

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.

распределена на две подгруппы: IIIa — умеренный (8-11 ng/ml) и IIIb — высокий (13-17 ng/ml). Иммуногистохимическое исследование подтвердило нарастающую частоту аномалий апоптоза при АО, ГЭ, в особенности атипической: показатели Ki-67 и p16INK4a соответствовали выявленным колебаниям sFas. Дальнейшее наблюдение выявило достоверную тенденцию к улучшению в Ib, IIIa and IIIb группах касательно уменьшения веса, восстановления чувствительности к инсулину, благотворного сдвига в липопротеиновом спектре крови, исключение составил лишь sFas: сокращаясь в Ib и IIIa практически до уровня Ia группы, в IIIb он достоверно не менялся, что сочеталось с худшими клиническими исходами (показания к гистерэктомии).

Выводы: выраженность доказанного неблагоприятного влияния перименопаузальных метаболических нарушений варьирует в зависимости от уровня ингибитора апоптоза sFas: отмечена высокая частота атипической трансформации эндометрия в случае величины sFas более 13 ng/ml независимо от проводимого лечения АО и ИР.

Черелюк Н.И., Салтовский А.В.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

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

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Щербина Н.А.

Целью исследования явилось определение эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) и фибринолитических препаратов в комплексе послеоперационного ведения пациенток, перенесших лапароскопическое вмешательство в связи с бесплодием трубно-перитонеального генеза вследствие хронического инфекционно-воспалительного процесса органов малого таза.

Под наблюдением находилось 38 пациенток которым после проведенного консервативного лечения воспалительного процесса органов малого таза (ВПОМТ) лапароскопически было проведено восстановление проходимости маточных труб, удаление перитубарных и перивариальных сращений. В послеоперационном периоде все пациентки получали стандартную профилактическую антибактериальную, обезболивающую и инфузионную терапию. Все пациентки были разделены на 2 группы: I группа составила 20 человек, получавших в послеоперационном периоде фибринолитические препараты, содержащие стрептокиназу и стрептодорназу ректально по схеме в течении 10 дней, II группу составили 18 человек, получавших в послеоперационном периоде НПВС, содержащие диклофенак в дозе 50 мг x 3 раза/сутки ректально в течении 7 дней.

Результаты исследования оценивались по следующим критериям: Количество осложнений применения препаратов; Выраженность клинических проявлений (ВПОМТ) оценивалось методом анкетирования; Наступление беременности в течении 1 года после операции; Оценка проходимости маточных труб рентгенологическим методом через 1 год после операции. В I группе беременность наступила в течении 1 года у 5 пациенток, у 7 пациенток через 1 год по данным рентгенографии восстановилась окклюзия маточных труб, во II группе данные показатели составили 6 и 2 соответственно, при этом в течении 1 года субъективно самочувствие пациенток II группы было значительно лучше, чем I группы, проявлений побочных действий

даних препаратів не отчечалось, що вероятно пов'язано з коротким курсом і порівняльно невеликими дозами.

Аналізуючи отримані дані, можна утвердити, що в результаті застосування НПВС утворюється менше кількість спайок в порожнині живота внаслідок післяопераційного посттравматичного запального процесу, що підтверджується вищеописаними результатами.

Таким чином, застосування після лапароскопічного лікування безпліддя трубно-перитонеального генезу НПВС, що містять диклофенак в дозі 50 мг х 3 рази/добу ректально в період 7 днів дає кращі результати порівняльно з протейолітичними препаратами, а відповідно може бути рекомендовано в комплексі післяопераційного ведення пацієнток даної групи.

Шевцова О.В., Імшинецька Г.О.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства-гінекології та дитячої гінекології,
Науковий керівник - проф. Тучкіна І.О., ас. Вигівська Л.А**

Актуальність теми. Материнсько-плодова інфекція (МПІ) грає значну роль у виникненні репродуктивних втрат і привертає до себе особливу увагу світової медичної громадськості. Материнська імунна система під час вагітності пригнічена, що підвищує ризик інфікування і може стати причиною дисемінації патогенних організмів через плаценту до плода.

