

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



мимовільного викидня (МВ) після першого попереднього становить 20-25%, після двох - 25-30 %, після трьох - 30-35 %.

Проводилось ультразвукове сканування з об'ємною реконструкцією та вивченням хоріального кровотоку за допомогою програм VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis) 30 жінкам зі звичним невиношуванням вагітності та 30 здоровим вагітним у терміні 5-8 та 12-13 тижнів гестації. Визначали об'єм хоріону та показники об'ємного кровотоку з визначенням індексу васкуляризації (VI) та індексу кровотоку (FI).

Як показав аналіз гістограм з прогресуванням вагітності (5-12 тижнів) відбувається поступове збільшення об'єму хоріона від 1,82 до 73,94 см³ у вагітних контрольної групи та від 1,71 до 56,36 см³ у вагітних зі звичним викиднем в анамнезі. Середній об'єм хоріона у жінок основної групи у 5-8 тижнів становив 8,77±0,99 см³, у контролі – 11,76±1,3 см³, p<0,05. У 12-13 тижнів вагітності спостерігаються аналогічні тенденції, проте з поглибленням патологічного процесу. Так, у вагітних основної групи відмічалися вже більш суттєві зміни – середній об'єм хоріона становив 51,28±4,2 см³ проти 72,28±4,7 см³ у контролі, p<0,05. Наведені дані свідчать, що у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі спостерігається уповільнення розвитку хоріального дерева з ранніх термінів гестації, що в подальшому реалізується у сповільненні формування та функціонування котиледонів.

З метою відображення відсоткового вмісту судинних елементів у певному об'ємі плацентарної тканини проводилось вивчення індексу васкуляризації (VI). Слід зазначити, що в обох групах спостерігалось поступове його зростання, проте з певними відмінностями. У терміні гестації 5-8 тижнів відбувалося достовірне зниження індексу васкуляризації у вагітних зі звичним викиднем порівняно з вагітними контрольної групи, відповідно 7,81±1,03 та 16,58±1,75 (p<0,05). У 12-13 тижнів відбувалися більш суттєві зміни даного показника (9,55±0,88 та 20,56±1,55; в основній групі та контролі, відповідно, p<0,05), що є прогностично несприятливою ознакою щодо розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Індекс кровотоку, який відображає кількість клітин крові, що транспортуються в момент дослідження, тобто інтенсивність кровотоку (FI) в I триместрі вагітності поступово збільшувався в обох досліджуваних групах. Проте ці дані не були достовірними. У вагітних зі звичним викиднем в анамнезі та контрольній групі в 5-8 тижнів FI становив 34,81±1,3 і 33,96±1,1 (p>0,05), у 12-13 тижнів – 46,35±3,1 і 40,54±2,9, відповідно (p>0,05).

Таким чином, у вагітних зі звичним викиднем в анамнезі як в період формування ворсин, так і у період формування котиледонів відмічається достовірне зниження об'єму хоріона та вмісту судинних елементів у ньому, що свідчить про неадекватну гестаційну трансформацію цих екстраембріональних структур та високий ризик розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Боднарюк О.І.

ДІАГНОСТИКА САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

На сьогоднішній день інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи у дівчат-підлітків відрізняються поліетіологічністю, стертою клінічною картиною, високою частотою мікст-інфекцій і схильністю до рецидування, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

В результаті дослідження перебігу сальпінгоофориту у дівчат-підлітків встановлено, що гостру форму захворювання було діагностовано у 24 хворих (19,7 %) I групи та 46 хворих (27,2 %) II групи, а хронічна – у 92 (79,3 %) та 123 (72,8 %) пацієнток I та II груп відповідно.

