

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



Сидорчук Л.І., Сидорчук І.Й.

## АДАПТАЦІЙНА НАПРУЖЕНІСТЬ І РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Кафедра мікробіології та вірусології  
Буковинський державний медичний університет

Незважаючи на зниження захворюваності респіраторного тракту, негоспітальна пневмонія (НП) займає провідне місце в структурі хвороб органів дихання. Так, у період з 2007 по 2011 р. смертність від НП у Донецькій області зросла у 3,5 разів. Однією з причин цього є зниження ступеня клітинної реактивності, неспецифічного та специфічного імунного протиінфекційного захисту організму в певного контингенту людей.

Метою дослідження було вивчення адаптаційної напруженості і реактивної відповіді хворих на негоспітальну пневмонію, що досягалося завдяки поставленим завданням з вивчення в пацієнтів абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин периферичної крові та продукції основних цитокінів.

Впродовж 12 місяців на базі терапевтичного стаціонару СМЗ УМВС України в Чернівецькій області проведено імунологічне обстеження із визначенням ряду аналітичних показників (лейкоцитарний індекс за Рейсом, індекс інтоксикації за Кальф-Калідом, гематологічний показник інтоксикації за Васильовим тощо) та окремих цитокінів у 51 особи (43 чоловіки та 8 жінок) віком 25-34 роки. Середній вік становив 23,9 років. Контрольну групу склали 29 практично здорових осіб (21 чоловік та 8 жінок).

У хворих на НП зростає абсолютна кількість популяції лімфоцитів (на 2,34%) і відносна кількість паличкоядерних нейтрофілів та еозинофілів, ШЗЕ; знижується абсолютна і відносна кількість моноцитів, що свідчить про формування специфічної імунної відповіді на збудника НП. Водночас це підтверджується збільшенням абсолютної кількості імунокомпетентних клітин на 18,75%. ШЗЕ у хворих на НП підвищується в 3,95 раз і набуває прискореного типу, на відміну від осіб контрольної групи. У 3 (5,88%) випадках показник зсідання еритроцитів залишався нормальним.

Клітинна реактивність організму хворих на НП суттєво зростає, підвищується рівень адаптаційного напруження організму хворих, а також формується виражена реактивна відповідь нейтрофілів периферичної крові за рахунок зростання секреції прозапальних цитокінів (IL-6, IL-8, ФНП-α). У хворих на НП зростає лейкоцитарний індекс за Рейсом на 54,00%, індекс інтоксикації за Кальф-Калідом у 2,27 рази, ядерний індекс ступеня ендотоксикозу в 3,61 рази, гематологічний показник інтоксикації за Васильовим у 5,95 рази, а показник інтоксикації у 4,63 рази. Показано, що в хворих на НП середнє значення адаптаційного напруження знаходиться в зоні підвищеної напруженості адаптаційного синдрому.

Нейтрофіли периферичної крові хворих на НП мають підвищену секреторну активність щодо продукції IL-6, IL-8, ФНП-α. Посилення секреції IL-6 на 46,88% може сприяти посиленню запального процесу через збільшення продукції білків гострої фази, зростання температури тіла, диференціації В-лімфоцитів та продукції антитіл. Синтез IL-8 зріс на 59,47%, що сприяє активації нейтрофілів, посиленню хемотаксису, підвищенню експресії адгезивних молекул. Секреція ФНП-α посилена на 39,13%.

Отже, на період госпіталізації хворих на НП формується первинна та вторинна імунна відповідь за рахунок підвищення індексу імунної реактивності і алергізації.

Яковичук Н.Д., Дейнека С.Є., Джурик В.С., Ротар Д.В.

