

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

При вивченні стану неонатальної адаптації новонароджених обстежуваних груп, були отримані наступні результати. Середня вага новонароджених I групи склала 3245 ± 280 г, у II групі 2865 ± 365 г, у контрольній групі – 2975 ± 325 г ($p > 0,05$). Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, відповідно на 1-й та на 5-й хвиликах, була відповідно: у новонароджених I групи $7,5 \pm 1,4$ та $8,4 \pm 1,3$ бали, у II групі – $7,3 \pm 1,6$ та $8,2 \pm 1,1$ бали, у контрольній групі – $7,2 \pm 1,6$ та $8,6 \pm 1,2$ ($p_1 - p_2 > 0,05$).

Висновок. Методика застосування розвантажувального акушерського пессарія є патогенетично обґрунтованою у вагітних з багатопліддям і має ряд переваг порівняно з хірургічним серкляжем, зокрема, безболісність і простота введення, можливість застосування в амбулаторних умовах, економічна доцільність, зниження ризику інфікування і травматизму в пологах. Метод дозволяє пролонгувати вагітність до доношеного терміну у 85% жінок, знизити медикаментозне навантаження на вагітну та плід. Комбіноване застосування неінвазивного серкляжу та мікронізованого прогестерону зменшує ризик передчасних пологів більше, ніж у два рази.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Ніколайчук С.В.

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Літвінов С.К., Маркевич Б.О. (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра акушерства та гінекології №1*

Мета: Оцінка ефективності застосування ЕМА як альтернативного методу лікування міоми матки та показників якості життя після даного втручання у жінок репродуктивного та перименопаузального віку.

Матеріали та методи: Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 85 пацієнток, віком від 24 до 56 років (середній вік $42,87 \pm 0,7$), яким було проведено ЕМА з приводу міоми матки у ВОКЛ імені М.І.Пирогова за 2010-2016 рр. Всі досліджувані були розподілені на 2 групи: I-а – 65 жінок репродуктивного віку ($37,7 \pm 0,6$), II-а – 20 жінок у перименопаузальному періоді ($48,05 \pm 0,7$). А також проведено опитування 20 жінок, яким було проведено ЕМА (34,1 \pm 0,6), 40 жінок (38,2 \pm 0,5), після видалення матки з придатками та без для дослідження якості життя після лікування міоми за самостійно розробленою анкетною.

Результати: При ретроспективному аналізі встановлено: об'єм матки та міоматозних вузлів після проведення ЕМА достовірно зменшився у пацієнток обох груп (за 3 міс. регресія відбулася в середньому на 20,3%, через 6 міс. – на 36,5%), враховуючи, що початковий розмір збільшеної матки становив у I гр. – $11 \pm 0,4$ тижнів, у II гр. - $13 \pm 0,3$ тижнів. За результатами опитування виявлено загалом вищі показники якості життя у жінок після ЕМА: 72% відмітили покращення самопочуття, 62% вказали на поліпшення психо-емоційного стану, у 67% нормалізувалась статеві функція (у той час як, у жінок після видалення матки даний показник складає 37%). Таким чином, проведені дослідження дозволяють впевнено сказати, що ЕМА є високоефективним, малоінвазивним методом лікування міоми матки, основною перевагою якого є органозберігаючий принцип, що особливо важливо для пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Овчаренко Д.В., магістрант

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Іконописцева Н.А.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Серед основної патології репродуктивної системи в умовах сьогодення одне з основних місць займає ендометріоз. Основними причинами розвитку даного захворювання є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін

органів малого тазу, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності та ін.

Виникнення і розвиток ендометріозу супроводжується, окрім порушень менструальної і генеративної функцій, складними реакціями регулюючих систем, що спричиняють за собою зміни діяльності всього жіночого організму і характеризують процес його дезадаптації в нових умовах, різко погіршуючи загальний стан і якість життя, а часто призводять до інвалідизації жінок в репродуктивному віці

Мета дослідження. Дослідження темпів інволюції репродуктивної системи у жінок з геніальним ендометріозом на підставі розробки алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали і методи. Нами проведено власне дослідження 32 пацієнток у віці 20-40 років з ендометріомами яєчників та перитонеальним ендометріозом, які пройшли хірургічне лапароскопічне лікування з видаленням ендометріюїдних осередків.

Результати. Ступінь розповсюдженість процесу оцінювалась згідно класифікації Американського товариства фертильності. Всі пацієнтки підлягали загально клінічному обстеженню, визначенню пухлинних маркерів крові та рівня гормонів (ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, кортизолу, ДЕАС, 17-гідроксипрогестерону, тестостерону) ультразвуковому скануванню органів малого тазу, лапароскопічному втручання, морфометричному дослідженню видалених вогнищ ендометріозу.

Усі хворі в післяопераційному періоді отримували наступий курс лікування: Диферелін 3,75 мг 1 раз на 28 днів № 3 внутрішньом'язово чи підшкірно, а у наступні 6 місяців Регулон у безперервному контрацептивному режимі.

Клінічну ефективність запропонованого лікування оцінювали через 9 місяців після оперативного втручання. Після проведеного лікування дисменорея спостерігалася лише 9,3% пацієнток (до лікування у 67,7%), тазові болі – у 6,25% (до лікування у 79%), диспареунія – у 9,37% (до лікування у 58,4%). Наявність нових ендометріом у післяопераційному періоді спостерігалася лише у 3 пацієнток. Слід зауважити, що після проведення курсу лікування мало місце статистично достовірне зниження онкомаркеру СА 125.

Висновок. Таким чином, у післяопераційному періоді пацієнток з ендометріомами яєчників та перитонеальним ендометріозом лікувальний комплекс Диферелін-Регулон виявився ефективним щодо регресу клінічної симптоматики захворювання та попередження розвитку нових ендометріюїдних осередків.

ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЮНИХ ЖІНОК, ЯКІ НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ

Пабот К.А. студ. 6-го курсу

Науковий керівник: к.мед.н., асист. Болотна М.А.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), що призводить до високої частоти перинатальної смертності і захворюваності (Запорожан В.М. та співавт., 2012; Романенко Т.Г. та співавт., 2014). Серед основних причин такої негативної тенденції виділяють наявність ускладненого репродуктивного анамнезу, високу частоту екстрагенітальної патології, несприятливий вплив екологічних і економічних чинників, а також вагітність в несприятливі терміни для дітородіння (до 18 і після 40 років)

Мета дослідження. Метою дослідження було зниження частоти плацентарної дисфункції та перинатальної патології у юних вагітних на підставі вивчення клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування фетоплацентарного комплексу, а також розробка та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів