



ISSN 2522-1116

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**науково-практичної конференції з міжнародною участю
молодих вчених та студентів**

**«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації - 2021»**

15 – 16 квітня 2021 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2021

УДК: 61
А43

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 163 від 12.02.2021).

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., проф. Беленічев І.Ф.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Павлов С.В., доц. Лур'є К.І., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., проф. Разнатовська О.М., ст.викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

Секретаріат: ас. Данукало М.В., ст.викл. Борсук С.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 15 – 16 квітня 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 202с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2021.

ОЦІНКА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ВАГІТНИХ З ЗАГРОЗЛИВИМ АБОРТОМ У РАННЬОМУ ТЕРМІНІ

Рослік О.А.

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

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медичний університет

Самовільний аборт – поширене ускладнення вагітності, частота якого знаходиться в межах 15-20%. Найчастіше переривання вагітності (до 70%) відбувається у першому триместрі, а 30% викидні відбуваються після 12 тижнів (Queenby S., 2020). Кожне самовільне переривання вагітності будь-якої етіології суттєво впливає на фізичний та психологічний стан жінки. Повторний викидень є фактором ризику виникнення наступного викидня, це замкнуте коло, саме тому без корекції психологічного стану в таких випадках не обійтись (Farren J., 2019). Важливим є і з'ясування зв'язків між перебігом вагітності та індексом прегравідарної маси тіла. Недостатня маса тіла, зайва вага та ожиріння асоціюються зі зростанням гестаційних ускладнень (Головченко О.В., 2011). Так, ожиріння незалежно від його ступеня є преморбідним фоном для ускладненого перебігу вагітності та пологів, який сприяє розвитку несприятливих перинатальних наслідків (Гнатко О. П., Тишко К. М., 2017).

Мета дослідження: дослідити показники індексу маси тіла у вагітних з загрозливим абортom у ранньому терміні.

Матеріали і методи Проведено ретроспективний аналіз 85 історій хвороби вагітних з клінічними проявами загрозливого аборту у I триместрі. Критерії виключення: наявність оперативних втручань на матці в анамнезі та важка екстрагенітальна патологія. Середній вік жінок $28 \pm 0,6$ років та знаходився в межах 18-40 років. Визначали індекс маси тіла (ІМТ), який розраховували за формулою $(\text{ІМТ} = \text{маса тіла}/\text{зріст}^2 \text{ (кг/м}^2\text{)})$. Згідно з визначенням ВООЗ, недостатньою вважали масу при ІМТ менше 18,5, надлишкову масу тіла в межах 25,0-29,9 кг/м^2 , а ожиріння – понад 30,0 кг/м^2 .

Результати На підставі аналізу результатів антропометричних вимірів та подальшого розрахунку ІМТ встановлено, що 50 вагітних (58,8 %) мали нормальний показник ІМТ. У 9 вагітних (10,6 %) виявлено дефіцит маси тіла, а у 18 (21,2%) – наявність зайвої ваги. Серед вагітних з загрозливим абортom з ожирінням було 8 жінок, що склало 9,4 %. Так, ожиріння I ступеня спостерігалось у 7 вагітних (8,2 %), а ожиріння II ступеня у 1 вагітної (1,2 %).

Висновки За результатами проведеного дослідження встановлено, що понад 40 % вагітних з загрозливим абортom у I триместрі мали відхилення від норми при оцінці індексу маси тіла. Так, майже з однаковою була частота дефіциту маси тіла та ожирінням I-II ступеня у вагітних групи дослідження (10,6 % та 9,4 %, відповідно). Найчастіше серед вагітних з загрозливим абортom виявлена надмірна вага, частота якої склала 21,2 %.

УЛЬТРАЗВУКОВА ОЦІНКА РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Савченко Д.С., Амро А.Т.

Науковий керівник: к.мед.н. Амро І.Г.

Кафедра акушерства та гінекології

Запорізький державний медичний університет

Широке використання кесаревого розтину (КС) за останні 20 років призвело до збільшення кількості жінок з оперованою маткою. Відомо, що ризик ускладнень у матері при абдомінальному розродженні збільшується на багато разів, особливо при екстремному оперуванні. В останні роки вітчизняні акушери все частіше вдаються до ведення консервативних пологів після КС, але, на жаль, часто виникають проблеми з серйозною проблемою маткового рубця. Основною причиною формування такого рубця служить післяпологовий ендометрит. На перебіг процесів загоєння впливають багато факторів: тривалість операцій, крововтрата, використаний шовний матеріал, перебіг післяопераційного періоду, т.д .

