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.

нового гемостатического препарата – рекомбинантного активированного фактора VII (НовоСэвен). В настоящее время накапливается уникальный опыт успешного применения препарата НовоСэвен при массивных опасных для жизни кровотечениях в акушерстве. Препарат НовоСэвен был использован для остановки массивных акушерских кровотечений 6 роженицам. Препарат вводился внутривенно струйно в дозах 60-90 мкг/кг. Во всех случаях кровотечений была достигнута полная его остановка в течение 15-20 мин после однократного введения препарата. Во всех случаях введение препарата позволило избежать экстирпации матки.

Для профилактики послеродовых кровотечений наряду с введение окситоцина и метилэргометрина стал применяться препарат «Пабал» (действующее вещество – карбетоцин). Он селективно связывается с рецепторами окситоцина гладкомышечных клеток миометрия, стимулирует ритмические сокращения матки, увеличивает частоту сокращений и повышает тонус мышц матки. Введение препарата в дозе 1 мл однократно во время проведения кесаревого сечения и сразу после рождения ребенка позволяет предотвратить атонию матки и чрезмерную кровопотерю. В Харьковском региональном перинатальном центре за наблюдаемый период данный препарат был применен в 8 случаях при явлениях гипотонии матки во время кесаревого сечения. В 6 случаях был достигнут положительный результат. Два случая потребовали введения других препаратов, в 1 случае операция была завершена экстирпацией матки.

В целом представленные наблюдения говорят о том, что введение препаратов НовоСэвен, Пабал является одним из высокоэффективным методом лечения терминальных акушерских кровотечений, по сути - органосберегающей технологией у пациенток с терминальными кровотечениями в родах.

Диннік О.О.

СТАН СТЕРОЇДСИНТЕЗУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1
Науковий керівник - д.мед.н, професор Щербина М.О.

Особливості механізмів маткових кровотеч у різних хворих обумовлюють неможливість використання при лікуванні уніфіцированих схем. У зв'язку з цим уточнення патомеханізмів захворювання, безумовно, представляє інтерес для клініцистів.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вмісту стероїдних гормонів у хворих на ПМК із різною масою тіла.

Під спостереженням знаходилося 156 хворих на ПМК 11-18 років. Аналіз фізичного розвитку дозволив встановити, що у 72 дівчинок (46,2%) - фізичний розвиток був гармонійним – I гр., у 54 (34,6 %) – відмічався надлишок маси тіла – II гр. і 30 підлітків (19,2 %) – мали дефіцит маси тіла – III гр. 56 дівчат-підлітків з нормальним менструальним циклом склали групу порівняння. Гормональний стан визначали за допомогою наборів для імуноферментного і радіоімуного аналізів, досліджували базальні рівні Т, E_2, К, ССЗГ, розраховували індекс вільних андрогенів (ІВА) за формулою (Т/ССЗГ)*100 % і індекс вільних естрогенів (ІВЕ) за формулою (E_2/ССЗГ)*100 %.

Результати обстеження дозволили встановити, що вірогідних розбіжностей у середніх показниках стероїдних гормонів між групами виявлено не було. Враховуючи це ми провели індівідуальнийо аналіз, який з'ясував, що нормативні рівні Т у сироватці крові найчастіше реєструвалися серед хворих I гр., рідше за усіх – у III гр. Підвищеня вмісту цього гормону відбувалося у 15,5 % хворих I гр., 20,4 % – II гр. і

