

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

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ДІЕНОГЕСТУ

Копиця Т.В., Корнієнко М.В., Моця Ю.І.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Ендометріоз – це доброякісне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини за межами порожнини матки.

Актуальність проблеми обумовлена поширеністю захворювання, яка досягла 10-20% у загальній популяції жінок репродуктивного віку і продовжує зростати. Аденоміоз зустрічається у 70-90% випадків і є причиною безпліддя та стійкого больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінки.

Мета нашого дослідження – клінічна оцінка ефективності лікування хворих на аденоміоз похідними нортестостерону з антиандрогенною активністю - препаратом Візан.

Матеріали і методи. Для дослідження було відібрано дві групи по 30 жінок репродуктивного віку з підтвердженим діагнозом аденоміоз, які планували вагітність протягом 1-2 років. Обраний консервативний метод лікування препаратом Візан. Контроль якості лікування проводився на підставі загального гінекологічного дослідження та даних ультразвукового дослідження.

Результати. Середній вік пацієнток складав 27-32 роки. Серед клінічних проявів частіше відмічались: альгодисменорея, хронічний тазовий біль, диспареунія, перименструальні кров'янисті виділення, безпліддя.

У якості медикаментозного лікування жінок у дослідній групі був обраний препарат Візан (дієногест) 2 мг – по 1 таблетці на добу у безперервному режимі протягом 6 місяців. У контрольній групі використовували комбінований оральний контрацептив (етинілестрадіол 0,03 мг, дієногест 2 мг) по 1 таблетці на добу у безперервному режимі (курс лікування 6 місяців). В обох групах призначалася загальна терапія: Німесулід 100 мг – по 1 таблетці 2 рази на добу перші 10 днів кожного місяця, Гепабене – по 1 капсулі 3 рази на добу протягом 3 місяців, Аевіт – по 1 капсулі 1 раз на добу 1 місяць.

Після курсу лікування у дослідній групі за результатами ультразвукового дослідження вогнища аденоміозу зменшились в середньому на 80%, в контрольній групі на - 60%. Зменшення клінічних проявів відмічалось, як в I, так і в II групах.

Висновок. При аденоміозі використання похідних нортестостерону з антиандрогенною активністю (Дієногест) є доцільним та більш ефективним у порівнянні з комбінованими оральними контрацептивами.

ПОШИРЕНІСТЬ НЕДОСТАТНОСТІ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ, ЯК ОДНІЄЇ З ПРИЧИН ПЕРВИННОГО БЕЗПЛІДДЯ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ ПРЕПАРАТАМИ МІКРОНІЗОВАНОГО ПОГЕСТЕРОНУ

Копиця Т.В., Коростіль С.О., Коломієць Є.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Недостатність лютеїнової фази менструального циклу (НЛФ) є однією з найбільш поширених захворювань, пов'язаних з порушенням функції яєчників. Частота НЛФ серед причин безпліддя за даними різних авторів становить від 15 до 27% і може призводити до невиношування вагітності в ранні терміни в 85%.

Метою нашого дослідження було визначення частоти жіночої безплідності внаслідок недостатності лютеїнової фази менструального циклу в м. Суми та ефективність корекції НЛФ препаратами мікронізованого прогестерону.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі Сумського міського клінічного пологового будинку серед 86 жінок, хворих на первинне безпліддя. Всі жінки були обстежені згідно наказу №582: проведено гістеросальпінгографію, визначення гормонального статусу, функції щитоподібної залози, інфекції, що передаються статевим шляхом. Виключені імунологічний та чоловічий фактори безпліддя. Наявність овуляції досліджували шляхом УЗД

з оцінкою динаміки росту фолікулів. Рівень ЛГ, ФСГ, ПРЛ, тестостерону, естрадіолу визначали з 2 по 4 день менструального циклу, прогестерону з 20 по 22 день, протягом трьох менструальних циклів.

Результати. Після проведеного дослідження було визначено, що ендокринний фактор являється причиною безпліддя в 44% (38 жінок), серед яких недостатність лютеїнової фази менструального циклу відмічалася в 30% (26 жінок). Під час УЗД з оцінкою динаміки росту фолікулів на 9, 11 та 13 день циклу спостерігалася відсутність домінантного фолікулу. Серед показників гормонального фону відмічалася значне зниження рівня прогестерону. Для корекції рівня прогестерону була призначена терапія мікронізованим прогестероном в дозі 300 мг з 16 по 26 день менструального циклу протягом 6 місяців (препаратом Утрожестан). Через 6 місяців поводилось повторне визначення рівня прогестерону та фоллікулометрія в динаміці. В 70%(18 жінок) відмічалася нормалізація рівня прогестерону, в 3 випадках вагітність настала протягом лікування.

Висновок. Безпліддя, внаслідок НЛФ являється досить поширеним і зустрічається в 30% випадків. Доведено ефективність застосування мікронізованого прогестерону у жінок з НЛФ.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЕКЗ У М.УЖГОРОД ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Костур К.П., Криванич Н.В.

Науковий керівник: д.мед.н, проф. Корчинська О.О.

*Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра акушерства та гінекології*

Вступ. В сучасному суспільстві все більш актуальною стає проблема безпліддя, частота якої в Україні становить 15-20% і має тенденцію до збільшення. Використання допоміжних репродуктивних технологій дозволило отримати більше число вагітностей, але необхідно відзначити, що за даними літературних джерел більшість індукованих вагітностей має різноманітні ускладнення.

Мета роботи. Розглянути особливості перебігу вагітностей, пологів та післяпологового періоду у жінок після ЕКЗ у Закарпатській області протягом 2014-2015 рр.

Матеріали та методи. Історії пологів з архіву Ужгородського міського пологового будинку. Дані було статистично оброблено за допомогою програми Microsoft Office Excel 7.0 ($p < 0,05$).

Результати. Кількість пологів за 2014-2015 роки становила 6200, серед яких число вагітностей після ЕКЗ – 19 (0,31%). Вік жінок склав $33,2 \pm 2,8$. У 79% вагітність була першою. Перші пологи були у 94,7%. Двійню народили 31,6% жінок. Кесарів розтин склав 89,5%. Жінки перебували у стаціонарі $9,8 \pm 3,6$ ліжко-днів. У 57,9% пологи були передчасними. Хибні перейми та крупний плід спостерігалися по 15,8%, ЗВУР плода – 10,5%, ПРПО, ПВНРП, маловоддя, щільне прикріплення плаценти – по 5,3%. Передлежання плодів: головне – 73,68%, сідничне – 21,06%, ніжне – 5,26%. У 89,5% було повздовжнє положення плода, у 10,5% – поперечне. Крововтрата під час пологів більше 500 мл наявна у 26,3%, анемія – у 52,6%. Супутні захворювання спостерігалися у 26,4%. Одна вагітність закінчилася мертвонародженням, що складає 5,26%.

Висновок. 1. Серед загального числа вагітних, кількість вагітностей за допомогою ДРТ становить дуже малий відсоток, що може бути пов'язано з тим, що багато жінок приховують інформацію про індукцію вагітності. 2. Вагітність, яка настала після ДРТ є вагітністю високого ризику виникнення ускладнень, що потребує спеціального алгоритму ведення та особливої уваги від акушер-гінекологів.