Мета дослідження – проведення ультразвукової оцінки структури рубця на матці після кесаревого розтину (КС) у пацієнток репродуктивного віку.

Матеріали і методи. Всього було обстежено 20 пацієнток, що мають рубець на матці. Всі жінки приходили на амблаторне УЗД по направленнях лікарів або шляхом самозверненням.

Відомості про операції були отримані тільки зі слів жінок, виписок з історій хвороби не надавалося. Середній вік склав $31 \pm 4,8$ років. При зборі анамнезу виявилось, що у 24 пацієнок не було скарг ні в ранньому, ні у віддаленому післяопераційному періоді. Всім жінкам призначалася в післяопераційному періоді інфузійна та антибактеріальна терапія. В анамнезі у 11 було повторне КС. Період після КС склав від 14 днів до 11 років. У 60% проводилося ургентне КС. Одна жінка мала мимовільні пологи після КС в анамнезі. Ерозію шийки матки мали- 20,0% жінок. Всім пацієнткам проводили трансабдоминальне (при наповненому сечовому міхурі) і трансвагінальне ультразвукове дослідження на апараті Logic 7 (General Electric, США). При дослідженні оцінювалися такі ознаки: положення рубця; наявність або відсутність деформацій, «ніш», ділянок втягнення з боку серозної оболонки і порожнини матки, рідинних включень; товщина міометрія в області в області нижнього маткового сегмента, наявність ділянок локального стоншування; наявність або відсутність сполучнотканинних включень; декватність кровотоку в області рубця; стан міхурово-маткової складки, дугласова простору, параметральної області.

Результати. У 7 пацієнок післяопераційний рубець практично не візуалізувався. У 4 випадках були виявлені ознаки часткової неспроможності у вигляді витончення міометрія в області рубця і наявність окремих елементів сполучної тканини в міометрії. У одній пацієнтці після двох операцій КС чітко візуалізувалися 2 рубця на мітці на відстані до 20 мм. У одній пацієнтки на 14 добу після повторного КС чітко визначався безперервний обвивний хід вікріловими нитками.

Висновки: УЗД оцінка рубця на матці після КС у жінок репродуктивного віку повинна відповідати сучасним діагностичним критеріям. Своєчасне зміна структури в області рубця на матці дозволять лікарям акушерам-гінекологам спланувати оптимальний режим передгравідарної підготовки, дозволить оцінити стан рубця під час вагітності і рекомендувати оптимальний спосіб розродження.

НЕЙРОЕНДОКРИННІ ОСОБЛИВОСТІ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК З ПРЕНАТАЛЬНИМ СТРЕСОМ В АНАМНЕЗІ

Семененко І. В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Барковський Д.Є.

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Запорізький державний медичний університет

Високий рівень безпліддя в Україні 15-20%, тому питання психоемоційного стану безплідних жінок з пренатальним стресом, залишається актуальним. Психологічна неготовність до материнства створює пролонгований емоційний стрес. Очевидна необхідність приділяти увагу корекції системних стрес індукованих порушень в лікуванні.

Мета: провести аналіз гормонального статусу, ґрунтуючись на даних із амбулаторних карт безплідних жінок з пренатальним стресом.

Матеріали: проведено ретроспективне когерентне дослідження 160 амбулаторних карт жінок, які лікуються у Запорізькому обласному центрі репродукції людини.

Методи: імуноферментний (визначення ФСГ, ЛГ, АМГ, естрадіолу, пролактину, індексу НОМА та інших).

Результати: гормональний статус жінок характеризується дисбалансом статевих та гонадотропних гормонів, проявляється ознаками гіперпролактинемії, відносною прогестероновою недостатністю, гіперандрогенією, гіперестрогенією. Такі зміни діагностовано у 100 жінок (62,5%) із 160. Виражені психоемоційні розлади та тривалий стрес провокують ожиріння – підвищенна маса тіла у 72 (45%), індекс маси тіла яких значимо корелює з рівнем загального холестерину ($r=0,42$), ліпопротеїдів ($r=0,5$), гіперінсулінемії ($r=0,39$). На необхідність психотерапії, вказує той факт, що ожиріння у цих жінок обумовлено емоційногенним прийомом їжі.

Висновки: існує необхідність поглибленого вивчення ендокринної системи пацієнок, розробки диференційного підходу до діагностики та лікування з урахуванням психоемоційного стану з подальшим удосконаленням розробки системи передгравідарної підготовки та тактики ведення таких жінок.