (n=10) отримувала гормонотерапію (КОКи); друга (n=10) – фітопрепарати; третя (n=10) – гормонотерапію (КОКи) в комплексі з фітопрепаратами. Проводили клінічні, ехографічні, гістерографічні дослідження. До лікування та через 6 місяців у плазмі крові визначали вміст фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого гормонів (ЛГ) на 2-5 добу менструального циклу.

Результати: Оцінку ступеня вираженості больового синдрому та зміни його під час лікування визначали за суб'єктивними відчуттями пацієнок із застосуванням 10-бальної шкали болю VAS (візуально-аналогова шкала). Всі пацієнтки розподілені на підгрупи у зв'язку з різним ступенем інтенсивності больового синдрому: легкого ступеня (слабкий біль, 1-3 бали) – 6 (60%) жінок в першій, 6 (60%) жінок в другій, 6 (60%) жінок в третій групах; середнього ступеня тяжкості (помірний біль, 4-6 балів) – 2 (20%), 3 (30%) та 2 (20%) відповідно в I, II і III групах, а також тяжкого ступеня (сильний біль, 8-9 балів) – 2 (20%), 1 (10%) і 2 (20%) відповідно.

Через 6 місяців лікування болі зменшились майже у 90% пацієток. В I групі у 7 (70%) жінок діагностовано больовий синдром легкого ступеня, середнього у 3 (30%) жінок і тяжкого не виявили; в II групі - легкого ступеня у 5 (50%) жінок, середнього у 4 (40%) жінок, тяжкого в однієї пацієтки (10%); в III групі – легкого ступеня у 8 (80%) жінок, середнього у (20%) жінок, тяжкого не виявлено. Найефективнішим виявилось лікування в III групі: жінки відзначили найбільш виразне зменшення больового синдрому.

Рівень ФСГ і ЛГ в крові мав наступну тенденцію: до лікування в I групі ФСГ  $10,7 \pm 0,9$  і ЛГ  $8,9 \pm 0,2$ ; в II групі – ФСГ  $5,3 \pm 2,0$  і ЛГ  $8,6 \pm 2,0$ ; в III групі – ФСГ  $11,3 \pm 0,5$  і ЛГ  $8,7 \pm 0,2$  (МО/л) та після лікування відповідно: в I -  $7,6 \pm 0,4$  і  $6,4 \pm 0,1$ ; в II –  $3,9 \pm 1,6$  і  $7,1 \pm 1,8$ ; в III –  $6,8 \pm 0,7$  і  $6,2 \pm 0,8$ ; (МО/л) ( $p < 0,05$ ). Відбулося зниження рівня ФСГ і менш ЛГ. В I групі ФСГ зменшився в 1,41 разів і ЛГ в 1,39 разів; в II групі - ФСГ в 1,36 і ЛГ в 1,21 разів; в III групі – ФСГ в 1,66 і ЛГ в 1,4 разів. Найбільше зниження гормонів виявилось в III групі.

Висновки: Комплексне поєднання гормонотерапії і фітопрепаратів в порівнянні з монотерапією ефективніше зменшує болі у пацієток з аденоміозом, значно швидше покращує їх стан і є методом вибору терапії больового синдрому.

**Бородай И.С., Червань И.В., Попова Т.О., Пугачева Н.А.**  
**ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО**  
**ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Аралов О.Н.**

Актуальность. Нарушение менструального цикла у девочек пубертатного возраста очень распространенная проблема, которая требует своевременного внимания и ранней реабилитации репродуктивной системы для обеспечения нормального течения физиологических процессов организма.

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с нарушением менструального цикла в анамнезе.

Материалы и методы: Оценивали течение беременности и родов 160 женщин, в возрасте 18-32 года. I группу (основную) составили 80 женщин с нарушением менструального цикла в пубертатном возрасте (у 46 девушек- позднее наступление менархе, 21- олигоменорея, 13-аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП)). II группу (сравнения) составили 80 женщин без нарушений. Средний возраст беременных составил  $25,5 \pm 0,7$  лет.