## ВИДОВА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЗБУДНИКІВ АСПЕРГИЛЬОЗУ ЗА МОРФОЛОГІЧНИМИ ТА КУЛЬТУРАЛЬНИМИ ОЗНАКАМИ

Кафедра мікробіології та вірусології  
Буковинський державний медичний університет

За останнє десятиліття зросло число захворювань, спричинених *Aspergillus spp.*, що стало важливою клінічною проблемою. Спостерігається ріст частоти інвазивного аспергильозу (легень, синусів, ЦНС, шкіри та ін.), а алергічний аспергильоз зумовлює високий відсоток летальності, 100 % у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень. При даній патології, а саме при інвазивному аспергильозі, важливим є своєчасна лабораторна діагностика, оскільки, як правило, висів *Aspergillus spp.* – це контамінація, і рідше – причина інвазивного аспергильозу легень. І навпаки первинний аспергильоз – у хворих з опіками, на участках шкіри біля катетерів та внаслідок колонізації операційних ран, та вторинний аспергильоз, як правило, наслідок гематогенної дисемінації.

Тому метою нашого дослідження є проведення скринінгу лабораторних методів діагностики аспергильозу залежно від локалізації патологічного процесу.

Відомо більше ніж 180 видів аспергил, серед яких більше 30 видів – умовно патогенні. Серед основних збудників аспергильозу: *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*, *Aspergillus terreus*, *Aspergillus nidulans* та ін. У 90 % випадків захворювання спричиняє *Asp. fumigatus*. Залежно від визначеного інфекційного агента значно відрізняється тактика лікування, тому неправильна інтерпретація оцінювання результатів мікологічного дослідження недопустима. Так як культивування міцеліальних грибів проводять тривалий час на початковому етапі з дослідного матеріалу готують нативні препарати (мокрота та БАЛ) використовуючи 10 % р-н КОН у 10 % водному розчині гліцерину. При цьому діагностують безкольорові септовані гіфи, що розгалужені, як правило, дихотомічно. При культивуванні на живильних середовищах висів на агар Сабуро з додаванням 2 % глюкози та левоміцетину проводять на декілька чашок Петрі й інкубують при 37 °С до 7 діб. У процесі інкубування аспергили утворюють різний колір колоній, висоту міцелію, напр. *Asp. fumigatus* на



живильному середовищі при культивуванні утворює пігмент димчатого кольору. При мікроскопічному дослідженні аспергили відрізняють за будовою конідиальної головки, фарбуванням конідиеносців. Майже всі аспергили мають суттєві відмінності за морфологічними та культуральними ознаками та різні показники чутливості до антимікотиків.

Носійство патогенних мікроміцетів, особливо часто спостерігається не тільки в імунокомпроментованих людей, а і в здорових та у хворих з деякими захворюваннями, наприклад - фіброз при довготривалій експозиції спор тощо. Оскільки аспергили можуть бути в ролі інфекційного агента, як контамінанта, та перебувати в організмі як виладкове носійство, постає питання чи потрібна ідентифікація збудників аспергильозу до виду?

На відміну від стандартних методів основна проблема постає в серодіагностиці аспергильозу, яку пов'язують з варіабельністю антигенних препаратів, що виробляють у різних лабораторіях. Вказане унеможливає проведення порівняльного аналізу різних досліджень. Так, питання стандартизації отриманих препаратів залишається відкритим і актуальним. Тому виявлення в серологічних тестах найзначиміших антигенів, що продукуються в легеневій тканині грибами роду *Aspergillus*, буде сприяти збільшенню їх діагностичної значущості.

Для підтвердження діагнозу рекомендовано обов'язкове урахування клінічної картини захворювання, результатів інструментального і лабораторного дослідження та визначення збудника до виду. Щоб уникнути сумнівних результатів поряд з класичними методами доцільно проводити серологічні та молекулярні методи.

## СЕКЦІЯ 9 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ, ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Андрієць О.А.  
ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ БУКОВИНИ

Кафедра акушерства та гінекології  
Буковинський державний медичний університет

Одним із першочергових завдань сучасної медицини є охорона здоров'я дівчаток та дівчат – майбутніх матерів. Репродуктивне здоров'я є важливою передумовою сприятливих демографічних перспектив нації. Відповідно до рекомендацій Міжнародної конференції з питань народонаселення і його розвитку (Каїр, 1994) репродуктивне здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність захворювань репродуктивної системи.

