

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Вагітним зі звичним невиношуванням вагітності рекомендувати інвазивні молекулярно-генетичні методи пренатальної діагностики (флюоресцентна гібридизація *in situ* (FISH-метод), метод кількісної флюоресцентної полімеразної ланцюгової реакції (КФ-ПЛР, QF-PCR), мультиплексна лігазна ланцюгова реакція (МЛЛР), метод порівняльної геномної гібридизації (ПГГ) в амніотичній рідині та ворсинках хоріона.

**Боднарюк О.І.**

**ПОРІВНЯЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що клітини імунної системи знаходяться в крові або в периферичних тканинах. Для швидкої інтегральної відповіді на антигенний стимул імунна система використовує комунікативний зв'язок, підключаючи цитокіни та інші розчинні медіатори. Центральну роль у регуляції імунної відповіді відіграють цитокіни, які представляють велику групу розчинних факторів міжмолекулярної взаємодії, в яку входить інтерферон, інтерлейкіни, ростові фактори.

Нами вивчена концентрація деяких цитокінів у периферичній крові дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит.

Таблиця

Цитокіни	Група порівняння (n=36)	Основна група (n=35)	Ступінь імунних порушень	P
Інтерлейкін-1β (IL-1β)	1,35±0,05	1,59±0,56	I	>0,05
Інтерлейкін-4 (IL-4)	1,25±0,31	1,84±0,31	II	>0,05
Інтерлейкін-10 (IL-10)	2,20±0,57	3,17±0,50	II	>0,05
Фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП-α)	2,43±0,47	3,58±0,34	II	>0,05

Показано, що у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, ускладнений урологічною патологією, не тільки виявляється більше мікробне навантаження і зростання його за рахунок персистенції у сечі умовно-патогенних ентеробактерій, а також формується тенденція до збільшення концентрації у периферичній крові прозапальних (інтерлейкіну-1β на 17,78%, інтерлейкіну-4 – на 47,20%, фактору некрозу пухлин – на 44,09%) та протизапального цитокіну (інтерлейкіну-10) – на 47,33%.

Таким чином, формування запального процесу додатків матки у дівчат пубертатного віку супроводжується персистенцією умовно-патогенних мікроорганізмів, що відносяться до 12 різних таксономічних груп. У відповідь на контамінацію і персистенцію мікроорганізмів формується адекватна імунна відповідь, що підтверджується суттєвим зростанням концентрації прозапальних (IL-1β, IL-4, ФНП-α) і протизапальних (IL-10), які регулюють провідні процеси формування гуморальної та клітинної імунної відповіді, а також підсилюють активність факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту.

Першим бар'єром, що приймає на себе удар контамінованого у піхві мікроорганізму, є поверхня слизової оболонки піхви. Існує велика кількість неспецифічних і специфічних імунних факторів і механізмів, які беруть участь у запобіганні розвитку захворювання. Ці фактори викликають механізми, що впливають на адгезію, колонізацію, ріст і розмноження контамінованого мікроорганізму головним специфічним механізмом захисту поверхонь слизової оболонки піхви є постійна мікробозалежна продукція антиген специфічного секреторного імуноглобуліну А (sIgA). Його рівень у секреті слизової оболонки піхви засвідчує про її протимікробний захист. У практично здорових дівчат пубертатного віку рівень sIgA становить 0,13±0,01 г/л, у дівчат такого ж віку, хворих на сальпінгофорит, його концентрація становить 0,95±0,14 г/л, що у 7,31 раза більше (P<0,01). При цьому концентрація sIgA у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит без супутньої урологічної патології, складає 0,74±0,16 г/л, що у 5,69 раза більше (P<0,05), ніж у практично здорових дівчат відповідного віку.

У дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит із супутньою урологічною патологією концентрація sIgA у вмісті порожнини піхви складала 1,16 г/л, що у 8,93 раза (P<0,001) більше, ніж у практично здорових ровесниць.

Порівнюючи концентрацію sIgA у вмісті порожнини піхви дівчат, хворих на сальпінгофорит без супутньої урологічної патології (0,74±0,16г/л) і з їх ровесницями з сальпінгофоритом, поєднаного з урологічною патологією (1,16±0,11 г/л) можливо констатувати, що мікробний фактор сприяє підвищенню концентрації sIgA у вмісті порожнини піхви на 56,76% (P<0,05).

Отже, у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит без ускладнень урологічною патологією запального генезу, а також з ускладненим суттєво зростає концентрація у вмісті порожнини піхви секреторного імуноглобуліну А (sIgA). Ступінь зростання прямо пропорційна мікробному навантаженню та ускладненню урологічною патологією.



