

**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.

липидов, общего холестерина (ХС), триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови определяли спектрофотометрически с помощью наборов реагентов фирмы Ольвекс (Россия). Концентрацию общих фосфолипидов (ФЛ) в сыворотке крови определяли спектрофотометрически с помощью наборов реагентов фирмы Spectro-Med (Молдова). Концентрацию липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) определяли расчетным методом.

Проведенное исследование показало, что при пиелонефрите беременных происходят специфические изменения липидного обмена. Так при хроническом пиелонефрите у беременных повышается содержание общего ХС (по сравнению с уровнем при физиологической беременности) и ЛПНП при уровне фосфолипидов и триглицеридов соответствующем физиологической норме. При гестационном пиелонефрите снижается содержание ХС, ФЛ, ЛПНП и ЛПВП. При всех вариантах воспалительного процесса в почках у беременных повышается соотношение ХС/ФЛ в сыворотке крови, а, следовательно, и в мембранах клеток, что может стать причиной нарушения метаболических процессов в тканях и в результате привести к патологии плода. Изменение липидного спектра материнской и пуповинной крови однонаправлены, более выражены при повышенном уровне провоспалительных интерлейкинов и трансамидиназы в сыворотке крови беременных с пиелонефритом.

Выводы: При хроническом пиелонефрите беременных в сыворотке крови повышается содержание провоспалительных интерлейкинов (ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$ ), в большей степени ИЛ-1 $\beta$ , что приводит к активации синтеза холестерина и повышению содержания его транспортных форм в сыворотке крови. При гестационном пиелонефрите повышается синтез провоспалительных интерлейкинов, но в большей степени ФНО- $\alpha$ , который увеличивает катаболизм холестерина в печени, и, как следствие, способствует снижению концентрации ХС и его транспортной формы в сыворотке крови. При хроническом и гестационном пиелонефрите в сыворотке крови беременных отмечается увеличение соотношения ХС/ФЛ.

**Гахраманова Н.Ф. Бойко Н.И.**

## **КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

**Кафедра акушерства и гинекологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор Липко О.П.**

Несмотря на достигнутые большие успехи в лечении преэклампсии за последние 10 лет, частота ее возникновения не имеет тенденции к снижению и достигает по некоторым регионам 23-24 %. В настоящее время выделяют более 30 патогенетических теорий развития позднего гестоза, объясняющих его развитие с позиций нейро-эндокринно-обменного, иммунологического дисбаланса, эндотелиальной дисфункцией и т.д. Важное место в развитии эндотелиальной дисфункции отводится гипергомоцистеинемии, которая напрямую связана с нарушениями метаболизма метионина. Биохимические реакции реметилирования гомоцистеина происходят при непосредственном воздействии коферментов, которые представляют из себя витамины В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. Метиониновый цикл с участием метионин-синтетазы пересекается с обменом фолатов, а донором метильной группы выступает коферментная форма витамина В<sub>9</sub>.

Целью настоящего исследования была разработка параметров назначения витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub> беременным из группы риска по возникновению позднего гестоза и определение эффективности этой профилактики.

Для выполнения поставленных в работе задач нами было обследовано 8 беременных с поздним гестозом легкой и средней степени тяжести (1 клиническая группа), 10 беременные с признаками прегестоза (2 клиническая группа) и 6 здоровая беременная в сроках беременности 27-32 недели (контрольная группа). Все беременные были первородящими. 1 клиническая группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от тяжести течения гестоза. 1-А подгруппу составили 4 беременных с легким течением гестоза, 1-В – 4 беременные с гестозом средней степени тяжести. Беременные с прегестозом были так же разделены на 2 подгруппы. 2-А подгруппу составили 5 беременных, которым после установления прегестоза никакое лечение не проводилось и 5 беременных, которые составили 2-В подгруппу, которым после установления прегестоза были назначены витамины В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub> индивидуально в зависимости от их концентрации в организме. Всем беременным кроме общепринятого обследования проведено определение в крови гомоцистеина, витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub>.

В результате исследования установлено, что у беременных с прегестозом имеется достоверное увеличение гомоцистеина и снижение витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub> по сравнению со здоровыми беременными, а также достоверное снижение этих показателей при средней степени тяжести гестоза по сравнению с прегестозом. В то же время указанные показатели у беременных с гестозом легкой степени тяжести достоверно не отличались от беременных с прегестозом, что свидетельствует о низкой грани различий между прегестозом и легким его течением.

5 беременным с прегестозом было назначено лечение витаминами В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub>. Витамин В<sub>12</sub> назначался в дозе 500 мкг подкожно 1 раз в сутки в течение 10 дней. Витамин В<sub>6</sub> назначался применением препарата Магне В<sub>6</sub> по 2 табл. 3 раза в день в течение 2-х недель и фолиевая кислота в дозе 5 мг в сутки в течение 3 недель. Повторное определение в крови гомоцистеина, витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub> проводилось у всех беременных с прегестозом через 3 недели от начала исследования.

В результате проведенного лечения у всех беременных произошло снижение содержания гомоцистеина в 2 раза и увеличение содержания витаминов. В то же время, у беременных с прегестозом, которые не получали терапию, произошло дальнейшее ухудшение исследуемых показателей, что совпадало с ухудшением клинической симптоматики и переходом прегестоза в гестоз легкой и средней степени тяжести.

**Данькина В.В.**

## **КРОВОБІГ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ЮНИХ ВАГІТНИХ**

**Кафедра акушерства і гінекології №1**

**Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Донецьк, Україна**

**Науковий керівник: доцент Данькина І.А.**

Проблема репродуктивного здоров'я підлітків є актуальною у всьому світі. Дефіцит маси тіла і анемія відносяться до чинників ризику виникнення порушень кровообігу в системі мати-плацента-плід і є найбільш частою причиною порушень стану плоду під час вагітності. У вагітних з дефіцитом маси тіла і анемією відмічена висока частота синдрому затримки розвитку плоду. Діти матерів підліткового віку частіше мають масу тіла нижче нормальною порівняно з матерями оптимального репродуктивного

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
Михайлуков 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
Прищенко 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
<b>АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ</b> .....	<b>170</b>
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
<b>ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА</b>	<b>204</b>
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
<b>ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА</b>	<b>232</b>
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