

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.

жінок II групи ($p < 0,05$). Для психологічних розладів у жінок II групи характерні високі показники рівня як особистісної, так і реактивної тривожності протягом усього терміну спостереження ($p < 0,05$). Дані гормонального обстеження жінок II групи показали достовірне підвищення рівня гонадотропних гормонів, зокрема фолікулоstimулюючого гормону і лютеїнізуючого гормону крові ($20,5 \pm 2,36$ МО/л і $13,3 \pm 1,02$ МО/л, відповідно) та відзначалося зниження стероїдних гормонів (естрадіол та прогестерон) порівняно з величиною цих показників у жінок I групи ($p < 0,05$). Співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок II групи було нижчим за 1,0, що свідчило про естрогенний дефіцит. Вивчення цитокінового статусу в жінок II групи виявило виражений дисбаланс, який проявлявся підвищенням у 2 рази рівня прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6), поєднаних зі зниженням в 1,4 рази рівня їх антагоністів – протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) порівняно з I групою ($p < 0,05$).

Аналізуючи отримані нами дані, можна стверджувати, що в жінок після ГЕ порушується механізм негативного зворотнього зв'язку в системі гіпофіз-яєчники й призводить до глибоких змін гормонального статусу, які можуть впливати на імунну систему жінки та приводити до значних імунологічних порушень.

Таравнех Д.Ш.

ТРОМБОЦИТОПАТИИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Генетические и приобретённые формы тромбофилии приводят к бесплодию, в том числе неясного генеза и могут быть причинами ранних преэмбрионических потерь вследствие дефектов имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Среди факторов, снижающих рецептивность эндометрия, на первое место выносят анатомические дефекты матки, хронический эндометрит, несоответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла, сочетанную гинекологическую патологию (аденомиоз, миома матки), соматические заболевания (в том числе аутоиммунные), тромбофилии. Вероятнее всего, разная патология реализуется через различные механизмы нарушения рецептивности эндометрия. Предполагают сходство механизмов, лежащих в основе имплантационных потерь, с привычным невынашиванием беременности на раннем сроке. При этом, по мнению большинства авторов, от 30 до 60% случаев привычного невынашивания беременности связано с состоянием тромбофилии.

Цель исследования. Оптимизация наступления беременности, снижение эмбрионических потерь у пациенток на фоне тромбофилии путем прегравидарной подготовки, ведения фертильного цикла и гестационного периода.

Материалы и методы. Было обследовано 60 бесплодных женщин. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, включающее общеклинические, биохимические, иммунологические, генетические, бактериологические, гормональные методы исследования.

Результаты и выводы. Гипергомоцистеинемия у пациенток с бесплодием неясного генеза, выявлялась в 63,6% случаев при наличии мутации гена MTHFR C677T (гомозиготная форма - у 18,2%, а гетерозиготная - у 45,5%). Неблагоприятными факторами имплантации, согласно нашим данным, являются циркуляция АФА у пациенток с бесплодием неясного генеза - 34,5%, в сочетании с генетически обусловленным эндогенным гипофибринолизом - 69,1%. Сочетание высокой частоты генетических форм тромбофилии, PAI-1, MTHFR C677T, полиморфизм «I/D» в гене

ангиотензинпревращающего фермента, мутация протромбина G20210A, влияют на уровень эндогенного фибринолиза в сочетании с циркуляцией АФА. При АФС или генетической тромбофилии (мутация FV Leiden, мутация протромбина G20210A, MTHFR C677T, полиморфизм гена PAI-1 или другие тромбогенные дефекты фибринолиза и тромбоцитов), наблюдается снижение и противотромботических механизмов, что необходимо учитывать и своевременно проводить соответствующую терапию. Применение низкомолекулярного гепарина, антиоксидантной терапии и витаминотерапии позволило добиться и выносить беременность у пациенток с бесплодием неясного генеза.

Теряник А.В., Дусматова А.К., Сасенко В.П.
ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ

Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Патология звеньев репродуктивной системы, наблюдаемая у взрослых женщин, часто является следствием перенесенных гинекологических заболеваний в детском или подростковом возрасте. Вульвовагинальные инфекции занимают первое место в структуре заболеваемости органов урогенитальной системы у детей и подростков, составляя, по данным различных исследователей, от 70 % до 93 % гинекологической патологии детского и подросткового возраста.

Цель. Изучение эффективности применения препарата Вагисан для лечения вульвовагинальных инфекций у девочек-подростков.

Материалы и методы. На обследовании и лечении находилось 60 девочек-подростков. Диагноз вульвовагинита был установлен на основании полного клинического обследования и микробиологического исследования влагалищного содержимого с помощью комплексной количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР). 30 девочек-подростков с вульвовагинитом получившие стандартную антибактериальную терапию составили контрольную группу и 30 девочек-подростков – основную группу, которые получали дополнительно к лечению по 2 капсулы в сутки препарата Вагисан в течении недели.

Результаты. Пациентки основной группы отметили уменьшение выраженности воспалительного процесса влагалища и снижение интенсивности выделений уже после первых двух дней лечения, тогда как девочки-подростки контрольной группы улучшение состояния отметили на 5 сутки лечения. Все симптомы (бели, боль, воспаление), характерные для вульвовагинита, которые были диагностированы до лечения в основной группе, после лечения наблюдались только у 2 (6,7%) девочек-подростков, причем интенсивность их была значительно менее выраженной, чем в контрольной - (9 (30%)). По данным комплексной количественной ПЦР, отмечалась нормализация влагалищного микробиоценоза у большинства пациенток основной группы – 24 (80%), контрольной группы – 18 (60%).

Выводы. Применение препарата Вагисан в лечении вульвовагинальных инфекций является эффективным и способствует быстрому восстановлению микробиоценоза влагалища.

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
Михайлусов 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., Шадрина В.С.	162
Прийменко 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
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	170
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
Ткачѳва 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
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	204
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
ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА	232
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