



**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

ЕКТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ – СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Корець А.А.

Науковий керівник: викладач акушерства та гінекології Козирацька Л.М.

Циклова комісія акушерсько-гінекологічних та педіатричних дисциплін

Житомирський медичний інститут ЖОР

Актуальність. Ектопічна вагітність залишається вагомою проблемою в гінекологічній практиці. За останні 10 років реєстрація даної патології в світі збільшилась майже в 5 разів. За поширеністю вона займає друге місце серед причин материнської смертності. Ектопічна вагітність складає близько 1,5-1,6% від усіх вагітностей (на 1000 пологів 15,35 є позаматковою). Серед жінок, які народили, зустрічається в 0,8-2,4%, при цьому в 4-10% є повторною. Позаматкова вагітність є однією із причин репродуктивних втрат. За статистичними даними найчастіше ектопічну вагітність виявляють у жінок віком 26-30 років. Профілактика гінекологічних захворювань, своєчасне надання невідкладної допомоги при даній патології допомагає зберегти здоров'я жінок.

Мета дослідження. Проаналізувати статистичні дані зареєстрованих випадків ектопічної вагітності, порівняти отримані результати та визначити ефективні методи профілактики даної патології.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 37 історій хвороби жінок з ектопічними вагітностями, які лікувались у гінекологічному відділенні Левської ЦРЛ за 2020-2022 роки. У дослідженні були використані такі методи як: бібліосемантичний, структурно-логічний аналіз та теоретичне узагальнення.

Результати дослідження. Аналіз статистичних даних показав, що з ектопічною вагітністю зареєстровано: у 2020р. – 14 (38%) пацієнток, у 2021р. – 12 (32%) пацієнток, у 2022р. – 11 (30%) пацієнток. У віковій структурі кількість випадків ектопічної вагітності становить: до 20 років – 3 (8%) пацієнтки; 21-25 років – 6 (16%) пацієнток; 26-30 років – 14 (38%) пацієнток; 31-35 років – 9 (24%) пацієнток; 36-40 років – 4 (11%) пацієнтки; 41 і старші – 1 (3%) пацієнтка.

Висновки. Підсумовуючи дані досліджень та статистичних даних, можна зробити висновок, що у Левській ЦРЛ ектопічна вагітність за період з 2020 року (14 випадків) по 2022 рік (11 випадків) зменшилась на 3 випадки. Таким чином, для попередження виникнення ектопічної вагітності жінки повинні 2 рази на рік проходити повноцінні профілактичні огляди, щоб своєчасно діагностувати і лікувати гінекологічні захворювання, використовувати ефективні контрацептивні методи для попередження небажаної вагітності.

ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНИЙ БІЛЬ: СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ

Михальченко А.Д.

Науковий керівник: доцент, PhD, Дейніченко О.В.

Кафедра акушерства та гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ендометріоз – це хронічне доброякісне захворювання, що характеризується розростанням ендометріюїдної тканини, поза межами матки та спричинює хронічний запальний процес.

На сьогодні більшість світових рекомендацій сходиться на єдиному плані лікування ендометріозу, що враховує основні ланки патогенезу даного захворювання. Ми проаналізували та систематизували підхід до лікування ендометріозу в п'яти гайдлайнах, а саме: CNGOF 2018 року, S2k 2014 року, NICE 2018 року. Також включили сюди міжнародні рекомендації: WES 2011 року та ESHRE 2013 року.

Перша лінія: усі п'ять гайдлайнів рекомендують прогестини як терапію першої лінії для лікування болю при ендометріозі. Більшість включених рекомендацій пропонують комбіновані оральні контрацептиви як перше емпіричне медикаментозне лікування болю, пов'язаного з ендометріозом, перед виконанням діагностичної лапароскопії, хоча рівень доказів, про який повідомляється, варіює. НПЗП вважаються симптоматичним лікуванням першої лінії, тривале застосування не рекомендується через можливі побічні ефекти.

Друга лінія: застосування агоністів ГнРГ у пацієнок з ендометріозом обмежується жінками зі стійкими симптомами після застосування терапії першої лінії. Однак, використання треба їх необхідно обмежити до строку від 3 до 6 місяців. Антагоністи ГнРГ є новим багатообіцяючим медикаментозним засобом лікування, що викликає дозозалежну супресію яєчників. Інгібітори ароматази блокують ферментативну активність ароматази, знижуючи синтез естрогенів, хоча рекомендації NICE та Німецького товариства (S2k) не вважають інгібітори ароматази можливим лікуванням ендометріозу.

Усі включені до огляду гайдлайни рекомендують надавати перевагу лапароскопічній хірургії, а не лапаротомії.

Висновки: Консервативне лікування хоча й більшою мірою впливає на патогенетичні механізми симптомів захворювання, забезпечує лише зниження їх проявів та покращення функцій репродуктивної системи на деякий період часу

Хірургічне лікування негативно впливає на стан оваріального резерву, погіршуючи якість овогенезу, що є проблемою для тих жінок, які планують вагітність.

МОЖЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ КАРДІОСИГНАЛІВ У ДІАГНОСТИЦІ АРИТМІЇ ПЛОДА

Кухарь І.О., Валентьєва А.В., Копил І.І.

Науковий керівник: проф. Лахно І. В.

Кафедра акушерства та гінекології №3

Харківський національний медичний університет

Неінвазивна електрокардіографія плода (ЕКГП) є перспективним методом оцінки його серцевого ритму та функціонального стану. Існують певні технологічні проблеми, пов'язані з низьким співвідношенням сигнал/шум на тлі ізоляційного ефекту *vernix caseosa*.

Метою роботи було оцінити діагностичні можливості вивчення морфологічних параметрів комплексу PQRS за даними ЕКГП при аритмії у плода (АП).

Матеріали та методи: було проведено вивчення неінвазивної ЕКГП у 30 вагітних із аритмією плода. У основній I групі було 16 пацієнок з АП, яким проводили діагностику АП за допомогою ультразвукового доплерівського картування і ЕКГП. У групі порівняння під спостереженням було 14 вагітних із АП, яким здійснювали лише ультразвукове дослідження. Проведено порівняння діагностичної точності ЕКГП і ультразвукового дослідження.

Результати: У основній групі у сьоми випадках була зареєстрована шлуночкова екстрасистолія, у шости – пароксизмальна тахікардія, а у двох – атріовентрикулярна блокада II ступеня. У одному випадку були встановлені екстрасистолі з передседно-шлуночкового вузла. Чутливість і специфічність ЕКГП становила 100 %. У групі порівняння діагностика АП не була такою точною. Було встановлено наявність так званих «множинних політопних екстрасистол» у 11 випадках і тахікардії у 3 спостереженнях. Тобто використання ЕКГП підвищило ефективність діагностики порушень провідності серця.

Ключовою проблемою ЕКГП є ідентифікація зубця Р. У випадку необхідності підтвердження атріовентрикулярної блокади II ступеня або шлуночкової екстрасистолії наявність або відсутність зубця Р є необхідною.

Висновок. Неінвазивна ЕКГП покращує діагностичну точність АП.