Средний возраст менархе в I и II группе -  $15,6 \pm 1,2$  и  $12,5 \pm 0,9$  лет, соответственно. У девушек I группы в сравнении с II группой в 3 раза чаще встречались соматические заболевания, а именно: 22 (27,5%) - заболевания мочевыделительной системы, 15 (18,7%) - дыхательной, 13 (16,2%) - сердечно-сосудистой системы. В структуре гинекологических заболеваний в I группе преобладали эрозия шейки матки – 25 (31,2%), синдром поликистозных яичников -16 (20%), воспалительные заболевания половых органов -10 (12,5%), в группе сравнения- 5 (6,2 %), 4 (5%), 3 (3,7%) беременных, соответственно.

В I группе было 45 первобеременных и 33 первородящих. Во II группе - 22 и 4, соответственно. У 8 (10%) беременных I группы первая беременность закончилась самопроизвольным абортom, а у 4 (5%) неразвивающейся беременностью в сроке до

<b>ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА .....</b>	<b>214</b>
<b>Бородай І. С., Рускова К. В. ....</b>	<b>215</b>
<b>Можливості негормональної терапії у комплексному лікуванні больового синдрому у пацієнток з генітальним ендометріозом.....</b>	<b>215</b>
<b>Бородай І.С., Червань І.В., Попова Т.О., Пугачева Н.А. ....</b>	<b>216</b>
<b>ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>216</b>
<b>Гнатенко О.В., Прокопенко А.М. ....</b>	<b>217</b>
<b>ГОСТРИЙ ЖИВІТ У МОЛОДИХ ЖІНОК ТА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ .....</b>	<b>217</b>
<b>Голуб К.І., Парашук В.Ю., Луцький А.С.....</b>	<b>218</b>
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ .....</b>	<b>218</b>
<b>Гасан А. А.....</b>	<b>220</b>
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ (ОСО) ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВТОРИЧНОГО ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.....</b>	<b>220</b>
<b>Дынник А.А.Сендецкый С.С.....</b>	<b>220</b>
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКСИПРОЛИНА, КАК МАРКЕРА КОЛЛАГЕНОПАТИИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....</b>	<b>220</b>
<b>Красивская Д.И., Горун Ю.А. ....</b>	<b>221</b>
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ.....</b>	<b>221</b>
<b>Куричева Н.Ю., Бабашев А.Г.....</b>	<b>222</b>
<b>РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....</b>	<b>222</b>
<b>Литвинова А.В. ....</b>	<b>223</b>
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ .....</b>	<b>223</b>
<b>Му'авия Салем Насер Альмарадат.....</b>	<b>225</b>
<b>МЕТОД МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НАЛИЧИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ .....</b>	<b>225</b>
<b>Нагиева А.А. ....</b>	<b>226</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....</b>	<b>226</b>
<b>Нестерук А.В.....</b>	<b>226</b>
<b>РОЛЬ ПРОВосПалительных цитокинов как предикторов реализации ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....</b>	<b>226</b>
<b>Новикова А.А. ....</b>	<b>227</b>
<b>КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>227</b>
<b>Окоро Бонавентуре Уче .....</b>	<b>228</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ .....</b>	<b>228</b>
<b>Осовский И.К., Гнатенко О.В., Дафеамекпор В.К., Корпань Т.В. ....</b>	<b>230</b>
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ГИНЕКОЛОГИИ.....</b>	<b>230</b>
<b>Прященко М.О., Парашук В.Ю., Луцький А.С.....</b>	<b>230</b>
<b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ. ....</b>	<b>230</b>
<b>Свидченко Ю.А.....</b>	<b>232</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ СХЕМ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА .....</b>	<b>232</b>
<b>Скорбач О.І., Кучер А.В. ....</b>	<b>232</b>
<b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ ЗАЛЕЖНО ВІД ПАРИТЕТУ .....</b>	<b>232</b>
<b>Соляник В.Ю., Чумак А.М. ....</b>	<b>233</b>
<b>ПОЛИП ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА.....</b>	<b>233</b>