

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»

в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей знань і спеціальностей
у 2018 – 2019 н.р.»

06 – 07 лютого 2019 року

Запоріжжя – 2019

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

Заступники голови:

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

Секретар: Брезицька К.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВЕРІФІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ З ПОРІВНЯННЯМ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

Тищенко Д.Р.

І медичний факультет, VI курс

Генітальний ендометріоз відноситься до одних з найбільш поширених доброякісних захворювань жіночої репродуктивної системи. Медико-соціальна важливість даної проблеми обумовлена тим, що такі основні клінічні прояви генітального ендометріозу як тазовий біль, маткові кровотечі та безпліддя (первинне і вторинне) найбільш часто маніфестують саме в репродуктивному періоді, значно знижуючи якість життя жінки і її репродуктивні можливості. Саме тому питання своєчасної діагностики, вибору правильного методу лікування і впровадження методики вторинної профілактики рецидивів генітального ендометріозу є актуальними проблемами сучасної гінекології.

Мета дослідження. Аналіз клінічних особливостей перебігу генітального ендометріозу, результатів різних, в тому числі й комбінованих, методів лікування з урахуванням даних віддалених результатів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних клінічного перебігу, оперативного лікування та віддалених результатів у 95-ти пацієнток з діагнозом генітальний ендометріоз, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні гінекології Запорізької обласної клінічної лікарні в період з грудня 2015 року по листопад 2017 року. Діагноз генітального ендометріозу у всіх пацієнток був підтверджений на підставі даних візуальної оцінки під час проведення оперативного лікування і результатів гістологічного дослідження отриманого матеріалу. З метою оцінки віддалених результатів було проведено анкетування 35-ти пацієнток в терміни після перенесеної операції від 3 до 18 місяців.

Результати. Середній вік хворих склав $37,3 \pm 9,75$ року. Найбільш частими скаргами на етапі верифікації діагнозу були: неменструальний тазовий біль - 74 (77,89%) пацієнта; дисменорея - 44 (46,31%). 28 (29,47%) пацієнток пред'являли скарги на рясні менструації (FIGO (PALM / COEIN), міжменструальні кров'яністі виділення - 22 (23,15%), порушення регулярності менструального циклу - 12 (12,63%). У 5 (6,75%) пацієнток тривалість менструації перевищила норму (FIGO (PALM/COEIN), максимально - 10 днів. При аналізі локалізації ендометріюїдних гетеротопій нами були отримані наступні дані: ендометріюїдні цистаденоми – 69 (72,6%) пацієнток; ендометріоз маткових труб – 5 (5,3%); аденоміоз – 27 (28,4%); цервікальний ендометріоз – 1 (1,1%); ендометріоз зовнішніх статевих органів – 1(1,1%). Тривалість больового синдрому на момент госпіталізації: до 1 місяця -

26 (35,11%) пацієнток, до 6 місяців - 28 (37,85%), до 1 року - 9 (12,25%), понад 1 рік - 11(14,85%).

