

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

к.мед. наук, доцент Іконописцева Н.А, к.мед.наук, асистент Болотна М.А.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

За останнє десятиріччя значно підвищилася тривалість життя загалом, і відповідно підвищилася кількість жінок, які знаходяться у перименопаузальному періоді. Таким чином, особливої актуальності набули завдання по збереженню репродуктивного здоров'я жінки та полегшення перебігу симптомів менопаузи.

Клімактеричний синдром клінічно проявляється досить різноманітно, полісимптомно. Сучасна стратегія ведення пацієнток у перименопаузальному періоді передбачає корекцію психосоматичних та вазомоторних розладів в основному за рахунок поповнення дефіциту естрогенів. Провідним напрямком залишається на сьогоднішній день призначення замісної гормональної терапії (ЗГТ), однак її застосування часто пов'язано з виникненням різноманітних ускладнень та наявністю протипоказань у деяких пацієнток.

Особливий інтерес у комплексному лікуванні перименопаузальних розладів представляють препарати мелатоніну – аналоги найважливіших ендогенних адаптогенів, потенційно здатні пом'якшити втрату естрогенів структурами головного мозку. Зазначено, що крім хронобіологічної дії молекула мелатоніну володіє також високою антиоксидантною властивістю, бере активну участь у захисті генетичного матеріалу в фолікулах від окислювального стресу, у зв'язку з овуляцією. Багатьма авторами відзначено, що подовжити фізичну та психічну активність, а також сповільнити старіння можливо шляхом введення мелатоніну ззовні. Мелатонін здатний нормалізувати процес окиснення ліпідів, знижуючи ризик розвитку атеросклерозу, бере участь у гормональній регуляції артеріального тиску, але в цілому ефекти мелатоніну зводяться до синхронізуючих та адаптоуючих.

У роботах Г.Х.Гаріпової доведена ефективність терапії у комбінації мелатоніну з прогестагенами у пацієнток з гіперплазією ендометрія без атиpii. Також були відзначені позитивні результати лікування тазового болю, пов'язаного з ендометріозом. Отримані дані показали, що мелатонін сприяє регресу та атрофії патологічної тканини при ендометріозі. Так, його прийом у дозі 10 мг на добу дозволяє значно скоротити інтенсивність тазового болю (і знизити прийом анальгетиків), а також нормалізувати вторинні порушення сну.

У результаті більшості досліджень було відмічено позитивний вплив мелатоніну на процес дозрівання фолікула, тому мелатонін може бути застосований в області допоміжних репродуктивних технологій лікування безпліддя.

Особливе значення має корекція проявів передменструального синдрому (пригнічений настрій, напруга, дратівливість, порушення сну, дисфорії) з використанням у схемі лікування мелатоніну. Застосування мелатоніну в цих випадках обґрунтовано і етіотропним, і патогенетичним механізмом.

Рекомендації щодо застосування мелатоніну в клінічній практиці. Синтетичний аналог мелатоніну – препарат Віта-мелатонін представлений в Україні виробництвом ПАТ «Київський вітамінний завод». Мелатонін є універсальним природним адаптогеном зі снодійним ефектом, рекомендований Національним консенсусом щодо ведення пацієнток у периклімактеричному періоді як препарат додаткової негормональної терапії. Віта-мелатонін рекомендований до використання у дозі 1,5 мг за 30 хвилин до сну протягом трьох місяців. В якості монотерапії його можна рекомендувати при легкому перебігу клімаксу та переважанні розладів сну. В разі, коли симптоми більш виражені, Віта-мелатонін доцільно комбінувати з ЗГТ.

Таким чином, Віта-мелатонін дозволяє вирішити завдання підвищення ефективності терапії багатьох гінекологічних захворювань, що відображено в тому числі і у Національному консенсусі щодо ведення пацієнток у клімактерії. Причому, не будучи вибірково тропним до репродуктивної системи, мелатонін сприяє адаптації, поліпшенню загального самопочуття і стану жінки у клімактеричному періоді.