Занепокоєння викликає гінекологічна захворюваність у підлітковому віці. Зокрема, зростання захворюваності на запальні хвороби сечостатевої системи, яка протягом останніх років має невпинну тенденцію до росту і наближається до показників у жінок репродуктивного віку. Тобто, у дівчат-підлітків чітко прослідковується тенденція до досягнення рівнів захворюваності на сальпінгофорити жінок репродуктивного віку – кожна 10 жінка страждає на запальні захворювання внутрішніх геніталій, з неблагоприсним прогнозом щодо його рівня при переході від пубертатного віку до репродуктивного і робить дану вікову групу об'єктом особливої уваги.

В Чернівецькій області чисельність жіночого населення, станом на 01.01.2014 р., складала 90248 осіб, з них 72912 віком до 14 років, та 17336 – підлітки 15-17 років. Серед них всього зареєстровано різноманітних гінекологічних захворювань у 2529 дівчаток 0-14 років та у 2705 дівчат-підлітків 15-17 років.

За останні 6 років рівень гінекологічної патології у дівчаток і дівчат різного віку в Чернівецькій області має тенденцію до зниження, зокрема у дівчаток від 0 до 14 років знизився в 1,37 рази, а у дівчат-підлітків – у 1,73 рази. Найбільшу диспансерну групу складають підлітки 15-17 років протягом усіх років, це пояснюється найбільш частим зверненням до дитячого гінеколога саме підлітків.

Аналізуючи дані за останні 6 років нами відмічено, що в Чернівецькій області, спостерігається зменшення абсолютної кількості гінекологічної патології у дівчат, що відображається зменшенням гінекологічної диспансерної групи від 0 до 17 років та прослідковується профілактична направленість в роботі дитячих гінекологів

Кількість запальних захворювань протягом 2008-2013 років зменшується у всіх вікових категоріях, зокрема у дівчат до 15 років їх кількість зменшилась у 1,61 рази, а у дівчат-підлітків – у 2,32 рази, що пояснюється збільшенням уваги та дотриманням правил особистої гігієни, частішим зверненням до дитячих гінекологів з метою попередження гінекологічних захворювань.

У 2012 році показник захворюваності на сальпінгофорити дівчат Буковини перевищив загальнодержавний в 1,96 рази, а поширеності – в 1,68 рази, ще можна пояснити оптимізацією роботи дитячих гінекологів щодо виявлення цієї патології у дівчат і вже у 2013 році захворюваність на сальпінгофорити у дівчат області становила 10,72, а поширеність – 23,25 на 1000 відповідного населення.

Детальний аналіз захворюваності (на 1000 відповідного віку) дівчат-підлітків на сальпінгофорити за місцем проживання показав, що найвищий цей показник в районі Придністров'я – Сокирянський район (12,41) та в районі, який зазнав радіаційного впливу внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС – Кішманському (12,24). На нашу думку можна пояснити нестабільною екологічною ситуацією в зазначених місцевостях.

Порівняльний аналіз гінекологічних захворювань внутрішніх статевих органів у дівчаток та підлітків



Буковини за період 2008 – 2013 років, привертає на себе увагу тенденція до зростання протягом цього періоду часу, рівня захворюваності та поширеності запальних захворювань внутрішніх статевих органів у цього контингенту дівчат.

Саме категорія пацієнток ювенільного віку нараховує найбільшу диспансерну групу з гінекологічною патологією, зокрема із запальними процесами внутрішніх статевих органів.

**Вакун О.В.**

### THE MODERN PECULIARITIES OF HYSTEROSALPINGOGRAPHY USAGE

*Department of obstetrics and gynecology  
Bukovinian state medical university*

Hysterosalpingography (HSG) is the radiographic evaluation of the uterine cavity and fallopian tubes after the administration of a radio-opaque medium through the cervical canal. The first HSG was performed in 1910 and was considered to be the first special radiologic procedure. Soares and coworkers showed that HSG had a sensitivity of 58% and a positive-predictive value of 28.6% for polypoid lesions, and a sensitivity of 0% for endometrial hyperplasia. The same study showed HSG to have a sensitivity of 44.4% for uterine malformations, and a sensitivity of 75% for the detection of intrauterine adhesions. The main contraindication of the examination is possible pregnancy. This contraindication can be avoided by performing the examination before the ovulation phase, between the 7th to 10th days of the menstrual cycle. Because of the scattering risk, the examination should be avoided when there is active intrapelvic inflammation.

