

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

**Результати дослідження.** При доплерометричному дослідженні в правій та лівій МА в основній групі відмічається зниження всіх індексів резистентності, достовірно СДС -  $5,9\pm 0,5$  та  $5,8\pm 0,5$ ; ПІ -  $1,1\pm 0,14$  та  $1,2\pm 0,14$  ( $p < 0,05$ ), ІР -  $0,67\pm 0,04$  та  $0,70\pm 0,05$  ( $p > 0,05$ ) відповідно, у порівнянні з контрольною групою. Також підвищуються швидкості кровоплину, достовірна різниця у показниках КДШ -  $17,8\pm 1,1$  та ПШУЧ  $30,5\pm 1,5$  см/с (права МА), КДШ -  $18,8\pm 1,1$  см/с ПШУЧ -  $27,5\pm 1,5$  см/с (ліва МА),  $p < 0,05$ . Як показали дослідження в СА всі індекси резистентності (СДС -  $3,3\pm 0,5$ , ІР -  $0,7\pm 0,08$ , ПІ -  $1,2\pm 0,10$ ) у жінок, які не отримували профілактику ПД, були вище в порівнянні з вагітними, які отримували комплекс профілактичних заходів ПД (СДС -  $2,0\pm 0,4$ , ІР -  $0,4\pm 0,07$ , ПІ -  $0,8\pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ), а швидкості кровоплину – нижче в порівнянні з основною групою (статистична достовірна різниця ПШУЧ -  $34,2\pm 1,9$  та  $46,2\pm 2,5$ ,  $p < 0,05$ ), що може свідчити про неповноцінну трансформацію стінок СА при ПД і порушення кровообігу плацентарного ложа, що формується у жінок, які не отримують адекватну гормональну підтримку.

**Висновки.** В основній групі дослідження, де проводилася профілактика ПД при низькій плаценталії запропонованим комплексом лікувально-профілактичних заходів, значно покращилися показники доплерометричного дослідження, що дозволило збільшити матково-плацентарний кровообіг та запобігти розвитку плацентарної дисфункції.

**Приймак С.Г.**

## **ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Останнім часом в Україні відзначається зростання захворюваності на рак шийки матки (РШМ) у молодих жінок репродуктивного віку, особливо в групі жінок молодше 29 років. Як причина смерті жінок молодше 30 років рак шийки матки складає 8,5%.

**Мета дослідження.** Визначення ролі вірусних інфекцій у розвитку ранніх та віддалених наслідків та ускладнень, а також пошук ефективних та раціональних профілактичних і лікувальних заходів.

**Матеріал і методи дослідження.** Вагітність є чинником ризику розвитку ПВІ і сприяє активній реплікації і персистенції вірусу папіломи людини. Дослідження А. Schneider і співавт. (1987) показали, що частота розвитку ПВІ у вагітних в 2,3 рази перевищує таку у невагітних жінок, при цьому кількість вірусної ДНК у вагітних в середньому в 10 разів більше тієї ж кількості у невагітних. Число випадків передачі ВПЛ від матері плоду, за даними різних дослідників, складає від 4 до 87%, що залежить від чутливості використаних методів діагностики

**Результати дослідження.** Лікування захворювань, асоційованих з ВПЛ, під час вагітності необхідно проводити диференційовано за показаннями в будь-які терміни, але переважно в I триместрі. Перед використанням деструктивних методів лікування рекомендується провести комплексне обстеження, лікування супутніх запальних захворювань геніталій. Методами вибору для лікування гострих кондилом у вагітних є радіохвильова терапія і застосування хімічних коагулянтів - солкодерма, трихлороцтової кислоти. Можливе застосування лазерної терапії, електрокоагуляції, хірургічного методу. Обов'язковим методом лікування ПВІ у вагітних є імунокоригуюча терапія. Перспективне застосування інтерферонів (ІФН) та їх індукторів. ІФН – ендогенні цитокіни, що володіють противірусними, антипроліферативними та імуномодельючими властивостями. Є дані про відмінності імунної відповіді при інфікуванні високо-і низькоонкогенними типами ВПЛ. При наявності ВПЛ 16-го - 18-го типів відзначається зниження продукції  $\alpha$ -та  $\gamma$ -ІФН, збільшення концентрації сироваткового ІФН, спонтанної продукції ІФН, що приводить до дисбалансу в клітинному імунітеті і, як наслідок, до важкого перебігу захворювання.

