

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

**Результати.** Для імунологічної відповіді організму на папіломавірусну інфекцію є активізація інтерферонів та цитотоксичних лімфоцитів. При урогенітальній патології застосування рекомбінантних  $\alpha$ -2b інтерферонів є досить ефективним. Імуномодулюючий ефект досягається активацією макрофагів, Т-хелперів і цитотоксичних лімфоцитів. Препарати екзогенних  $\alpha$ -2b інтерферонів є в ректальних, оральних, назальних, парентеральних формах. Один з препаратів  $\alpha$ -2b інтерферону на ринку є Віферон. Склад препарату обумовлює ряд додаткових ефектів: в поєднанні з аскорбіною кислотою зростає антивірусна активність інтерферону  $\alpha$ -2b, його імуномодулююча дія на лімфоцити підсилюється, нормалізується вміст IgE, відновлюється функціонування ендогенної системи інтерферону. Нами було проведено лікування 24 пацієнток позитивними титрами вірусу папіломи людини. Віферон вводився на протязі 10 днів ректально до і після електрокоагуляції. Протягом 2 місяців спостереження були відсутні рецидиви у всіх пацієнток.

**Висновки.** Вдосконалення ліків є основним завданням для покращення здоров'я жінок. Найкраще вибирати той препарат, який буде відповідати принципу: «Максимум користі за мінімуму шкоди», і дозволить широко його застосовувати для лікування інфекційно-запальних захворювань урогенітального тракту.

## СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ НЕВИНОШУВАННЯ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

*Нікітіна І. М., доцент, кандидат медичних наук,*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Проаналізовано 120 випадків багатоплідної вагітності з ознаками невиношування. Першу групу обстежуваних склали 40 вагітних з двійнею, котрим призначено розвантажувальний акушерський пессарій у поєднанні з мікронізованим прогестероном до 36 тижнів вагітності. II група - 40 вагітних з двійнею, котрим був накладений шов на шийку матки з приводу істміко-цервікальної недостатності та застосовувались короткотривалі курси терапії гестагенами. Контрольну групу склали 40 вагітних двійнею, яким проводилась консервативна терапія загрози переривання вагітності.

Вивчено акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг вагітності, пологів, динаміка стану шийки матки. Крім клінічних методів обстеження та загальноприйнятих лабораторних досліджень, з метою оцінки загрози переривання вагітності проводилась транс вагінальна цервікометрія у терміни 10 – 13 тижнів, 16 – 22 тижні та 28 – 34 тижні вагітності.

Пессарій вводили у терміні 16 – 28 тижнів в умовах стаціонару. При спостереженні за жінками після введення пессарія проводилось регулярне бактеріологічне дослідження вагінальних мазків, трансвагінальна цервікометрія та контроль розташування пессарія кожних 3 – 4 тижні. Поряд з цим жінкам призначали мікронізований прогестерон Лютеїна у вигляді сублінгвальної та вагінальної форми. Формулювання дози та спосіб застосування мікронізованого прогестерону 100 мг вагінально з 16 – 20 до 34 – 37 тижнів; при короткій шийці матки (довжина у II триместрі коротше 15 мм) – вагінально 200 мг (4 таблетки) з 16 – 20 до 34 – 37 тижнів вагітності. В плановому порядку акушерський пессарій вилучався в 37 тижнів вагітності або з початком пологової діяльності.

В I групі обстежуваних термінові пологи відбулися у 34 (85%) випадках, у II групі – у 29 (72,5%) випадків, у контрольній – 25 (62,5%) випадках. Розродження шляхом кесарського розтину було проведено у 7 (17,5%) вагітних I групи, у 9 (22,5%) пацієнток II групи та у 11 (27,5%) вагітних контрольної групи. У контрольній групі передчасні пологи мали місце у 15 (37,5%) вагітних, перинатальні втрати склали 2,5% (один новонароджений). У вагітних II групи, котрим було проведено хірургічне лікування ШН, в одному випадку розвинувся хоріонамніоніт, у зв'язку з цим була призначена антибактеріальна терапія та знятий циркулярний шов, у цієї вагітної пологи відбулися у терміні 28 тижнів та мала місце перинатальна втрата одного новонародженого, що склало 2,5%. В I групі перинатальних втрат не було.