33,3 % – III гр. Що стосується E_2, то у підлітків I гр. рідше за усіх спостерігалося зниження його вмісту, серед дівчат III гр. вірогідно частіше ніж в інших групах реєструвалися низькі значення рівня естрадіолу і значно рідше відзначалося його підвищення. Коефіцієнт T/E_2 в межах фізіологічних коливань спостерігався менш ніж у половини хворих. Підвищені його значення реєструвалися у кожної 6-8 пацієнткі II і III гр., що вірогідно частіше ніж у I гр. ($\rho_1<0,03$; $\rho_2<0,01$). Зниження індексу найрідше спостерігалося у хворих III гр. При вивчені глюкокортикоїдної функції надниркових залоз нами виявлено, що середній рівень К у сироватці крові хворих в ранкові часи склав у середньому в I гр. (473,33 ± 73,03) нмоль/л, у II гр. – (507,33 ± 75,35) нмоль/л і вірогідно не відрізнявся від показників у контролі. Тільки у пацієнток III гр. вміст К був значно вищим, ніж у групи порівняння (741,27 ± 103,51) нмоль/л ($\rho < 0,01$). Підвищені значення К реєструвалися у 52,0 % – I гр., 47,8 % –II гр. і 77,8 % – III гр. ($\rho_{1,2} < 0,01$). Отримані дані свідчать, що глюкокортикоїдна функція надниркових залоз активується. На нашу думку це є адаптаційною реакцією, і підвищення рівня К (стресреалізуючого гормону) – результат відповіді організму на крововтрату.

Аналіз значень ІВА виявив, що середні показники в цілому по групі склали (5,4±0,28) % і не мали суттєвих відміностей від даних у групі порівняння (4,43±0,28) %. Проте не дивлячись на відсутність змін по групі в цілому нами було відмічено, що у хворих II гр. цей показник був достовірно вищим по відношенню як до норми, так і до інших груп (I гр – 4,92 %., II гр. – 7,41 % і III гр. – 4,1 % ($\rho_{1,2} < 0,01$). Значення ІВЕ у хворих на ПМК у середньому становило (1,0 ± 0,06) %, що вірогідно відрізнялося від даних у групі порівняння (0,52±0,05) % ($\rho < 0,01$) у бік збільшення. Результати співставлення цього показника у хворих різних груп показали, що найвищим він був у пацієнток II гр. (I гр – 0,98 %., II гр. – 1,3 % і III гр. – 0,56 %; $\rho_{1,2} < 0,01$). Слід зазначити, що тільки у хворих I і II гр. ІВЕ достовірно перебільшував нормативні значення. У дівчат III гр. він знаходився у межах контрольних значень.

Таким чином, у половини хворих усіх трьох груп кровотечі перебігали на тлі нормоестрогенемії. Майже у 40 % пацієнтів I і II гр. відмічалися гіперестрогенні форми кровотеч. Серед підлітків III гр. відсоток таких хворих значно зменшувався і складав лише 23,3 %, проте у них у 2-3 рази частіше спостерігалися гіпоестрогенні кровотечі – у кожної 3-4 пацієнтки. Збільшення питомої ваги хворих з гіперестрогеними формами ПМК підтверджується і зростанням ІВЕ у дівчат I і II гр, який достовірно перебільшує нормативні значення, причому найбільш виражене збільшення цього індексу реєструється у хворих з надлишковою масою тіла. У більшості пацієнток маткові кровотечі супроводжуються нормативними значеннями тестостерону у сироватці крові. Проте у хворих із дефіцитом маси тіла це відбувається значно рідше ніж у інших. Більш ніж у третини цих дівчат, що вирогідно частіше у порівнянні з іншими, відмічаються підвищені рівні тестостерону. Проте ІВА у цих пацієнток не перебільшував нормативні значення, тобто, відбувається підвищення зв'язаних з білком андрогенів, які менш агресівні у відношенні виникнення гіперандрогенії. Найбільший ІВА відмічався у хворих з надлишковою масою тіла, у них же найчастіше реєструвалися різні прояви гіперандрогенії. Пубертатні маткові кровотечі супроводжуються підвищенням вмісту кортизолу у сироватці крові, значно частіше це спостерігається у хворих із дефіцитом маси тіла, тобто глюкокортикоїдна функція надниркових залоз у хворих на ПМК активується, що скоріше за все є адаптаційною реакцією на крововтрату.

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 ПЕРЕБІГУ 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., Джурабоєва Ф.Ш., Резник М.А. **165**
ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЙ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ 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**
НЕПРЯМИЙ МЕТОД ОЦІНКИ ПОРУШЕННЯ ІМПЛАНТАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕНДОМЕТРІЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОДИК ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ **168**
Фрянцева М. В. **169**
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ – ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ **169**
Цыбульник В.А., Мурызина И.Ю. **170**