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

к.мед. наук, доцент Калашиник Н.В., к.мед.наук, доцент Сухарєв А.Б.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Передменструальний синдром (ПМС) - складний патологічний симптомокомплекс, що виникає в передменструальні дні і проявляється нейропсихічними, вегето-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями. Зазвичай ПМС виникає за 2-10 днів перед менструацією і зникає зразу після початку менструації чи в перші її дні. Частота ПМС коливається в межах 20-80%.

Патогенез. Складний недостатньо вивчений. Засновник гормональної теорії А. Frank (1937) стверджував, що ПМС обумовлено надлишковим рівнем естрогенів. Надлишок естрогенів стимулює синтез ангіотензину I, який трансформується в ангіотензин II, який стимулює секрецію альдостерону, викликаючи ефект затримки натрію та рідини як всередині судин, так і в інтерстиційному просторі. Varma T. (1984) відмічав підвищення E2 та зниження прогестерону в лютеїнову фазу менструального циклу. Прогестерон здійснює натрійдіуретичний ефект, а також седативну дію, зменшує агресію, почуття гніву. D. Hogrobin (1971) – роль простагландинів. простагландин E1 при ПМС призводить до депресії, дратівливості, болях по низу черева, метеоризму, підвищення температури тіла і навіть афективним розладам (недостатність ненасичених жирних кислот, магнію, вітамінів B6, C, цинку призводить до порушення синтезу простагландинів E1). Неврологічний компонент ПМС, а саме мігрень, пов'язаний з простагландином E2, так як він сприяє скороченню інтракраніальних та розширенню екстракраніальних судин. D. Hogrobin (1971) – підвищення рівня пролактину, який є модулятором дії багатьох гормонів, зокрема альдостерона, вазопресина, що забезпечує натрій затримуючий ефект та антидіуретичний вплив. Reid R. (1981) – теорія «водної інтоксикації» (підвищена секреція АКТГ, ангіотензину 2 і альдостерону). Говорухина Е.М. (1997) – спадковий характер захворювання.

Клінічні форми ПМС

1. Нервово-психічна (дратівливість, депресія, слабкість, плаксивість, агресивність).
2. Набрякова (набрякання молочних залоз, обличчя, гомілок, пальців, метеоризм, зуд шкіри).
3. Цефалгічна (головний біль, нудота, блювота, головокружіння, біль в ділянці серця, оніміння рук тощо).

4. Кризова (підвищення АТ, відчуття здавлення за грудиною, страх смерті, серцебиття при незмінній ЕКГ – дані симптоми виникають ввечері або вночі).

Під спостереженням було 45 жінок у віці 23-38 років (середній вік $29 \pm 2,0$ роки). Всі жінки обстежені загальноклінічними, клініко-лабораторними інструментальними методами обстеження, проводилася консультація психолога і психіатра.

Запропонована терапія

Немедикаментозні засоби (наказ МОЗ № 676 від 31.12.04):

1. Режим праці та відпочинку, масаж, аеротерапія, бальнеотерапія.
2. Харчування багате вітамінами, особливо групи В.

Медикаментозні засоби:

3. Препарати магнію (Магнікум) – по 1 стіку/таблетці 1 раз на день протягом 2 тижнів перед менструацією. Магній є природним антистресовим фактором, гальмує процеси збудження ЦНС, відіграє значну роль в медіаторному обміні, приймає участь в енергетичних реакціях організму.

4. Екстракт трави звіробію протидірявленого, як альтернатива синтетичним антидепресантам - по 2-3 чашки чаю в день протягом декількох тижнів.

5. Венотонік Нормовен - по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 14 днів до менструації.

6. Антипростагландини – німесулід 100 мг 2 рази на добу з 16 по 25 день МЦ.