**Булик Т.С.**

**ПЕРИНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнток молодого віку, зниженням загальної тривалості життя на 7-10 років, збільшенням смертності після 40 років у два рази в зв'язку з розвитком важких супутніх захворювань, таких як цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, ІХС, онкологічні захворювання. За даними статистики, в світі частота ожиріння серед вагітних коливається від 12 до 28% й не має тенденції до зниження. Актуальність проблеми «вагітність та ожиріння» характеризується розвитком гестозів, невиношуванням, аномаліями пологової діяльності, акушерським травматизмом та перинатальною патологією у 2-3 рази частіше, ніж у жінок без надлишкової маси тіла. У зв'язку з цим, ожиріння являє собою фактор ризику як для матері, так і для плода. Метою нашого дослідження було проаналізувати структуру акушерських ускладнень у вагітних з ожирінням.

Для цього було відібрано 100 історій пологів жінок з ожирінням за 2010 рік з архівного матеріалу КМУ «Пологовий будинок №1» м.Чернівці. Вік вагітних склав від 22 до 41 року (у середньому 30±4,4 роки).

Було відмічено, з ступенем прогресування ожиріння артеріальна гіпертензія діагностовано в 3 рази частіше, а захворювання сечовивідної системи - у 5 разів частіше. Менструальний цикл у більшості пацієнток був регулярний (85%). Нерегулярний менструальний цикл в анамнезі відмічений у жінок з I –II ступенем ожиріння. Найбільш поширеними гінекологічними захворюваннями серед пацієнток була ектопія шийки матки (46%), кольпіти різної етіології (36%). У жінок з II-III ступенем ожиріння частіше було діагностовано міома матки (10%), причому ці всі жінки були старше 30 років. У двох жінок було виявлено вторинне непліддя. Трьом жінкам було діагностовано первинне непліддя. У всіх п'яти жінок вагітність носила індукований характер. У більшості жінок (68%) в анамнезі були пологи. Приблизно половина (48%) із них носили фізіологічний характер і зустрічались достовірно частіше у жінок з I ступенем ожиріння. Характерним є те, що діти з вагою понад 4000г народжувались у жінок з II-III ст. ожиріння. У 12% серед повторновагітних попередня вагітність завершилась артіфіціальним абортom.

Аналіз перебігу вагітності у пацієнток з ожирінням виявив певні закономірності. В I триместрі у жінок з ожирінням III ступеню ранній гестоз та загроза переривання вагітності діагностовано в 2 рази частіше, ніж у пацієнток з I-II ст. ожиріння. В II триместрі маніфестація преєклампсії відмічена у 32% пацієнток, слід зауважити, що у всіх діагностовано легку ступінь гестозу і переважно у жінок з II-III ст. ожиріння. Частота діагностування загрози переривання вагітності не залежала від ІМТ і склала 18%. З приводу загострення хронічного пілонефриту 6 жінок отримували лікування в умовах відділення патології вагітності. III триместр характеризувався високою частотою госпіталізацій з приводу гестозу. Більшу частину з них становили вагітні з II-III ст. ожиріння (39%). Приблизно з такою ж частотою діагностувалась плацентарна дисфункція (38%), причому загрозливим є факт прогресивного збільшення долі затримки внутрішньоутробного розвитку плода в залежності від ІМТ. Загроза передчасних пологів частіше діагностувалась у жінок з I ст. ожиріння (15%). Більшість вагітних з ожирінням були пологорозрішенні в доношений термін. Передчасних пологів не реєструвалося.

Насторожує той факт, що у жінок саме з III ст. ожиріння (3%) було зафіксовано запізнілі пологи. Шляхом кесарського розтину було пологорозрішено 22%. Допологове вилиття навколоплідних діагностовано у жінок з III ст. ожиріння в 2 рази частіше, а аномалії пологової діяльності в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з I-II ст. Аналіз перинатальних наслідків показав, що жінки з ожирінням III ст. мають більший ризик розвитку не тільки ускладнень вагітності, а й перинатального неблагополуччя. У пацієнток з ожирінням III ст. частіше зустрічається дистрес плода в 3 рази, а ішемічно-гіпоксичне ураження ЦНС плода у 3,5 рази, що стало приводом для переводу новонароджених до профільних лікувальних закладів.

Проведений нами аналіз підтвердив, що ожиріння є несприятливим фоном для розвитку вагітності і слід відносити вагітних до групи підвищеного ризику щодо розвитку акушерських ускладнень.

**Гошовська А.В.**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності у жінок з проявами ГА, показав, що він був ускладнений загрозою переривання вагітності, ПД, дистресом плода, ЗРП, аномаліями пологової діяльності, несвоєчасним виливом навколоплідної рідини, які обумовили високу частоту розродження шляхом кесарського розтину. У вагітних із ГА, період гестації супроводжується високою частотою загрози переривання вагітності на тлі істміко - цервікальної недостатності. Після 20 тижнів вагітності значним рівнем гестаційної анемії; ПД; загрози передчасних пологів і преєклампсії.

Частота передчасних пологів у цих вагітних складає 23,3%, а серед основних причин частіше інших зустрічається передчасний розрив плодових оболонок (57,1%), у 28,6% спостережень мала місце підвищена