**Висновки.** Проведення ранньої діагностики, профілактики і лікування інфекційної патології репродуктивної системи жінок до настання вагітності, прегравідарна підготовка і

планування вагітності дозволяють знизити частоту ускладнень гестаційного періода, тяжкість перебігу (частоту і тривалість рецидивів) інфекційного процесу при вагітності, попередити тяжкі форми неонатальної інфекції, зменшити неонатальну захворюваність і смертність.

**Рак Л.М.**

## **ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ: ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Проблема діагностики та раціонального лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) на сьогоднішній день часто обмежується лише гормональною терапією. Досить мало уваги фахівці приділяють проблемі інфекційного фактора як одного з важливих чинників виникнення та прогресування, а також рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія. Тому проблема більш детального інфекційного пошуку у даної категорії пацієнток є надзвичайно актуальною.

**Мета дослідження.** Оцінити роль мікробного фактора у виникненні гіперпластичних процесів ендометрія з метою оптимізації ефективності лікування вищевказаної патології.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено комплексне обстеження 94 жінок репродуктивного віку. Пацієнтки були розділені на 2 групи: основна, до якої увійшли 50 жінок із гіперпластичними процесами ендометрія й контрольна група – 44 практично здорові жінки репродуктивного віку з незмінним ендометрієм. На нашу думку, з огляду на можливість різноманітності мікрофлори в різних відділах сечостатевого тракту, більш доцільним є забір зразків для інфекційного дослідження саме з порожнини матки, отриманих під час (на початку) гістероскопії. Визначали наявність патогенної та умовно-патогенної бактеріальної мікрофлори, у тому числі збудників сексуально-трансмісивних інфекцій (хламідії, трихомонади, гаднерели, мікоплазми, уреоплазми, вірусні агенти (вірус простого герпесу, тип II)) в гістеробіоптатах ендометрія. У 15 жінок контрольної групи мікробіологічному дослідженню піддавали аспірат ендометрія, отриманий за допомогою аспіраційної біопсії.

**Результати дослідження.** У пацієнток із ГПЕ частота та інтенсивність контамінації гіперплазованого ендометрія патогенною та умовно-патогенною бактеріальною флорою була достовірно вищою, ніж у жінок зі здоровим ендометрієм (виявлено 41 штамп мікроорганізмів патогенної та умовно-патогенної флори. Діагностували також мікробні агенти з переважно внутрішньоклітинним типом персистенції. Такі збудники виявлено лише у пацієнток з гіперплазованим ендометрієм ( $29,27 \pm 7,11\%$ ), на відміну від жінок з не зміненою слизовою матки. Підтверджено роль запального компоненту в генезі виникнення гіперпластичних процесів. Так, встановлено, що у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, в порівнянні із жінками з нормальним ендометрієм, серед супутньої патології мала місце достовірно вища частота зустрічання синехій ( $18,0 \pm 0,69\%$  проти  $3,4 \pm 3,39\%$ ); а у  $18,2\%$  жінок із ГПЕ морфологічна картина гіперплазії поєднувалась з ознаками хронічного ендометриту.

**Висновки.** На етапі діагностичного пошуку перед вибором лікувальної тактики важливе значення має ретельне мікробіологічне дослідження флори цервікального каналу та ендометрія. Раціональними етіопатогенетичним лікуванням слід вважати не лише гормональну, а й протизапальну терапію у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія. Це дозволяє підвищити ефективність лікування вищевказаної патології та попередити частоту виникнення рецидивів.