



**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

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.

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, СІЗЗС; 2 лінія-пластир з естрадіолом + мікронізований прогестерон, ВМС, СІЗЗС в більшому дозуванні; 3-лінія -агоністи ГнРГ з add-back терапією; 4- хірургічне лікування. У жінок з варіантним ПМР, терапія СІЗЗС 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).