The procedure is performed in the first half of the menstrual cycle following cessation of bleeding. The endometrium is thin during this proliferative phase, which facilitates better image interpretation and should also ensure that there is no pregnancy. Antibiotics might be required 1 day before and for few days after the examination if previous inflammations are present in the patient's clinical history. Antibiotics are required after the examination when the maneuvers are fairly sanguineous or if the fallopian tubes present a certain degree of dilation. The suggested antibiotic regimen is metronidazole 1 grectally at the time of the procedure, plus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days.

The cervix is localized and cleansed with iodine solution. Afterward, the uterine cervix is straightened by one (at the 12 o'clock position) or two (at the 9 and 3 o'clock positions) surgical forceps exercising a degree of pulling. Next, the outside uterine cervix ostium is catheterized. The catheterization can be performed in two ways.

In the past, oil-soluble contrast media were mainly used. Today, we use all available iodinated hydrosoluble contrast media. According to international literature, the use of oil-soluble contrast media increases the pregnancy rate and contributes to a decrease in conception time after the salpingography is performed.

Examination of different patient populations, nonstandardized classification systems, and differences in diagnostic data acquisition has resulted in widely disparate estimates, with a reported prevalence that ranges from 0.16 to 10%. As a result of selection bias, a prevalence of 8 to 10% has been reported in women being evaluated with HSG because of recurrent pregnancy loss. The overall data suggest that the prevalence both in women with normal fertility and in women with infertility is approximately 1%, and the prevalence in women with repeated pregnancy loss is approximately 3%. While the majority of women with mullerian duct anomalies have little problem conceiving, they have higher associated rates of spontaneous abortion, premature delivery, and abnormal fetal position and dystocia at delivery. Most studies report an approximate frequency of 25% for associated reproductive problems, compared with 10% in the general population.

**Бербець А.М.**

### ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

*Кафедра акушерства та гінекології  
Буковинський державний медичний університет*

Нами було обстежено 49 вагітних із клінікою невиношування в I триместрі гестації, які склали основну групу. Відбирались вагітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання вагітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстрагенітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, ізосенсибілізацію за АВ0 і Rh-системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації. Вагітні обстежені за наступною методикою: вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу, а також гормональні реакції плаценти, що формується, за методикою Ларичевої І.П., Витушко С.А. (1990). Як патогномонічні, оцінювали показники гормонів прогестерону та естрадіолу з відхиленням на 20% та більше, а кортизолу – на 50% і більше від середніх величин. Патологічна гормональна реакція встановлювалась при наявності хоч одного відповідно зміненого показника. Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінці: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів.

Нижче наводимо характеристику типів гормональних реакцій обстежених вагітних.



Таблиця 1

#### Типи гормональних реакцій у вагітних із загрозою невиношування в 6-8 тижнів гестації (%)

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	15 30,61±5,57%*	17 34,69±5,75%	17 34,69±5,75%*	-
Контрольна група (n=30)	26 86,67±6,20%	3 10,00±5,48%	1 3,33±3,27%	-

Примітка. \* -  $p < 0,05$  в порівнянні з контролем

Таблиця 2

#### Типи гормональних реакцій у вагітних із загрозою невиношування в 12-13 тижнів гестації (%)

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	14 28,57±5,48%*	14 28,57±5,48%	20 40,82±5,92%*	1 2,04±2,00%
Контрольна група (n=30)	24 80,00±7,30%	4 13,33±6,20%	2 6,67±4,55%	-

Примітка. \* -  $p < 0,05$  в порівнянні з контролем

За нашими даними, нормальний тип гормональної адаптації у жінок із загрозою переривання вагітності в терміні гестації 6-8 тижнів зустрічався в 2,8 рази рідше, ніж в контролі ( $p < 0,05$ ), як і в терміні вагітності 12-13 тижнів ( $p < 0,05$ ).