Лікування проводилось протягом 3 менструальних циклів. Клінічна оцінка ефективності лікування проводилася за допомогою спеціально розроблених «щоденників самопочуття». Середній сумарний показник ПМС-щоденників оцінки ефективності 18 симптомів вираженої в балах:

1. До лікування варіював від 12,9 балів до 45,9 балів, в середньому становив $23,4 \pm 6,7$ бала

2. Після лікування варіював від 0,0 до 34,3 бала, в середньому становив $10,1 \pm 7,2$ бала

Після 3 місяців лікування: значне покращення стану – у 20 (57,1%) пацієнок, покращення не відмічали – 15 (42,9%) пацієнок

Висновки. Запропоноване негормональне лікування ПМС є ефективним. Відмічається зниження вираженості симптомів в середньому на 40%. Побічні ефекти не спостерігались і не потребують відміни препарату.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Калиниченко Д.О.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

Підготовка фахівців у галузі громадського здоров'я передбачає вивчення особливостей медико-демографічних процесів та показників, що характеризують якість життя населення. Медико - демографічна ситуація, що склалася останнім часом в Україні, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, з високими показниками захворюваності, низькою народжуваністю та високим рівнем смертності. Медична демографія, яка вивчає взаємозв'язок відтворення населення з медико-соціальними чинниками і розробляє заходи, спрямовані на забезпечення найбільш сприятливого розвитку демографічних процесів і поліпшення здоров'я населення, використовує дані регіональних особливостей вказаних процесів для розробки регіональних програм у галузі громадського здоров'я на основі аналізу і співставлення демографічного розвитку регіонів.

Метою роботи було дослідити сучасні регіональні особливості природного руху населення Сумської області та визначити типологічні групи районів за результатами дітородної активності.

Для аналізу демографічної ситуації в Україні та Сумській області використовували дані Всеукраїнського перепису населення 2001 року та Державної служби статистики України.

За даними офіційної статистики, за 25 останніх років населення України скоротилося більш ніж на 9 млн. осіб. У 1991 році в Україні проживало 51,944 млн. осіб, станом на 1 січня 2016 – 42,760 млн. осіб, а на початок 2017 року - 42 584 500 осіб.

Для аналізу демографічних змін в області було проранжовано трьохрічний приріст кількості населення кожного районного центру. Аналіз скорочення чисельності наявного населення у розрізі районів області дозволив виокремити регіони із відносно сприятливою демографічною ситуацією (3), напруженою (2) і кризовою (1). Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%) районах. Напружена демографічна ситуація реєструється у Липоводолинському (-2,83%), Путивльському (-2,68%), Серединобудському (-2,58%), Кролевецькому (-2,47%) районах. Незначне зменшення кількості населення встановлено у м. Суми (-0,46%) та Сумському районі (-0,40%), що можна пояснити урбанізацією та меншою міграцією з обласного центру.

Зменшення кількості населення зумовлено загальним стійким природним перевищенням числа смертей над числом новонароджених та значними міграційними процесами, що є характерним для загальнодержавної демографічної статистики. За останні роки чисельність населення Сумської області, як і України у цілому, змінювалася не лінійно, а характеризувалася періодами уповільнення скорочення населення (з 2005 року по 2012 рік), з подальшим погіршенням показника природного приросту (скорочення) до -4,36 по Україні і -8,87 – у Сумській області. Показник смертності серед дорослого населення області становить 16,9, що на 18,93% перевищує державний показник (13,7) Крім того, співвідношення чоловіків та жінок (чисельність чоловіків на 1 000 жінок) в Сумській області коливається від 840 до 850, що є несприятливим фоном репродуктивних ресурсів. Ймовірно, вказаними причинами можна пояснити той факт, що в Сумській області у 2016 році реєструвався найвищий по Україні (після Чернігівської області -10,3) показник природного убутку населення -8,87 на 1 000 населення. Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини. У період раннього репродуктивного віку (20 – 24 роки) жінок