З вивчених клінічних проявів найбільш частими скаргами у дівчат основної групи, з незначною тенденцією до зменшення їх частоти у випадку хронічного запального процесу, були: загальна слабкість (100% та 93,5% відповідно у разі гострої та хронічної форм захворювання), біль у нижньому відділі живота (від 63 до 95,8 %), патологічні виділення з



піхви, які у переважній кількості пацієнток I групи були різноманітними за своїми ознаками – кількістю, кольором, запахом, густиною, що було характерно для відповідного збудника запалення та його асоціацій. Під час гострої та хронічної форм перебігу сальпінгофориту практично у всіх дівчат групи порівняння також спостерігалася загальна слабкість (у 100 % та 95,1 % випадків відповідно). Гострий біль у нижньому відділі живота різної інтенсивності та патологічні виділення з піхви турбували переважну більшість пацієнток як I так і II груп (від 89,1 до 95,8 % у випадку гострого перебігу сальпінгофориту, та від 63,0 до 79,7 % у разі хронічної форми запального процесу), при цьому під час хронічного перебігу запального процесу пацієнток як I групи (90,2%), так і II груп (85,4%) турбував переважно тупий ниючий біль. Підвищення температури тіла було зафіксовано переважно у дівчат з гострим перебігом сальпінгофориту (41,7 %) на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у 3,2 рази частіше, ніж у дівчат II групи з гострим перебігом захворювання. У пацієнток з хронічною формою сальпінгофориту підвищення температури тіла спостерігалось значно рідше, проте цей симптом проявлявся у 4,6 рази частіше у дівчат I групи порівняно з дівчатами, які склали II групу. Дизуричні явища турбували переважну більшість пацієнток I групи, як з гострим, так і з хронічним перебігом сальпінгофориту, в 95,8 та 51,1% пацієнток відповідно. Дівчат групи порівняння дизуричні розлади турбували рідше – у 26,1 та 4,9 % відповідно пацієнток з гострим та хронічним перебігом. Це можна пояснити впливом супутньої урологічної патології на вираженість симптоматики та поширеністю запального процесу на слизову зовнішнього отвору уретри.

Під час оцінки клінічного перебігу сальпінгофориту було виявлено, що у третини хворих (29,3%), які склали I групу, спостерігалися рецидиви захворювання до 4-6 разів на рік, що стало підставою для більш ретельного вивчення стану здоров'я цих дівчат, і їх обстеження суміжними спеціалістами (педіатром, урологом, нефрологом.). У дівчат II групи рецидиви траплялися значно рідше – тільки у 15,4%.

Булик Т.С.

ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ КЛІНІЧНОГО ФЕНОТИПУ ЗАГРОЗЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ожиріння, дисліпідемію та порушення метаболізму глюкози відносять до важливих чинників кардіо-метаболічного ризику у т.ч. під час вагітності, котрі впливають на серцево-судинний та гемостазіологічний прогноз перебігу самої вагітності для матері та плоду, як в пологах, так і в післяпологовому періоді.

Однак, необхідно зауважити, що при зростанні тригліцеридів (ТГ) у 2-3 рази збільшується ризик ішемічних та атеротромботичних ускладнень через гіперфібриногенемію, появу ремнантоподібних частин та зростання холестерину ліпопротеїнів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ), перенасичених ТГ. ХС ЛПДНГ зв'язується з тромбоцитами через мембранний глікопротеїн CD36, збільшуючи синтез тромбоксану А2 (ТхА2) та їх агрегацію, активують VII фактор згортання крові і збільшують продукцію PAI-1. Аналогічним чином ХС ЛПДНГ зв'язується з рецепторами CD36+ макрофагів, що призводить до утворення пінистих клітин, впливаючи на розвиток атеросклерозу. Наявність сімейної дисліпідемії вказує на можливу генетичну детермінованість цього процесу. Однак, в Україні таких досліджень проводиться вкрай мало і стосуються вони переважно пацієнтів кардіологічного профілю. Тому наступним етапом дослідження стало вивчення зміни ліпідного профілю у вагітних обстежуваних груп залежно від поліморфізму I/D гена ACE, 4G/5G гена PAI-1.

У проспективному дослідженні взяло участь 72 вагітні із ожирінням (дослідна група) та 21 практично здорова вагітна без надмірної маси тіла (контрольна група), котрі підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.