Стосовно реакції напруженості, яка характеризується підвищенням концентрації одного або більше з вивчених гормонів, то нами не було виявлено вірогідної різниці частоти даної реакції між обстеженими групами.

До реакції нестійкості нами віднесені випадки, в яких одночасно поєднується підвищення та зниження рівнів естрадіолу, прогестерону та кортизолу. Нами зафіксована чітка тенденція до збільшення частоти реакції нестійкості у вагітних із загрозою викидня в I триместрі. Так, у терміні вагітності 6-8 тижнів частота реакції нестійкості в основній групі була в 10,4 рази вищою, ніж у контрольній ( $p < 0,05$ ). У терміні вагітності 12-13 тижнів реакція нестійкості траплялася у 6,1 рази частіше в дослідній групі, ніж у контрольній ( $p < 0,05$ ).

Реакція виснаження характеризується зниженням концентрацій всіх досліджуваних гормонів. При проведенні обстежень в 12-13 тижнів гестації подібна гормональна реакція децидуально-трофобластичного комплексу спостерігалась лише в групі жінок із ознаками невиношування (1 випадок, 2,04±2,00%,  $p > 0,05$ ).

У жінок, де вагітність ускладнилася загрозою переривання, в першому триместрі гестації переважають патологічні типи реакцій гормональної адаптації. Прогресивне погіршення гормональної картини при недостатності функції плаценти, що формується, як ми вважаємо, відобразиться на кровопостачанні плідного яйця, і, як наслідок, приведе до розвитку патогістологічних змін в плаценті, характерних для її дисфункції.

**Бирчак І.В.**

### ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Буковинський державний медичний університет*

Звичне невиношування вагітності (ЗНВ), одна з найактуальніших проблем сучасного акушерства, - це мимовільне переривання двох або більше вагітностей. Частота цієї патології становить близько 2% у популяції. У структурі невиношування звичний викидень складає 5-20%. Генетичні порушення, що призводять до мимовільного викидня, вивчені досить добре і складають 5% в структурі причин даної патології. Від 40 до 60% викиднів, що відбуваються в I триместрі вагітності, обумовлені аномаліями хромосом плода.

З метою встановлення патогенетичних аспектів звичного невиношування вагітності проводилось комплексне обстеження жінок із зазначеною патологією. На початковому етапі проведено клініко-статистичний аналіз історій хвороб жінок зі звичним невиношуванням вагітності (n=42, I група), для порівняння проводився аналіз медичних карт практично здорових жінок (n=36, II група). Наступним етапом було цитогенетичне обстеження обох груп. За віковим складом вагітні I та II груп суттєво відрізнялися між собою. Більшість жінок були віком від 21 до 30 років, проте вік 38,7±3,3% жінок зі звичним невиношуванням вагітності становив більше 30 років. Вік початку менструацій коливався в межах від 9 до 18 років в обох групах, середній показник становив 13,7±1,3 років. Із раннім менархе не виявлено жодної жінки, проте у 12,8±1,1% жінок I групи статеве дозрівання затримувалось і перша менструація починалась після 15 років. У 23,5±2,7% жінок II групи менструації мали тенденцію до рясних, тоді як у вагітних зі звичним невиношуванням спостерігалась протилежна ситуація (25,9±2,9% жінок відмічали з моменту менархе гіпо- та олігоменорею, нерегулярні менструації). Із перенесених в минулому гінекологічних захворювань у жінок зі звичним невиношуванням вагітності мали місце сальпінгофорит, ерозія шийки, проте ці дані також не мали вірогідної різниці з даними по II групі. Викликає зацікавленість той факт, що у 25,0±2,6% жінок I групи поза вагітністю мав місце синдром полікістозних яєчників, у той час, коли в II групі не зафіксовано жодної жінки з даною нозологією.