

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство
Товариство молодих вчених

МАТЕРІАЛИ
XIII Міжнародної наукової
конференції студентів та
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«Перший крок в науку—2016»

7–8 квітня 2016 року

м. Вінниця, Україна

3). тубектомія 5 (8,9%) (2 та 3). У всіх пацієнток досліджуваної і контрольної груп післяопераційний період протікав без ускладнень. УЗ-ознаки спайкового процесу через місяць після операції виявлено у 19,2% пацієнток досліджуваної групи та у 43,3% пацієнток контрольної групи.

Висновок: При відкритих і лапароскопічних гінекологічних операціях з метою збереження репродуктивної функції необхідно широко використовувати спеціальні засоби профілактики розвитку спайкового процесу.

Я.В.Вівчарук

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Кафедра акушерства і гінекології №1

А.П.Дністрянська(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця,Україна

Актуальність: Захворювання щитоподібної залози займає чільне місце в структурі ендокринної патології. Вже на ранніх стадіях первинного гіпотиреозу формується широкий спектр порушень гормонального фону, що проявляється різними порушеннями, зокрема, розвитком передменструального синдрому(ПМС).

Мета роботи:Вивчити зв'язки між функціональним станом щитоподібної залози та репродуктивною системою, особливості перебігу ПМС у жінок із початковими проявами гіпотиреозу.

Матеріали і методи: Діагноз гіпотиреозу встановлено шляхом визначення рівня тиреотропного гормону(ТТГ), вільного тироксину(Т4), стан репродуктивної системи визначали за даними акушерсько-гінекологічного анамнезу та гормональними дослідженнями(фолікулостимулюючий гормон, пролактотропний гормон, лютеїнізуючий гормон, фракціями естрогенів та прогестерону). Отримані дані були статистично оброблені з використанням стандартних статистичних функцій.

Результати:Обстежено 27 жінок з первинним гіпотиреозом у віці від 18 до 45 років та 10 жінок без порушення функції щитоподібної залози. У жінок з гіпотиреозом встановлено достовірне($p < 0,05$) підвищення рівня пролактотропного гормону – $195,7 \pm 3,1$ mIU/L в порівнянні з контрольною групою $63,6 \pm 7,5$ mIU/L та виявлено достовірну різницю в рівнях прогестерону $1,84 \pm 0,84$ нмоль/л в жінок з гіпотиреозом та $3,08 \pm 1,05$ у жінок контрольної групи. Такі гормональні зміни супроводжувалися клінічними проявами ПМС- роздратованістю, порушенням сну, набряками, головними болями у молочних залозах. Вірогідно, розвиток ПМС у жінок з гіпотиреозом зумовлений гормональним дисбалансом систем гіпофіза, щитоподібної залози та яєчників.

Висновки:У жінок з субклінічним гіпотиреозом виявлено суттєві зміни в рівнях пролактотропного гормону та прогестерону. Виявлений дисбаланс гормонів супроводжується розвитком клінічного перед менструального синдрому. Виявлені гормональні зміни потребують адекватної корекції як з боку щитоподібної залози, так і яєчників.

А.В. Вознюк

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.В.Булаченко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

За останні роки вагітність і пологи при багатоплідній вагітності(БВ) постали однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства. Лише за період з 2000 по 2014 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30%. Багатопліддя належить до гестації високого ступеня ризику, оскільки розвиток двох або більшої кількості плодів висуває підвищені вимоги до жіночого організму, компенсаторні можливості якого не завжди можуть забезпечити нормальний перебіг та сприятливе завершення БВ.

За даними світової статистики тільки у 15-30% жінок з БВ спостерігається фізіологічний перебіг вагітності. Цей показник, безперечно, є дуже низьким, але не може ігноруватися медичною спільнотою. Тому за кількістю акушерських та перинатальних ускладнень БВ, безсумнівно, потребує ретельного спостереження лікарями протягом усієї вагітності.

Близько половини вагітностей двійнею і до 90% трійнею переривається до 36 тижнів гестації. За даними J. Lumley (2011), у Європі 17% БВ перериваються в 20-27 тижнів, 21% - між 28 і 31 тижнем і 17% пологів відбуваються між 32 і 36 тижнем. Серед пологів, що відбулися до 32 тижнів, 25% становлять багатоплідні пологи. У зв'язку із вище вказаним, максимальне пролонгування БВ є важливою умовою зниження перинатальної захворюваності і смертності у даної групи пацієнток.

