

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## НАСЛІДКИ ПОРУШЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ДІВЧАТОК ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

Гуленок О.М.- студентка 4 курсу

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Калашиник Н.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства і гінекології

На даний момент порушення менструальної функції дуже поширена проблема. Вона потребує своєчасної уваги та раннього вирішення для нормального функціонування жіночого організму. Порушення менструальної функції в пубертатному віці дуже часто зберігаються і призводять у майбутньому до розвитку безпліддя, гінекологічних патологій та розвитку соматичних захворювань.

Зважаючи на це метою дослідження було визначення особливостей протікання вагітності у жінок з порушенням менструального циклу в анамнезі.

**Матеріали та методи.** Проведена оцінка протікання вагітності та родів 30 жінок, у віці 18-27 років. I групу (основну) склали 18 жінок з порушенням менструального циклу в пубертатному віці (у 11 дівчат – пізні настання менархе, у 7 – аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду). II групу (порівняння) склали 12 жінок без порушень. Середній вік вагітних склав  $24,5 \pm 0,7$  років.

**Результати дослідження.** Середній вік менархе в I та II групі –  $15,6 \pm 1,2$  і  $12,5 \pm 0,9$  років, відповідно. У жінок I групи в порівнянні з II групою в 3 рази частіше зустрічались соматичні захворювання, а саме: 6 (33,3%) – захворювання сечовидільної системи, 4 (22,2%) – дихальної, 1 (5,5%) – серцево-судинної системи. У структурі гінекологічних захворювань у I групі переважали ерозія шийки матки – 5 (27,7%), синдром полікістозних яєчників – 3 (16,6%), запальні захворювання статевих органів – 2 (11,1%), у групі порівняння – 2 (16,6%), 1 (8,3%), 1 (8,3%) вагітних, відповідно.

У I групі жінок 12 були вагітні вперше та 6 вперше народжували. У II групі – 7 і 3, відповідно. У 3 (16,6%) вагітних I групи перша вагітність закінчилась самовільним абортom. Загроза переривання вагітності була виявлена у 6 (33,3%) пацієнток I групи, а загроза передчасних пологів у 4 (22,2%).

Передчасні пологи спостерігались у 2 жінок I групи. У зв'язку з недостатньою зрілістю шийки матки в I групі проведено 8 операцій кесарів розтин, у II гр. – у 3 пацієнток. Серед ускладнень у основній групі спостерігались: слабкість пологової діяльності у 3 (16,6%) та кровотечі в 2 (11,1%) пацієнток. У групі порівняння – 1 (8,3%) та 1 (8,5%), відповідно.

**Висновки.** У пацієнток з порушенням становленням менструального циклу в пубертатному періоді (основна група), в порівнянні з жінками без порушення становлення репродуктивної системи (група порівняння), частіше відмічаються соматичні та гінекологічні захворювання. Вагітність частіше ускладнена загрозою переривання і передчасних пологів, слабкою пологовою діяльністю, кровотечами. Рання діагностика та своєчасне лікування порушень менструального циклу у дівчат-підлітків дозволяє попередити можливі проблеми пов'язані як з соматичним, так і з репродуктивним здоров'ям.

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЖІНОК З ПОЛІКІСТОЗНОЮ ТА МУЛЬТИФОЛІКУЛЯРНОЮ СТУКРУРОЮ ЯЄЧНИКІВ

Єжова А.В., асистент, к мед.н., Коломієць Т.Р., студ. 4 курсу

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

**Актуальність.** Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є найчастішою ендокринопатією у жінок репродуктивного віку як в Україні, так і за кордоном і становить гетерогенну групу порушень із широкою клінічною і біохімічною варіабельністю. Частота СПКЯ в популяції складає від 4 до 15 % і зустрічається однаково часто в різних етнічних групах: в Україні – від 0,6 до 11 %, у країнах ближнього зарубіжжя -1,8-11%, в Європі - 15-20%, в США - 6-10%. Більшість пацієнток репродуктивного віку з СПКЯ страждають на безпліддя, частота якого складає 35-74%. Для деяких пацієнток мультифолікулярні яєчники –

синонім полікістозу, при якому також виявляється значна кількість фолікулів. Між тим, це зовсім різні поняття, не однакові ні за походженням, ні за впливом на здоров'я і репродукцію. Однак, ультразвуковий опис іноді буває помилково схожим на такий при полікістозних яєчниках. Що до ультразвукових характеристик полікістозних яєчників, то вона характеризується такими даними:

- об'єм яєчників збільшений майже вдвічі (7-9 см<sup>3</sup> і більше в порівнянні із звичайними розмірами 4-7 см<sup>3</sup>);
- характерно потовщення капсули яєчника, що чітко видно як більш виражена лінія по периферії всього яєчника;
- товщина капсули може досягати чверті видимого діаметра яєчника;
- по периферії, під капсулою специфічним «намистом» розташовується 10 і більше фолікулів діаметром близько 10 мм.

Для мультифолікулярних яєчників характерні інші ультразвукові характеристики:

- нормальний об'єм яєчника;
- фолікулів рідко буває 7-8, а їх діаметр становить 4-10 см<sup>3</sup>.

**Мета роботи.** Вивчити можливість покращення показників репродуктивних функцій у жінок з синдромом полікістозних яєчників, шляхом диференційної діагностики з мультифолікулярними яєчниками.

**Матеріали і методи.** На базі КЗ «Сумського обласного перинатального центру» в відділенні гінекології з 2015 по 2016 рр. було відібрано 56 жінок від 20 до 35 років з мультифолікулярною та полікістозною структурою яєчників.

**Результати та їх обговорення.** Із 56 жінок було сформовано дві групи: I група - 24 жінок із мультифолікулярною структурою яєчників, II група - 32 жінки із полікістозною структурою яєчників. Встановлено, що у жінок із полікістозною та мультифолікулярною структурою яєчників не виявлено достовірної різниці між рівнем гормонів, окрім достовірного збільшення рівня тиреотропного гормону у жінок з мультифолікулярною структурою (3,066±1,686; p<0,05) на відміну від пацієток з полікістозною структурою яєчників (2,373±1,836). Встановлено, що рівень глюкози крові у жінок II групи достовірно більший (5,373±0,733; p<0,05) на відміну від пацієток I групи (5,047±0,566).

У жінок в різні фази менструального циклу довжина, об'єм правого та товщина лівого яєчників статистично значуще збільшується у жінок з ПКЯ (p<0,05).

Індекс резистентності та пульсаційний індекс достовірно збільшуються в різні фази циклу у жінок із МФЯ (p<0,01), а максимальна швидкість кровотоку в яєчникових артеріях достовірно знижується (p<0,01). Спостерігався сильний зворотній зв'язок рівня ТТГ із довжиною та товщиною правого яєчника (від r=-0,60 до r=-0,66). У жінок з полікістозною структурою яєчників в фолікулінову фазу циклу рівень лютеїнізуючого та тиреотропного гормонів перебуває у зворотньому сильному кореляційному зв'язку із систолодіастолічним співвідношенням кровотоку в правій та пульсаційним індексом в лівій яєчниковій артерії.

У більшості випадків при аналізі зв'язків доплерометричних показників кровотоку в яєчникових артеріях у різні фази МЦ у жінок з МФЯ та ПКЯ встановлено переважно різнонаправлені достовірні (p<0,001) кореляції середньої сили.

**Висновки.** Отримані результати можуть бути використані в практичній медицині для більш точної диференційної діагностики полікістозною структури яєчників з мультифолікулярною структурою яєчників та подальшої розробки індивідуального лікування вище вказаних станів.