

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

**ЗБІРНИК ТЕЗ
МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ТА СТУДЕНТІВ
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків 15 - 16 січня 2013 р.)

Харків - 2013

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків 15-16 січня 2013 р.)
Харків, 2013. – 362 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 27 грудня 2012 р.

так и в сыворотке крови у обследованных пациенток. Обращивает на себя внимание увеличение титра антител в пунктате кист при рецидиве.

Выводы. Данное исследование доказывает роль инфекционного процесса в развитии персистирующих ретенционных образований яичников за счет внутриклеточного поражения и, соответственно, нарушение функции яичников. Результаты работы подтверждают целесообразность проведения исследования на инфекции, переданные половым путем, при обследовании больных с персистирующими кистами яичников. В случае получения положительных результатов на наличие патогенной микрофлоры – помимо терапии кисты яичника, необходимо проводить лечение инфекционного процесса.

Кулицкая О.С., Котлик Ю.А.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Грищенко Н.Г.

Актуальность темы. Генитальный эндометриоз (ГЭ) - одна из многочисленных причин женского бесплодия. Имеются данные о нарушении функции системы гипоталамус – гипофиз – яичники. Нарушение фолликулогенеза негативно влияет на фертильность, снижение качества ооцитов и ухудшение качества эмбрионов. При этом отмечаются изменения ритма и уровня секреции гонадотропных гормонов и стероидных гормонов. При III – IV стадиях эндометриоза наблюдается высокая концентрация гонадотропных гормонов и сниженная стероидогенная активность яичников. Обнаруженные изменения отражают нарушение функционального состояния системы гипоталамус – гипофиз, с одной стороны, и снижение резервных возможностей яичников с другой, поэтому необходим тщательный подбор схемы стимуляции суперовуляции.

Цель исследования: разработка восстановления фертильности у женщин с ГЭ в программе ЭКО.

Общая методика и основные методы исследования. Всего было проведено 105 циклов стимуляции суперовуляции с предварительной десенсибилизацией репродуктивной системы препаратами аГНРГ., из них 30 циклов у пациенток, в анамнезе подвергшихся оперативному лечению – I группа, II группа – 35 циклов у пациенток с эндометриомой яичника (диаметр эндометриомы не более 20 мм) и 40 циклов у пациенток в анамнезе подвергшимся двухэтапному комбинированному лечению (оперативному и последующему медикаментозному в течении 3 циклов аГНРГ-депо) – III группа. Стимуляция суперовуляции проводилась рФСГ с 4-го дня менструального цикла.

Результаты исследований и выводы. В результате были получены данные: количество ооцитов на одну пациентку: I гр - $(8,6 \pm 1,3)$ ед., II гр - $(6,5 \pm 1,1)$ ед., III гр. – $(8,6 \pm 1,2)$ ед.; количество ооцитов с признаками дегенерации I гр - $(0,9 \pm 0,1)$ ед., II гр - $(3,5 \pm 0,4)$ ед., III гр. – $(1,4 \pm 0,1)$ ед.; процент оплодотворения: I гр - $(90 \pm 9,5)$ %, II гр - $(64 \pm 11,6)$ %, III гр. – $(81 \pm 13,6)$ %; качество эмбрионов, (% эмбрионов отличного качества) I гр - $(81 \pm 10,1)$ %, II гр - $(55 \pm 12,1)$ %, III гр. – $(71 \pm 10,1)$ %; процент наступления беременности: I гр - 48,5 %, II гр - 26,7 %, III гр. – 45,2 %. Таким образом, наименьшее число фолликулов и ооцитов было получено в гр. II, а наибольшее – в гр. III. Количество эмбрионов во всех группах 2 – 3 на перенос.

Вероятность наступления беременности у пациенток с ГЭ в период 1,5 лет после завершения комбинированного лечения 45,2 %, гр. I - 48,5 %, II – 26,7 %.