Передчасні пологи(ПП) це одне із найбільш частих ускладнень вагітності у жінок із багатопліддям, яке складає від 35% до 70% за даними різних авторів. В той же час гестаційний вік і маса плодів є двома найважливішими факторами, що впливають на перинатальну захворюваність та смертність. Найбільш вірогідною причиною, що викликає ПП при БВ, вважають перерозтягнення м'язових волокон матки, яке в свою чергу обумовлює раннє вкорочення шийки матки. ПП, які розвинулись через цервікальну недостатність, є процесом, що розпочинається внаслідок багатьох механізмів та причин, і в більшості таких випадків встановити чіткий механізм чи одну причину неможливо. Трансвагінальний ультразвуковий моніторинг при БВ несе цінну інформацію про стан

шийки матки(довжина, внутрішній зів, цервікальний канал) і є надійним критерієм у комплексній діагностиці загрози ПП. Найбільш точним маркером ПП сьогодні можна вважати визначення фетального фібронектину в цервікально-вагінальному секреті у терміні гестації до 35 тижнів, що свідчить про підвищений ризик ПП, особливо протягом 2 тижнів із моменту проведення тесту. Для клінічної практики дуже важливо те, що цей тест має високу прогностичну цінність негативного результату – при відсутності фібронектину в вагінальному секреті вірогідність того, що жінка народить протягом 1 тижня становить близько 1%. Безумовно, подальше поглиблене вивчення даної проблеми повинно бути спрямоване на зниження перинатальних втрат і збереження репродуктивного здоров'я жінок.

О.В.Гордійчук
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Кафедра акушерства і гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день частота проведення операції кесарський розтин за різними даними варіює від 17 до 36% від загального числа пологів. Більшість із цих жінок планують повторну вагітність. Дивлячись на те, що з кожним роком росте інтерес до природніх пологів, а така група жінок, особливо з неповноцінним рубцем, становить особливу групу ризику щодо розриву матки (частота розриву матки по ходу рубця під час пологів *perviasnaturalis* у попередньо обстежених вагітних становить 4%, розриви під час вагітності – 8%), проблема ведення пологів у жінок з рубцем на матці є досить актуальною.

Мета: дослідити особливості перебігу пологів, ускладнених рубцем на матці; порівняти показники родорозрішення даної групи жінок у різних пологових будинках двох областей; оцінити можливість пологів *perviasnaturalis* у жінок з рубцем на матці

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз даних індивідуальних та амбулаторних карт вагітних з ускладненням «рубець на матці» на базі ВМКПБ №2 за 2013-2015рр., та даних індивідуальних та амбулаторних карт вагітних з рубцем на матці на базі гінекологічного відділення КУ ЦМЛ №1 м. Житомира за 2013-2015рр.

Результати: У 0,94% вагітних від загальної кількості вагітних з рубцем на матці на базі КУ ЦМЛ №1 м. Житомира проходили пологи через природні пологові шляхи у 2013р.(всього 210), 0,81% (всього 122) у 2014р. та 1,06% у 2015р (всього 283). У 4,34% вагітних від загальної кількості вагітних з рубцем на матці на базі ВМКПБ №2 проходили пологи через природні пологові шляхи у 2013р.(всього 92), 5,06% (всього 79) у 2014р. та 5,06% у 2015р. (всього 79).

Висновки: Ведення пологів через природні пологові шляхи для даної категорії жінок були успішними при дотриманні певних умов: мінімум 2-3 роки від попереднього оперативного втручання на матці; відсутність акушерських ускладнень даної вагітності; одна операція кесарського розтину в анамнезі з розрізом на матці в нижньому сегменті; дані УЗ-дослідження про повноцінність нижнього сегменту матки; локалізація плаценти поза рубцем матки; ведення пологів при можливості виконання кесарського розтину.

М.Я. Гула

ЖІНОЧИЙ КАР'ЄРИЗМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність:Фіброміома матки-одна з найгостріших проблем гінекології як у світі, так і в Україні. Дана патологія складає 12-25 % всіх гінекологічних захворювань і максимально часто зустрічається в пізньому репродуктивному і передменопаузному періоді. Причини розвитку фіброміом різноманітні та індивідуальні для кожної жінки. Характерні гормональні порушення: попередні порушення менструального циклу, штучні аборти, відсутність вагітностей. Важливу роль у розвитку захворювання відіграє ожиріння, нервово-психічне напруження, деякі несприятливі фактори зовнішнього середовища.

Мета:Дослідити вплив способу життя і праці жінок на розвиток фіброміоми матки.

Матеріали і методи:В групу для дослідження шляхом анонімного анкетування було залучено 49 жінок віком 35-55 років з діагнозом фіброміоми матки. Всі вони перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні №2 Вінницького міського клінічного пологового будинку №2 в 2015 році. До уваги взято вік жінок, коли була вперше діагностована фіброміома, вік початку менструації, статевого життя, кількість статевих партнерів і частота статевого життя, методи контрацепції, кількість перерваних вагітностей. В особливу увагу брались професія жінки, стреси на роботі і у сім'ї, тривалість сну, харчування та вживання кавових напоїв.

Результати:В результаті дослідження ми відмітили, що серед жінок фіброміому було діагностовано в віці 35-50 років(41%), понад 20% віком 30-35 років та 38% у віці 50-55 років, що свідчить про тенденцію омолодження захворювання. У 21 жінки(43%) менархе наступило у віці 11-12р, 21 жінки у віці 13-14р, пізні менархе спостерігались у 7 жінок(14%). В анамнезі досліджуваних відмічалось штучне переривання вагітностей у