Мета дослідження: визначити ультразвукові маркерні ознаки материнсько-плодової інфекції.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети, обстежено 100 жінок терміном гестації 22 - 41 тиждень. Вагітні були розподілені на клінічні групи: контрольну групу склали 40 жінок з фізіологічним перебігом вагітності, основну – 60 жінок з МПІ. Вагітні знаходилися під спостереженням в умовах пологового будинку №1 м.Харкова. Обстеження проводилась у відповідності з клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної допомоги, наказ Міністерства охорони здоров'я України № 906.

Результати. На основі ультразвукового соматогенетичного дослідження з пренатальним синдромологічним аналізом, що проводився за схемою, запропонованою О. Я. Гречаніною (1990), при допомозі УЗ-сканера Medison 6000СМТ (П.Корея) з використанням датчика 3-7МГц, були визначені ультразвукові маркерні ознаки МПІ: доліхоцефалічна форма голівки плода (5%), вентрикуломегалія (6%), підвищена ехогенність вентрикулярної системи (3%), кісти судинних сплетінь (9%), гіпоплазія грудної клітини (8%) та легень(5%), кардіомегалія (3%), підвищена ехогенність легень(7%), гіперехогенний фокус в порожнині шлуночків серця (4%), гепатомегалія (4%), периваскулярна інфільтрація печінки (7%), нефромегалія (7%), пієлектазія (10%), гастромегалія (6%), підвищена ехогенність контурів шлунка (7%), гіперехогенність кишечника (9%). Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода спостерігається при вираженому інфікуванні (21%). Зміни з боку плаценти при МПІ різноманітні: підвищення ехогенності (31%), гіпер- (10%) та гіпоплазія (12%) плаценти, розширення міжворсинчатого простору (14%), наявність кальцифікатів (23%), розширення синусів базальних вен (10%). При дослідженні навколоплідної рідини виявили зміни її нормальної кількості (60%) – маловоддя та багатоводдя. У

ФАКТОРЫ АПОПТОЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	170
Черелюк Н.И., Салтовский А.В.	171
ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	171
Шевцова О.В., Імшинецька Г.О.	172
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	172
Щедров А. А.	173
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	173
ПЕДІАТРІЯ.....	174
Болдырева Е.С., Деркач А.В.	174
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	174
Болдырева Е.С., Пода С.Б.	174
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ.....	174
Будрейко Е.А., Морозов А.В.	175
АНКЕТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	175
Васильченко Ю.В. ¹ , Триндюк Ю.С. ¹ , Койда М.Л. ²	176
НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ АУТОІМУННИХ ГЕМОЛІТИЧНИХ АНЕМІЙ У ДІТЕЙ .	176
Гужва Н.Ю.	177
СЛУЧАЙ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ	177
Денчик Н.С.	177
ЭВОЛЮЦИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ.....	177
Ємець Т.В.	178
ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНИХ ВИХОДІВ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ЛІМФОБЛАСТНИМИ ЛЕЙКОЗАМИ	178
Карпушенко Ю.В., Крылова А.С., Нгуен Тхи Чанг	179
ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ БЕЗ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ.....	179
Карпушенко Ю. В., Спужак А. Р., Рождественская А. А.	180
ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ	180
Кравцова О.А., Головачова В.О.	181
СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ НА ПЕРШИХ РОКАХ ЖИТТЯ	181
Криворотько Д. М., Бендзар О. В.....	182
ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАТЯЖНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ В НОВОНАРОДЖЕНИХ	182
Молчанюк Д.А., Острополец А.С.	183
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ	183
Омельченко А.В.....	183
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА	183
Пальваль А.І.	185
СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ І РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ	185
Потихенская К.А., Омельченко А.В.	185
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	185
Научный руководитель – доцент Омельченко Е.В.	185
Триндюк Ю.С., Головачова В.О., Сітнік В.В.....	186
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНІВ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ СІРОВАТКИ КРОВІ ТА СЕЧІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ	186
Черненко Л.М.	187
РІВНІ ІІ-1β та ФНП-α В ІНДУКОВАННОМУ МОКРОТИННІ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ	187