



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

проявами, розмірами й локалізацією міоматозних вузлів, інтенсивністю росту пухлини, впливом лейоміоми на генеративну функцію.

Лейоміома матки на сьогодні – найпоширеніше показання до гістеректомії у світі. Однак ця операція асоціюється зі значною захворюваністю, смертністю, остаточною втратою дітородної функції. Сучасне лікування лейоміоми матки – це органозберігаючий та персоналізований підхід в лікуванні.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПРИ ЕНДОМЕТРІОМАХ ЯЄЧНИКІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РОЗМІРИ НОВОУТВОРЕНЬ

Єфремова В.А.

Науковий керівник: ас. Сергієнко М.Ю.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

У всьому світі ендометріоз вражає приблизно 10% жінок і дівчаток репродуктивного віку. В структурі стійкого больового тазового синдрому він займає одне з перших місць (80%), в структурі безпліддя – 30-50%. Вагітність та ендометріоз одночасно – досить небезпечне поєднання, оскільки ризик викидня при наявності цього захворювання значно збільшується. Під час вагітності секреція естрогенів значно збільшується, а ендометріоз є естрогензалежним станом.

Метою дослідження було спостереження за перебігом вагітності у жінки з ендометріомами яєчників та її впливом на розміри патологічних утворень.

Матеріали: медична документація.

Пацієнтка, 24 років, була госпіталізована у міську клінічну лікарню для розродження шляхом планового кесарева розтину з діагнозом: Вагітність I, 39 тиж 5 днів. Головне передлежання. Ендометріоз яєчників. З анамнезу: ендометріюїдні кісти обох яєчників, виявлені випадково, три роки тому, лікування не проводилося. Менархе в 14 років, менструальний цикл регулярний, 28–30 днів, менструації по 5–6 днів, помірної інтенсивності, дужне болючі перші три дні. Інтенсивність больового синдрому збільшувалася з віком. Приймала НПЗП. Вагітність настала самостійно, перебіг вагітності без особливостей. УЗД проводилося кожного триместра та виявило поступове збільшення ендометріоми лівого яєчника та стабільний стан пухлин праворуч. За рахунок підвищення кількості рецепторів естрогенів у гетеротопіях відбувається активація синтезу простагландинів, які формують виражений запальний процес, що стимулює вироблення нових естрогенових рецепторів та, можливо, провокувало зростання пухлини.

Ураховуючи наявність пухлин жіночих статевих органів, що перешкоджають народженню дитини природним шляхом, було вирішено провести розродження шляхом кесарева розтину у плановому порядку. Під час операції було проведено видалення двосторонніх кіст яєчників (7*3 см зліва та 12*6 см справа) у межах здорової тканини, діагноз ендометріозу підтверджено гістологічно.

Таким чином вагітність може привести до збільшення ендометріом, що стане перешкодою до пологів через природні пологові шляхи.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕННЯ ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Кацай О. М., Арнаутова О. О.

Науковий керівник: ас. Колокот Н.Г.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

На сьогодні порушення менструального циклу стають дедалі більш поширеними, оскільки сучасні жінки переживають більше менструацій у своєму житті, ніж їх предки 100 років тому. Таке явище пов'язано з тим, що жінки менше народжують і менше годують грудьми.

Мета: удосконалення сучасних підходів щодо діагностики та методів лікування аномальних маткових кровотеч, використовуючи індивідуальний підхід до кожної жінки.

Аномальна маткова кровотеча – будь-яке відхилення менструального циклу від норми, що включає зміну регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості втраченої крові та поділяються на гострі та хронічні.

Клінічний випадок: жінка М., 30 р. Скарги на рясні та тривалі менструації впродовж останніх 6 місяців, хронічний стрес та набір ваги. Mensis по 7-9 днів, через 40-45 днів. В-1 П-1, репродуктивних планів не має. що Крововтрата під час МЦ до 200 мл (за допомогою піктограми та опитувальника). ОД:–ш/м циліндричної ф., зовнішнє вічко дещо розширене, кров'янисті виділення зі згустками; РV: - матка чутлива при пальпації, придатки б/о.

Було проведено інструментальне дообстеження; гістероскопія з прицільною біопсією ендометрія, консультація ендокринолога. ПГД: залозиста гіперплазія ендометрія без атипії. DS: Хронічна аномально-маткова кровотеча. Гіперплазія ендометрія. (АМК-М). Аутоімунний тиреоїдит. Гіпотиреоз середнього ст. тяжк. Гіпоплазія ЩЗ. Залізодефіцитна анемія II ст. Ожиріння II ст. Інсулінорезистентність. Дефіцит віт. D3. Надано рекомендації з модифікації способу життя, збалансованого харчування та фізичної активності. Медикаментозна терапія полягає у встановленні ЛНГ-ВМС 52 мг на термін до 5 років з обов'язковим контролем ПГД ендометрію. Корекція гормонів ЩЗ, залізодефіциту та нестачі вітаміну D3. Індивідуальний підхід до лікування кожної жінки дозволяє удосконалити сучасний підхід щодо діагностики та лікування аномальних маткових кровотеч.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК В ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Плясецька К.Є., Лола В.Г.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сюсюка В.Г., ас. Бабінчук О.В.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Тазове передлежання діагностується у 3% доношених вагітностей, його роль у прогнозі пологів залишається суперечливою, але вид тазового передлежання враховується при прийнятті рішення про спосіб пологорозродження. За останній рік спостерігається зростання відсотка операції кесарів розтин при тазових передлежаннях плода.

Мета роботи: провести аналіз перебігу пологів у жінок з тазовим передлежанням, встановити їх частоту та особливості розродження даного контингенту жінок.

Матеріали і методи: залежно від положення нижніх кінцівок плода в досліджуваній групі клінічних випадків виділено 3 види тазового передлежання: повне сідничне, змішане сідничне, ножне.

Результати: проведено аналіз 1082 випадків розродження жінок в КНП «Обласний перинатальний центр» ЗОР у 2023р.. За результатами проведеного аналізу встановлено, що частота операцій кесарів розтин склала 36,2%, частота тазового передлежання склала 5,7% від загальної кількості пологів. В структурі операцій кесарів розтин – 15,8% і лише 0,5% жінок з тазовим передлежанням розроджені через природні пологові шляхи. Термінові пологи у 55 (81,5%) з яких 12 передчасних пологів, що склало 18,5%.

За характером передлежачої частини плода ножне передлежання було у 50 (78,5%) жінок, а сідничне у 12 (21,5%). Частота планових операцій склала 75,4%, а ургентних – 24,6%.

Показання до операції кесаревого розтину були: ножне передлежання плода (78,5%) та повне або змішане сідничне передлежання в поєднанні з іншою акушерською патологією (рубець на матці, деформація тазового кільця, ВІІ-інфекція з високим вірусним навантаженням, передчасне відшарування плаценти з кровотечею), що склало 21,5%. Найбільший відсоток серед тазових передлежань за обраний проміжок часу в досліджуваній групі пацієнток складало ножне передлежання (78,5%), пологорозродження шляхом операції кесарів розтин застосовувалося частіше, порівняно з вагінальними пологами.