Анамнестично 26 (27%) пацієнток мали нульовий паритет вагітності. Медичні аборти в анамнезі були у 38 (40%) пацієнток. Наявність хронічного запального процесу придатків матки-сальпінгіт і оофорит відзначався у 24 (25,26%) пацієнток, ендометрит - 1 (1,05%), цервіцит - 1 (1,05%). Гормональну терапію до оперативного втручання отримували 10 (10,5%) хворих, після якого позитивна динаміка відзначена у 2 (20%), негативна - у 4 (40%) і була відсутня - у 4 (40%). Після проведення анкетування 35-ти прооперованих пацієнтів були отримані наступні дані: відсутність активних скарг - 25 (71,42%) пацієнток, відсутність спонтанної вагітності - 1 (2,85%), наявність тягнучого болю в нижніх відділах живота - 5 (14,28%), наявність незначних перименструальних кров'яних виділень за 2-3 дні до або після очікуваної менструації - 4 (11,43%), збільшення розміру гетеротопій в тілі матки за даними УЗД у 1 (2,85%) пацієнтки. Гормональна терапія була призначена всім пацієнткам репродуктивного віку (55). За результатами анкетування гормональну терапію отримували 9 пацієнток, серед яких 3 приймали дієногест (2 мг, Візан), 6 - комбіновані оральні контрацептиви (КОК) – етинілестрадіол 0,03 мг і дієногест 2 мг (Жанін). Середня тривалість прийому варіювала від 6 до 18 місяців. Серед пацієнток, гормональна терапія яких містила дієногест активні скарги не пред'являли 4 пацієнтки, які приймали КОК та 1 – гестаген; порушення менструального циклу спостерігалися у 1 випадку, як при застосуванні КОК, так і гестагену; неменструальний тазовий біль у 1 випадку при прийомі КОК; в 1 випадку прийому чистого гестагену спостерігалось прогресування процесу аденоміозу за даними УЗД.

Висновки.

1. Знання характерних клінічних проявів генітального ендометріозу, а також сучасних специфічних критеріїв його діагностики, дозволяє своєчасно верифікувати діагноз і призначити адекватну терапію.

2. Медикаментозні та хірургічні методи лікування ендометріозу слід розглядати не як конкуруючі, а як поєднувані, що підвищують ефективність лікування та покращують прогноз захворювання.

3. Терапією вибору у хворих з ендометріозом яєчників є хірургічне лікування переважно лапароскопічним методом (як критерію верифікації діагнозу, так і методу лікування).

4. Всім пацієнткам з верифікованим генітальним ендометріозом повинна бути рекомендована методика вторинної профілактики рецидиву патологічного процесу. Клінічні лікарі повинні рекомендувати застосування після операції гестагенів на період 18-24 місяці, як один із засобів вторинної профілактики усіх видів болю, пов'язаних з ендометріозом згідно з чинним Уніфікованим клінічним протоколом тактики ведення пацієнток з генітальним ендометріозом.

ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ ВИМІРУ ЕСКАНІЗМУ	49
Ямпольський К.С.	
СУЧАСНА ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО І НЕОНАТОЛОГІЯ	50
CD25+ ІНТЕРЛЕЙКІН-2 РЕЦЕПТОРНЕСУЧІ АКТИВОВАНІ ЛІМФОЦИТИ, ЯК ПРЕДИКТОРНИЙ МАРКЕР СТЕНОЗУЮЧИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ	50
Афанасьєва А.Д.	
ОЦІНКА ПОСТНАТАЛЬНОГО РОСТУ НОВОНАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ ВАГОЮ ЯКІ ПОТРЕБУВАЛИ ТРИВАЛОЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.	51
Газін О.М., Богдан І.І.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	52
Іщенко К.А.	
ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ	53
Кузьо Л.В.	
КРІОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ.....	53
Плотнікова К.В.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	54
Пришвицина Я.В.	
НЕЙРОСОНОГРАФІЯ. ПОКАЗАННЯ ДО НСГ	55
Пустова К.В., Амро А.Т.	
НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ	56
Ройко М.В.	
МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	57
Тисленко В.Г.	
КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВЕРІФІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ З ПОРІВНЯННЯМ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ	58
Тищенко Д.Р.	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН РАННЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ І ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ПРОФІЛАКТИКИ.....	59
Шемчишина О.Б.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ	61
СПЕЦИФІЧНІСТЬ ЩІЛЬНОСТІ ПРОСТАТСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ В ПОРІВНЯННІ З ПАТОГІСТОЛОГІЧНИМ ДОСЛІДЖЕННЯМ ПІСЛЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ РАКУ ПРОСТАТИ	61
Богун М.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АНОРЕКТАЛЬНИХ ВАД У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	62
Давидова А.Ж.	
ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКТИВНІ ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНЕ УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	63
Концесвітна Є.С.	