

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.

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 пацієнтки (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

12 недель. Угроза прерывания беременности была выявлена у 24 (19,2%) пациенток I группы, причем наиболее часто с АМКПП в анамнезе, а угроза преждевременных родов у 22 (27,5%). У 53 (66,25%) беременных основной группы отмечалась плацентарная недостаточность (ПН), во II группе данная патология встречалась реже, а именно у 19 (23,75%) беременных ($p < 0,05$).

При исследовании гормонального статуса установлено, что уровень β -хорионического гонадотропина, прогестерона и неконъюгированного эстриола в крови у женщин с нарушением становления менструальной функции был значительно более низким в сравнении с беременными без нарушения функции, что свидетельствует о развитии первичной и хронической ПН.

Преждевременные роды наблюдались у 4 женщин I группы. В связи с недостаточной зрелостью шейки матки в I группе проведено 29 операций кесарева сечения, во II гр. – у 8 пациенток. Соответственно у 49% и 10% рожениц этих групп роды были осложненными. Структура осложнений: в основной группе преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 18 (22,5%), слабость родовой деятельности у 15 (19%), кровотечения у 6 (7,5%) беременных. В группе сравнения – 4 (5%), 2 (2,5%), 2 (2,5%) беременных, соответственно.

Таким образом, у девушек с нарушением становления менструальной функции в пубертатном периоде (основная группа), относительно женщин без нарушения становления репродуктивной системы (группа сравнения), достоверно чаще отмечались соматические и гинекологические заболевания. Беременность чаще осложнялась плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания, и угрозой преждевременных родов, слабостью родовой деятельности, кровотечениями. Наблюдались самопроизвольные аборты и несостоявшиеся выкидыши на ранних сроках.

Ранняя диагностика и своевременная полисистемная коррекция возникающих нарушений менструального цикла у девушек-подростков позволяет предотвратить последующие проблемы, связанные как с соматическим, так и с репродуктивным здоровьем.

Гнатенко О.В., Прокопенко А.М.
ГОСТРИЙ ЖИВІТ У МОЛОДИХ ЖІНОК ТА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ
Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології,
м. Харків, Україна
Науковий керівник - д.мед.н., професор Тучкіна І.О.

В останні роки значно підвищилась частота ургентних станів у дівчат-підлітків і жінок молодого репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються патологічні стани статеві системи, клінічними проявами яких є симптоми гострого живота. Аналіз поширеності гінекологічної патології у дітей та підлітків в Харківському регіоні показав, що кількість дівчаток та молодих дівчат з порушеннями і захворюваннями жіночої статеві системи за останні 10 років збільшилася втричі (И. А. Тучкина и соавт., 2012).

Встановлено, що гострий живіт у дівчат-підлітків та молодих жінок може бути викликаний різними патологічними станами на межі між гінекологією та хірургією, що значно утруднює диференціальну діагностику і подальше своєчасне лікування. На жаль, при відсутності належної спрямованості на збереження репродуктивного потенціалу як підлітків, так і молодих жінок, необгрунтоване хірургічне втручання у

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