При вивченні стану неонатальної адаптації новонароджених обстежуваних груп, були отримані наступні результати. Середня вага новонароджених I групи склала  $3245 \pm 280$  г, у II групі  $2865 \pm 365$  г, у контрольній групі –  $2975 \pm 325$  г ( $p > 0,05$ ). Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, відповідно на 1-й та на 5-й хвилини, була відповідно: у новонароджених I групи  $7,5 \pm 1,4$  та  $8,4 \pm 1,3$  бали, у II групі –  $7,3 \pm 1,6$  та  $8,2 \pm 1,1$  бали, у контрольній групі –  $7,2 \pm 1,6$  та  $8,6 \pm 1,2$  ( $p_1 - p_2 > 0,05$ ).

**Висновок.** Методика застосування розвантажувального акушерського пессарія є патогенетично обґрунтованою у вагітних з багатопліддям і має ряд переваг порівняно з хірургічним серкляжем, зокрема, безболісність і простота введення, можливість застосування в амбулаторних умовах, економічна доцільність, зниження ризику інфікування і травматизму в пологах. Метод дозволяє пролонгувати вагітність до доношеного терміну у 85% жінок, знизити медикаментозне навантаження на вагітну та плід. Комбіноване застосування неінвазивного серкляжу та мікронізованого прогестерону зменшує ризик передчасних пологів більше, ніж у два рази.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

*Ніколайчук С.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Літвінов С.К., Маркевич Б.О. (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
кафедра акушерства та гінекології №1*

**Мета:** Оцінка ефективності застосування ЕМА як альтернативного методу лікування міоми матки та показників якості життя після даного втручання у жінок репродуктивного та перименопаузального віку.

**Матеріали та методи:** Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 85 пацієнток, віком від 24 до 56 років (середній вік  $42,87 \pm 0,7$ ), яким було проведено ЕМА з приводу міоми матки у ВОКЛ імені М.І.Пирогова за 2010-2016 рр. Всі досліджувані були розподілені на 2 групи: I-а – 65 жінок репродуктивного віку ( $37,7 \pm 0,6$ ), II-а – 20 жінок у перименопаузальному періоді ( $48,05 \pm 0,7$ ). А також проведено опитування 20 жінок, яким було проведено ЕМА (34,1 $\pm$ 0,6), 40 жінок (38,2 $\pm$ 0,5), після видалення матки з придатками та без для дослідження якості життя після лікування міоми за самостійно розробленою анкетною.

**Результати:** При ретроспективному аналізі встановлено: об'єм матки та міоматозних вузлів після проведення ЕМА достовірно зменшився у пацієнток обох груп (за 3 міс. регресія відбулася в середньому на 20,3%, через 6 міс. – на 36,5%), враховуючи, що початковий розмір збільшеної матки становив у I гр. –  $11 \pm 0,4$  тижнів, у II гр. -  $13 \pm 0,3$  тижнів. За результатами опитування виявлено загалом вищі показники якості життя у жінок після ЕМА: 72% відмітили покращення самопочуття, 62% вказали на поліпшення психо-емоційного стану, у 67% нормалізувалась статеві функція (у той час як, у жінок після видалення матки даний показник складає 37%). Таким чином, проведені дослідження дозволяють впевнено сказати, що ЕМА є високоефективним, малоінвазивним методом лікування міоми матки, основною перевагою якого є органозберігаючий принцип, що особливо важливо для пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

*Овчаренко Д.В., магістрант*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Іконописцева Н.А.*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Серед основної патології репродуктивної системи в умовах сьогодення одне з основних місць займає ендометріоз. Основними причинами розвитку даного захворювання є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивному періоді, значна частота запальних змін