



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

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ,
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

Висновок: за результатами проведеного дослідження встановлено, що в структурі тазового передлежання лідируюче положення займає ножне, частота якого склала 78,5%, що мало безпосередній вплив на зростання частоти абдомінального розродження у даного контингенту жінок.

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Ковальчук О.Ю., Чередниченко Т.А.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ганжий І.Ю.

Кафедра: Акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет.

Передменструальний розлад (ПМР) – це симптомокомплекс, що характеризується нервово-психічними, ендокринно-обмінними та вегетативно-судинними порушеннями, які виникають у другій фазі менструального циклу і зникають або регресують до кінця менструації.

Мета дослідження – збагатити та узагальнити знання щодо ПМР, тенденцій ведення даних пацієнток у світі, акцентуючи на важливості мультидисциплінарного підходу.

Виділяють основний ПМР та його варіантні підтипи (передменструальне загострення фонового захворювання; неовуляторний ПМР; прогестаген-індукований ПМР; ПМР з відсутністю менструацій). Основний ПМР (20-40% випадків) проявляється неспецифічними симптомами, що повторюються в час лютеїнової фази в овуляторних циклах, зникають з початком менструації. Передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР; до 8% випадків) – варіантний підтип при якому до фізичних симптомів приєднується мінімум один афективний.

Діагноз ПМР підтверджується не типом, а впливом на якість життя, тривалістю скарг. Перед початком лікування симптоми проспективно фіксують протягом двох циклів. Диференціальну діагностику ПМР проводять з психічними розладами, менопаузальним переходом, порушенням функції щитовидної залози, вживанням психоактивних речовин.

Згідно до протоколу України та настанов Британського королівського коледжу Акушерства та гінекології, рекомендовані лінії терапії ПМР: 1 лінія– когнітивно-поведінкова терапія, Вітамін В6, КОК, СІЗС; 2 лінія-пластир з естрадіолом + мікронізований прогестерон, ВМС, СІЗС в більшому дозуванні; 3-лінія -агоністи ГнРГ з add-back терапією; 4- хірургічне лікування. У жінок з варіантним ПМР, терапія СІЗС проводиться лікарем-психіатром. Міждисциплінарний консенсус по лікуванню ПМР Швейцарії використовує аналогічні методи, проте виділяє окремі алгоритми лікування жінок за віком з урахуванням репродуктивних планів та ризиків, пов'язаних з методами лікування.

Висновок: ПМР – це актуальна проблема, що широко досліджується. Завдяки просвітницькій роботі серед лікарів не тільки гінекологічного профілю, а й інших спеціальностей, на сьогодні можливо покращити якість надання допомоги жінкам України, а разом з тим якість їх життя.

ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОДНІЄЮ РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ

Соловйова Н.М.,

Науковий керівник: д.мед.н., професор Сюсюка В.Г.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медичний університет

Зниження перинатальної захворюваності та смертності залишається одним з основних завдань сучасного акушерства. Незважаючи на успіхи у вивченні етіології, патогенезу, розробці різних методів діагностики й лікування загрози переривання вагітності, частота репродуктивних втрат залишається стабільно високою (Clark A., Suzanne M. Jenkins, 2023).

Мета роботи: оцінити перинатальні наслідки розродження у вагітних жінок з однією репродуктивною втратою в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз 130 карт новонароджених та історій пологів жінок з однією репродуктивною втратою в анамнезі за період 2017-2019 рр. Основну групу склали 85 жінок з однією репродуктивною втратою в анамнезі, Контрольну - 45 жінок, що не мали репродуктивних втрат в анамнезі.

Результати дослідження та їх обговорення: встановлено, що антропометричні показники у дітей, народжених жінками основної склали: вага $3386,94 \pm 465,12$ г, зріст $52,7 \pm 2,68$ см, окружність голови – $34,32 \pm 1,37$ см, окружність грудей – $33,38 \pm 1,38$ см. В контрольній групі: вага – $3407,33 \pm 372,8$ г, зріст $53,3 \pm 2,4$ см, окружність голови – $34,1 \pm 1,4$ см, окружність грудної клітини – $33,1 \pm 1,31$ см. Народження крупного плоду мало місце у 8 жінок з 1-ї групи (9,4%) та у 3 (6,7%) з 2-ї групи. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині показала, що середній бал у I групі склав $7,9 \pm 0,62$, у II групі – $8 \pm 0,43$. На 5-й хвилині оцінка за Апгар у I групі склала $8,5 \pm 0,57$ балів, у II – $8,6 \pm 0,62$. На відміну від контрольної групи, в основній було відмічено народження 2 дітей з оцінкою ≤ 6 балів на 1-й хвилині.

Висновки: даний аналіз дозволяє встановити взаємозв'язок між наявністю у жінок однієї репродуктивної втрати в анамнезі та перинатальними наслідками розродження. Отримані дані вказують на необхідність оптимізації тактики ведення вагітних жінок, що мали в анамнезі репродуктивні втрати.

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ

Утюк Д.В

Науковий керівник: ас. Шевченко А.О.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико - фармацевтичний університет

Багатоплідна вагітність належить до граничних станів в акушерстві, оскільки перинатальна смертність у 6–10 разів перевищує цей показник при вагітності одним плодом. Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів приводять у кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

Мета. Поліпшення діагностики багатоплідної вагітності, ведення вагітності та пологів при багатоплідній вагітності.

Методи дослідження. Загальноклінічне обстеження, біохімічні, клінічні – для оцінювання перебігу вагітності, імуноферментні – для дослідження гормонального профілю фетоплацентарного комплексу (прогестерон, кортизол, плацентарний лактоген, естріол), інструментальні – для оцінювання стану плода .

УЗД для діагностики БВ - золотий стандарт (точність становить 99,3%). При УЗД можна діагностувати багатопліддя при застосуванні вагінальних датчиків з 4-5 тижнів гестації. У перші 14 тижнів вагітності за допомогою УЗД можна визначити хоріальність та число амніонів. Доплерографічне дослідження кровотоку в артеріях пуповини дає змогу підтвердити дисоційований розвиток плодів. За наявності СЗРП одного з плодів виявляється підвищення значень індексів периферійного судинного опору в артеріях його пуповини. Багато досліджень, концентрує увагу на тому, що для вибору правильної тактики ведення вагітності та пологів важливе раннє (у I триместрі) визначення хоріальності. Показання для КР в екстреному порядку найчастіше бувають: ПРПО, дистрес плода в пологах, слабкість пологової діяльності, що не піддається корекції, передчасне ВНРП. Цілком імовірно, що деяких несприятливих наслідків можна уникнути, якщо відповідно спланувати пологи шляхом КР (в залежності від акушерської ситуації в кожному окремому випадку).