

**Громадська організація  
«Київський медичний науковий центр»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У МЕДИЧНИХ  
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУКАХ»**

**5-6 грудня 2014 р.**

Київ  
2014

## НАПРЯМ 4. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

**Бақун О. В.**, кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства і гінекології

**Гуцал О. С., Касімова О. С.**, студенти

*Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна*

### ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ МІОМИ ТІЛА МАТКИ

Міома матки – це найбільш поширена доброякісна пухлина у жінок репродуктивного та перименопаузального періоду яка складає 10-27% серед усіх гінекологічних захворювань складається з м'язових та сполучнотканинних елементів. Надзвичайно варіабельна в розмірах: від розміру горошини до заповнення нею черевної порожнини. В 94%–95% випадків вона локалізується в тілі матки, і лише 4-5% – у шийці матки, матковій трубі і круглій зв'язці матки. Слід зауважити, що міома має як симптомний так і безсимптомний перебіг в залежності від локалізації.

Основні фактори, які сприяють виникненню міоми матки: 1. Порушення к-ті і ф-й естроген– та прогестерон чутливих клітин біометрію. 2. Порушення гормонпродук. ф-ї яєчників. 3. Наявність супутньої екстрагенітальної патології. 4. Багаточисленні гінекологічні маніпуляції на слизовій оболонці матки. 5. Запальні процеси внутрішніх статевих органів. 6. Метаболічні порушення в організмі жінки. 7. Порушення гемодинаміки малого тазу. 8. Неврологічні порушення, вегетосудинні пароксизми. 9. Обтяжений спадковий анамнез щодо виникнення новоутворень. 10. Вторинні імунодефіцитні стани. Як правило, міома матки може мати суттєвий вплив на стан здоров'я та якість життя, так як є причиною аномальних маткових кровотеч та викликає симптоми тазового здавлення (наприклад часте сечовипускання, біль в області тазу, закрепи). Також вона призводить до порушення репродуктивного здоров'я жінок, гестаційних та перинатальних ускладнень.

Ускладненнями міоми можуть бути сильні кровотечі, біль, симптоми здавлення та субфертильність. У жінок після 40 років ця патологія зустрічається у 50% жінок.

Метою нашої роботи було прослідкувати взаємозв'язок обтяженого акушерського анамнезу та міоми матки, а також дослідження екстрагенітальної патології, як факторів ризику виникнення міоми тіла матки у жінок репродуктивного та перименопаузального віку.

Нами було проаналізовано 315 історій хвороб жінок гінекологічного відділення МКПБ № 1, м. Чернівці, віком 35–57 років з діагнозом : симптомна вузлова міома тіла матки. З них – 67% жительки міст та 33% – сільсь-

кої місцевості. Ми пов'язуємо це з тим, що життя міського населення більш насичене стресами, обтяжене екологічною обстановкою, малорухливим способом життя, якістю харчування, тощо.

Усім жінкам проводили повне лабораторно-інструментальне обстеження, в ході якого були виявлені екстрагенітальні захворювання з різноманітною клінікою на фоні лейоміом, а саме (гепатобіліарна патологія прослідковується у 23% пацієнток, серцево-судинну – 11,5%, ендокринні захворювання – 4,2%, захворювання крові (анемії) – 11,5%, захворювання нервової системи – (ВСД) – 6,5%.

Вперше виявлено міому було у 205 пацієнток, а 110 жінок знали про своє захворювання на протязі 3-5 років. 68% наших пацієнток мали ускладнення під час вагітності, викидні та аборти в анамнезі. За даними ультразвукового обстеження у 87% жінок лейоміома є множинною і лише у 13% пацієнток спостерігається одиночна форма захворювання. У 256 жінок міома матки супроводжувалась кровотечею та больовим синдромом, в той час коли 59 пацієнток мали безсимптомний перебіг даного захворювання.

Кількість вагітностей, пологів і абортів у обстежених жінок суттєво не відрізнялася, проте потрібно відзначити високий індекс абортів, який становив 2,4 на одні пологи. З усієї досліджуваної групи 214 жінок мали обтяжений акушерський анамнез – штучне переривання вагітності, самовільні викидні, ускладнення при вагітності та пологах. У 69,7% жінок в анамнезі мали місце штучні аборти, а саме 26,3% жінок мали один аборт в анамнезі, 37,1% жінок - два і більше. Також нами було простежено 13,9% жінок, в яких мали місце самовільні викидні (з них 9,5% – один викидень; 3,8% – два і більше).

Висновок: результати аналізу нам показали, що обтяжений акушерський анамнез, а також екстрагенітальна патологія має вагоме місце у виникненні лейоміоми матки, що є досить актуально в наш час.

## Література:

1. Актуальные проблемы невынашивания беременности (цикл клинических лекций под ред. д-ра мед. наук, проф. В.М.Сидельниковой). М., 2001, 170 с.
2. Грищенко В.І. та ін. Ефективність використання озона в комплексному лікуванні ановуляторної безплідності // Здоровье женщины. – 2004. – № 3. – С. 113–114.
3. Гуркин Е.Ю. // Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. – СПб, 2001. – с. 490.
4. Данкович Н.О., Палагусинець Г.Ю., Бакучава Р.О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 80–81.
5. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Товштейн Л.А. Мінімальноінвазивна ендоскопічна хірургія у комплексному лікуванні тубооваріальних абс-

- десів // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 44–47.
6. Кузнецова М.Н. // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляева. – М., 2002. – Гл. 2.2. – С. 206–213.
  7. Левин Л. // Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. – М., 1999. – С. 222–239.
  8. Мамыкина В.М., Игнатъев В.Н., Асеинова Р.З. // Озон и методы эфферентной терапии в медицине: Тезисы докладов IV Всероссийской науч.-проект. конф. – Н.Новгород, 2000. – С.112.
  9. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Зыряева Н.А. Эндокринное бесплодие у женщин: диагностика и лечение. Практическое руководство. М.–2000, 80 с.
  10. Овсянникова Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 121–123.
  11. Побединский Н.М., Балтуцкая О.И., Омеляненко А.И. Стероидные рецепторы нормального эндометрия // Акуш. и гин. – 2000. – № 3. – С. 5–8.
  12. Рудакова Е.Б., Семенченко С.И. и др. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 132–136.
  13. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2000. – 591 с.

**Бакун О. В.**, кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства і гінекології

**Глушко Т. І., Дудко О. М.**, студенти

*Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна*

## **НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Наукові дослідження та практичний досвід свідчать, що питання збереження репродуктивного здоров'я, зменшення материнських та плодово-малюкових втрат, а особливо демографічна ситуація виходять далеко за межі медичної галузі й стали загальнодержавною міждисциплінарною проблемою. З метою вирішення цих питань в Україні було прийнято відповідні законодавчі акти, державні, національні, галузеві та регіональні програми, зокрема Національна програма «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр.». Реалізація національних програм показала ефективність комплексного міждисциплінарного підходу в поліпшенні репродуктивного здоров'я, зокрема зменшенні штучного переривання вагітності, захворювань, що передаються статевим шляхом, та їх наслідків (невиношування вагітності, материнської та перинатальної смертності). Розпорядження Ка-