Вывод: эффективность реализации программ ЭКО у женщин с ГЭ зависит от полноценности проведения предшествующих этапов лечения. Учитывая, что оперативные вмешательства устраняли следствия имевшегося заболевания, а не его причину, мы считаем целесообразным лечение методом ЭКО при отсутствии беременности в течение года после завершения комбинированного лечения эндометриоза. При тяжелых стадиях заболевания, возрасте женщин старше 35 лет, сочетании нескольких факторов бесплодия, следует использовать методы ВРТ сразу после завершения лечения эндометриоза.

Маракушина Е.А., Покрышко С.В.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Научный руководитель – д.мед.н., профессор Тучкина И.А.**

В настоящее время 40% всех беременностей протекает на фоне экстрагенитальной патологии. Пиелонефрит осложняет от 1 до 4 % всех беременностей, его частота зависит от распространенности бессимптомной бактериурии в популяции. Как острый, так и хронический пиелонефрит оказывает непосредственное влияние на течение беременности и родов. Таким образом, до сих пор сохраняет свою актуальность изучение влияния гестационного пиелонефрита на состояние фетоплацентарного комплекса и внутриутробное развитие плода.

Цель исследования: Определить ультразвуковые особенности фетоплацентарного комплекса у беременных с гестационным пиелонефритом.

Методы исследования: Исследование проводилось на базе Харьковского родильного дома №1. В исследовании принимало участие 40 женщин в сроке гестации 22-40 недель. I группа – основная, женщины с гестационным пиелонефритом (20), II группа. Женщины были обследованы согласно приказу МОЗ Украины №906 (Перинатальные инфекции), от 27.12.06. Ультразвуковая оценка состояния фетоплацентарного комплекса, проведена с помощью УЗ-сканера Medison 6000СМТ с использованием датчика 3-7МГц.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования была установлена зависимость состояния фетоплацентарного комплекса от течения гестационного пиелонефрита. У 40% женщин основной группы было выявлено несоответствие степени зрелости плаценты сроку гестации, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 10%. Оценка биометрических показателей плода показала наличие синдрома задержки развития плода (СЗРП) у 20% женщин основной группы, причем у 1 СЗРП II степени. В контрольной группе этот показатель не превысил 5%. У 30% женщин основной группы отмечалось многоводие, тогда как в контрольной группе оно наблюдалось у 10% всех беременных, повышение эхогенности эндотелия внутренних органов в I группе – 40%, во II – выявлено не было.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что течение беременности на фоне гестационного пиелонефрита сопровождается значительными нарушениями фетоплацентарного комплекса (преждевременное старение плаценты, изменение количества околоплодных вод), что приводит к внутриутробному страданию плода и развитию СЗРП.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	151
Ганчева Е.В.	152
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	152
Главатских А.В., Мурызина И.Ю.	152
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	152
Градиль О. Г.	153
СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА.....	153
Дафеамекпор В.К., Корпань Т.В.	154
КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	154
Диннік О.О.	155
СТАН СТЕРОЇДСИНТЕЗУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ	155
Иващенко А. И., Котлик Ю.А.	157
ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА	157
Каджарова Э.А.	157
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	157
Карташова М.А.	158
ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	158
Коновал А.О.	159
СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРОЦЕДУРИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ	159
Кузьмина О.А.	160
РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ КИСТ ЯИЧНИКОВ	160
Кулицкая О.С., Котлик Ю.А.	161
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....	161
Маракушина Е.А., Покрышко С.В.	162
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	162
Паламарчук В.В., Рогачова Н.Ш.	163
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОДИНАМІЄЮ	163
Портная Л.Н., Кисель Е.Ю., Захожа А.И.	164
ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	164
Романченко К.В., Джурабоева Ф.Ш., Резник М.А.	165
ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЙ ЕПІТЕЛІО ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ.....	165
Скорбач О.І.	166
ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ	166
Таравнех Д.Ш.	167
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО.....	167
Феськов В.О.	168
НЕПРЯМЫЙ МЕТОД ОЦІНКИ ПОРУШЕННЯ ІМПЛАНТАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕНДОМЕТРИЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОДИК ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	168
Фрянцева М. В.	169
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ – ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	169
Цыбульник В.А., Мурызина И.Ю.	170