

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

контакт дитини з материнською кров'ю, оскільки розтин на матці прошивається гемостатичним швом до народження плода. на 38 тижні вагітності до початку пологів та вилиття навколоплідних вод. Антиретровірусні препарати приймають за 4 години до розродження. При розродженні шляхом гемостатичного кесаревого розтину разом із комбінованою АРТ, частота перинатальної трансмісії складає менше 2 %. Продовжували проведення АРТ під час пологів, проводився шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком, призначалась АРТ новонародженому та штучне вигодовування.

Висновок. У результаті проведених досліджень розроблено алгоритм ведення вагітної з ВІЛ та схему ведення пологів у ВІЛ – інфікованих, що дозволяє знизити ризик інтранатального інфікування плода.

ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

*Нарольська А.І., Горбань Н.С., Пономарьова А.І.
науковий керівник – д.м.н. В.К. Кондратюк*

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,

Мета дослідження – вивчити особливості мікробіоценозу геніталій у жінок з гіперпроліферативними захворюваннями матки та патологією ШМ.

Матеріали і методи. Обстежено 150 хворих, які були розділені на 4 групи: А – 40 хворих з лейоміомою та хронічним сальпінгітом (ХС); Б – 40 пацієнок з аденоміозом та ХС; В – 40 обстежених з лейоміомою в поєднанні з аденоміозом та ХС; Г – 30 жінок з ХС. Контрольну групу становили 30 здорових жінок.

Результати та їх обговорення. У хворих А та Б груп встановлено значне зростання реєстрації гарднерел, дефіцит лактофлори, формування вірусно-бактеріальних асоціацій. У пацієнок групи В виявлені найбільш виражені порушення мікроекології цервікального каналу: підвищення частоти і кількісних показників висівання потенційно-патогенної мікрофлори (стафілококи, стрептококи, ешерихії), елімінація або значний дефіцит лактобацил, підвищення частоти діагностики гарднерельозу, хламідіозу та вірусних інфекцій. У хворих групи Г зафіксована підвищена частота і кількісний рівень реєстрації грибів р.Candida в асоціації з грампозитивними коками, ентеробактеріями і вірусами. Результати бактеріологічних досліджень свідчать, що у хворих всіх груп з ураженням шийки матки формується патологічна полівірусна контамінація слизової оболонки вірусами (HPV, HSV, CMV) та збудниками інфекцій «нового покоління» (хламідії, мікоплазма, уреоплазма). Найвища частота таких асоціацій виявлена у пацієнок поєднаними гіперпроліферативними захворюваннями матки (група В) – 32,5% та у обстежених з хронічним сальпінгітом – 30,0 %.

Висновки Таким чином, одержані дані дозволили виявити особливості структурних порушень мікроекології статевих шляхів у обстежених жінок всіх груп, що свідчить про необхідність застосування методів терапії, спрямованих на елімінацію інфекційних агентів та відновлення нормоценозу цервікального каналу шийки матки.

ГПОТИРЕОЗ ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕСПЛІДДЯ У ЖІНОК

*Новикова О.О., студ. 5 курсу
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Бойко В.І.
Сумський державний університет*

Частота безпліддя серед подружніх пар репродуктивного віку в Україні становить 10-15%, в окремих регіонах цей показник складає 20%. Тобто кожна 10-та пара є безплідною. У структурі безпліддя даними на 2014 рік, жіноче складає близько 79%. Таким чином серед 12,3 млн жінок репродуктивного віку, 1 млн-безплідні. Тому проблема набуває не лише медичного,

але і соціально-демографічного значення.

Ендокринне безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції, серед інших форм складає близько 35-40%. Одією з наймовірніших причин є дисфункція щитоподібної залози, що суттєво впливає на стан репродуктивної функції жінки. Гіпотиреоз призводить до порушень менструального циклу (оліго-, аменорея), невиношування вагітності, патології розвитку плода та новонародженого, безпліддя. Тісний взаємозв'язок між репродуктивною функцією і функцією ЩЗ необхідний для забезпечення адекватного фолікулогенезу, овуляції, запліднення, функції жовтого тіла і розвитку вагітності.

Метою роботи є дослідження тиреоїдного стану у жінок із безпліддям при гіпотиреозі, що проживають в ендемічному регіоні після корекції дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції.

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження проводилось у два етапи: ретроспективний аналіз медичної документації 50 жінок, які в подальшому підлягали проспективному дослідженню, в результаті якого було виявлено гіпотиреоз у 30 жінок. Вони були поділені на дві групи: 1 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, які після проведення стимуляції овуляції прегнілом не отримували замісної терапії (L-тироксин, йодбаланс); 2 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, яким застосовували гормонотерапію (L-тироксин 150 мкг/д, йодбаланс 200 МО 1р/д) після стимуляції овуляції прегнілом; 10 соматично здорових жінок з нормальною репродуктивною функцією- контрольна група.

Для оцінки тиреоїдного статусу із безпліддям визначали у сироватці крові рівні вільного трийодтироніну (fT₃) і вільного тироксину (fT₄), тиреотропного гормону (ТТГ), загального (Т₃) і загального (Т₄), а також додатково визначали рівні ЛГ та ФСГ.

При дослідженні тиреоїдного статусу у жінок рівень Т₃ при гіпотиреозі - $1,11 \pm 0,05$ пмоль/л (контроль $2,77 \pm 0,06$ нмоль/л); Т₄ - $49,1 \pm 1,18$ нмоль/л, (контроль $109,78 \pm 1,08$ нмоль/л); ТТГ - $4,8 \pm 0,08$ мМО/л (контроль $2,63 \pm 0,03$ мМО/л); fT₄ - $8,12$ пмоль/л (контроль $18,77 \pm 0,3$ пмоль/л), fT₃ - $5,67 \pm 0,06$ пмоль/л (контроль $7,63 \pm 0,03$). ЛГ, ФСГ (фолікулярна фаза) - $3,5 \pm 1,7$ мЕД/л та $1,7 \pm 0,9$ мЕД/л відповідно.

У жінок із безпліддям при дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції та замісної терапії в лікувальних програмах спостерігається зниження рівня ТТГ до $2,63 \pm 0,03$ мМО/л, Т₃ становив $2,82 \pm 0,06$ пмоль/л, нормалізація рівня Т₄ ($109,7 \pm 0,07$ нмоль/л).

Ефективність даного комплексу діагностичних та лікувальних заходів у жінок із безпліддям та дисфункцією щитоподібної залози сприяла нормалізації її функції, що обумовило підвищення частоти настання овуляції в природному циклі в лікувальних програмах контрольованої індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій, а також настання вагітності у 80 % жінок при гіпотиреозі, що більше в 6 разів, порівняно з жінками, які не застосовували даний лікувальний комплекс.

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ СПЛЕНОЗ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА.

Олексич Т.В., Ульянич В.В. - лікарі СОКЛ

Смородська О.М. студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В. П.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії,

Сумська обласна клінічна лікарня

Спленектомія (СЕ) у хворих на хворобу Верльгофа (ХВ), виконується у випадку неефективності консервативного лікування цього тяжкого захворювання. Не зважаючи на високий ризик оперативного втручання, пов'язаний з притаманним для цього захворювання порушеннями в системі згортання крові, СЕ продовжує активно використовуватися, так як є найбільш ефективним методом лікування ХВ. Це пояснюється тим, що оперативним шляхом