

**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



півхи, які у переважній кількості пацієнок 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 пацієнок 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 пацієнок 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 пацієнок 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 пацієнок I групи, як з гострим, так і з хронічним перебігом сальпінгофориту, в 95,8 та 51,1% пацієнок відповідно. Дівчат групи порівняння дизуричні розлади турбували рідше – у 26,1 та 4,9 % відповідно пацієнок 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 A2 (ТхA2) 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.



Серед вагітних основної групи переважали жінки із ОЖ I ст. – 75,0% (n=54), решту склали жінки з ожирінням II-III ст. - 25,0% (n=18). Спостерігали вірогідне зростання вмісту ЗХС, ТГ, ХС ЛПНГ та індексу атерогенності (ІА) у вагітних із ожирінням II-III ст. у порівнянні з такими із ОЖ I ст. на 15,1% (p<0,01), 13,1% (p<0,01), 13,6% (p<0,01), 30,7% (p<0,001), відповідно, та практично здоровими вагітними у 1,6; 1,9; 1,9; 3,4 рази (p<0,001). ХС ЛПВГ був нижчим теж у вагітних із ОЖ II і III ст., ніж у таких контрольної групи у 1,62 рази (p<0,001) та вагітних із ОЖ I ст. – у 1,2 рази (p=0,046).

Проявляється чітка тенденція залежності появи дисліпідемій від наявності D-алеля гена ACE та зниження антиатерогенних компенсаторних властивостей у вагітних із 4G4G - генотипом гена PAI-1. Окрім того, у нашому дослідженні рівні загального холестерину, ТГ, ХС ЛПНГ мають чіткий вірогідний вплив на посилення процесів тромбіно- та фібриногенезу за зовнішнім механізмом особливо у жінок із 4G4G-генотипом гена PAI-1 та DD/4G4G-гаплотипом, що підтверджується негативною кореляцією ХС ЛПВГ із рівнем фібриногена у цих же пацієнток. Найбільш сприятливим у плані попередження тромботичних ускладнень, за впливом показників ліпідів на гемостаз, є ID/4G5G - гаплотип.

Гошовська А.В.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖОВТОЧНОГО МІШКА В ПЕРІОДІ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК НА ФОНІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

Одним з найважливіших пускових механізмів розвитку ПД є дифузно-перфузійна недостатність матково-плацентарного, внутрішньо-плацентарного та плодо-плацентарного кровообігу. При цьому спостерігаються порушення транспортної, трофічної, ендокринної, метаболічної та антиоксидантної функцій плаценти, що і призводить до патології плода та новонародженого.

Для оцінки функціонального стану ФПК на етапі формування первинної плацентарної дисфункції на фоні запальних захворювань ЖСО нами було застосовано визначення ехографічних параметрів екстраембріональних структур (жовточного мішка), у жінок основної та контрольної груп у 6-7 та 12-14 тижнів гестації. Згідно поставленої мети було проведено ультразвукове дослідження 67 жінкам в 6-7 та 12-14 тижнів гестації. Основну групу склали 37 жінок з ознаками запальних захворювань жіночих статевих органів, контрольну групу склали 30 жінок практично здорові.

За результатами УЗД у жінок основної групи виявлено особливості локалізації хоріону, плаценти, розширення міжворсинкового простору (МВП) та альтеративні зміни: наявність в її структурі інфарктів, псевдоінфарктів, підвищеної кількості кальцинатів, петрифікатів, зміни товщини та порушення термінів дозрівання плаценти.

При дослідженні об'єму жовточного мішка користувались за допомогою трьохмірної програми VOCAL, оцінка судинного компоненту проводилася на основі визначення індексу васкуляризації (VI) та індексу кровотоку (FI).

Для діагностики жовточного мішка (внутрішньо-ембріональна структура, яка виконує поживну, кровотворну функції в перші тижні гестації) визначали розташування, форму, розміри СВД (середній внутрішній діаметр) жовточного мішка (у жінок обстежених груп). Встановлено, що діаметр жовточного мішка у жінок контрольної групи сягав більше 10 мм (в терміні більше 5 тижнів), у вигляді кільця білого кольору діаметром від 12 мм (6-7 тижнів), до 17 мм (10-12 тижнів). Слід зазначити, що у переважної більшості жінок основної групи відмічалось витончення у 21 (56,7%) діаметру жовточного мішка у терміні 6-7 тижнів гестації, який сягав 5-6 мм у 29 (78,4%) жінок, у терміні 10-11 тижнів - 8,5 мм у 26 (70,5%) жінок, а у терміні 12-14 тижнів гестації – 10 мм у 29 (78,4%) жінок.