

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК ЕНДОСКОПІЧНИМ МЕТОДАМИ

Ахтирська А.О., студ. IV курсу, група ЛС-315

Науковий керівник: Бабар Т.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Ендоскопічні операції в гінекології є дуже частим методом терапії: трубно-перитоніального безпліддя, міоми матки, полікістоза яєчників.

За допомогою ендоскопічної операції можна провести не тільки лікування (резекцію, секторальне видалення, вишкрібання, термокоагуляція), а й діагностику (прицільна біопсія, кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія), адже не завжди за допомогою класичних методів обстеження вдається одразу правильно встановити діагноз. Ендоскопічні операції є менш травматичними і мають швидший період відновлення.

При трубно-перитонеальному безплідді проводиться: сальпінголізис (звільнення маткової труби від спайок); сальпінго-сальпінго анастомоз (видалення звуженої частини маткової труби і зшивання кінець в кінець); сальпінгопластика. При міомі матки: міомектомія із обов'язковим інтраопераційним гістологічним експрес-дослідженням видаленого вузла;

гістероскопія (метод обстеження та лікування, який дозволяє оглянути стінки порожнини матки за допомогою ендоскопічних інструментів). Лікування полікістозу яєчників:

клиноподібна резекція (видаляється надмірно розрослася тканина яєчника (іноді до 2/3 його об'єму), яка відповідає за надмірну вироблення андрогенів; на тлі ліквідації гіперандрогенії відновлюється нормальний гормональний фон і настає овуляція);

ендотермокоагуляція (точкове «припікання» тканини яєчників з метою усунення надмірної вироблення андрогенів); декортикація яєчника (ліквідації зміненої (склерозованої і потовщеної) білкової оболонки яєчників).

Метою дослідження було довести ефективність ендоскопічних операцій в лікуванні трубно-перитоніального безпліддя, міоми матки, полікістоза яєчників і подальшу здатність до запліднення та виношування.

Матеріали дослідження. За статистичними даними було доведено, що під час ендоскопічного лікування трубно-перитоніального безпліддя, міоми матки, полікістоза яєчників, репродуктивна функція була повноцінно відновлена в більшості випадків.

Висновок: ендоскопічні операції мають велике значення в лікуванні безпліддя. За допомогою даного методу можна не тількивилікувати захворювання, а й діагностувати патологію на більш ранніх етапах, що допоможе дати значно сприятливіший прогноз щодо репродуктивної здатності організму жінки.

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ДІВЧИНИ-ПІДЛІТКА

Бігун Н., Михалейко Л.

Науковий керівник: к.мед.н., асист. Фартушок Т.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра гінекології та акушерства*

Актуальність. У сучасному світі молодим дівчатам хочеться виглядати особливо стрункими і красивими. В результаті часто вони вдаються до різних заходів, які ведуть до втрати ваги і несуть за собою значні порушення в організмі.

Мета. Встановити і проаналізувати основні фактори, які ведуть до порушення менструального циклу у дівчат-підлітків.

Матеріали та методи. Для даного дослідження була розроблена анкета з урахуванням харчування, фізичного розвитку, фізіологічних особливостей, способу життя підлітків. У дослідженні взяли участь учениці 8, 9, 10 та 11 класів школи №1 м.Львова. Вік анкетованих

становив 13-17 років. За допомогою методів спостереження, анкетування, опитування, теоретичного аналізу, вивчення літератури опрацьовано 145 анкет.

Результати. Аналіз результатів анкетування показав, що менархе у більшості дівчаток (93%) починається у віці 13 років, до 15 років вже 98% дівчат мають менструації. Тривалість менархе становить від 2 до 7 днів, але буває затягується до 2 тижнів (у 11,8% дівчат). Виявлено, що перші три роки після настання менструації цикли тривають більше 28-35 днів, але з віком вони стають регулярнішими і їхня тривалість зменшується. Встановлено, що у 26,2% проанкетованих дівчат порушення менструального циклу пов'язане з неправильним харчуванням (18,6% мають недостатню вагу, а 7,6% страждають від ожиріння), а ще 15,9% відчують постійний стрес і часто перебувають у стані депресії.

Висновки. В результаті дослідження виявлено, що у майже половини дівчат спостерігаються регулярні затримки менструального циклу, їх болючість, що в першу чергу пов'язано з неправильним харчуванням (постійні дієти, переїдання) і постійним стресом. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що дівчаткам слід уважніше ставитися до свого здоров'я, зокрема до репродуктивної системи, адже основна роль жінки на землі - це народити здорове потомство.

ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ У ЖІНОК З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ

Волощук Т.О., Олексієвець Д.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Тарасюк С.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

кафедра акушерства і гінекології №2

Актуальність. Позаматкова вагітність (ПВ) характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. З появою нових методів діагностики підвищується ймовірність виявлення ПВ в ранні терміни. Це дозволяє більш широко застосовувати консервативні методи лікування. Лікування метотрексатом викликає резорбцію плодового яйця, не зачіпаючи неушкоджену стінку маткової труби, прохідність якої зберігається.

Мета дослідження: Оцінити стан репродуктивного здоров'я жінок з перенесеною трубною вагітністю (ТВ) після консервативної терапії метотрексатом.

Матеріали і методи: Був проведений аналіз 20 історій хвороб, а також телефонне опитування пацієнток ВМКПБ № 2 за 2015-2016 рік, яким проводилось консервативне лікування ТВ метотрексатом. Вік пацієнток 25-38 років.

Результати дослідження: При аналізі 20 (100%) історій хвороб пацієнток з'ясувалось: всі вони отримували лікування метотрексатом у дозі 50-100 мг внутрішньом'язово, після введення якого проводили моніторинг β -ХГЛ. При зменшенні β -ХГЛ вдвічі введення метотрексату припиняли. 15 жінок (75%) відчували біль у нижніх відділах живота після введення препарату, рідше – шлунково – кишкові розлади. Серед обстежуваних 5-ом жінкам (25%) проводилося оперативне лікування після консервативної терапії метотрексатом, таким чином встановлено, що ймовірність хірургічного втручання збільшувалася зі зростанням концентрації β -ХГЛ у сироватці. 8 жінок (40%) завагітніли протягом року після терапії, у 2-ох з них (10%) спостерігалась завмерла вагітність. 16 жінок (80%) не вагітніли, серед них 10 (50%) намагалися завагітніти.

Висновок: Консервативне лікування ТВ з використанням метотрексату при внутрішньом'язовому введенні за схемою забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця, при незначних побічних ефектах, дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 75% випадків. Саме це забезпечило успішне настання наступної вагітності у 40% жінок, та швидшу реабілітацію до подальшого виношування плоду.