

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

вагітності, розвитку плоду в залежності від форми хронічної фетопланцетарної недостатності для формування інформативних ознак групи ризику.

**Результати дослідження.** Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю, звичним невиношуванням, особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортами. Більше однієї третини пацієток (36,8+6,84%) при декомпенсації плацентарної недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях важкі або ускладнені форми гестозу (пре- і еклампсія, завчасне відшарування плаценти, дострокові пологи) ( $p < 0,01$ ). Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігались в 10,5+0,32% пацієток, що достовірно вище ніж при компенсованій формі ХФПН ( $p < 0,01$ ) таким чином анамнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику по розвитку важких форм ХФПН, яку склали пацієтки з порушенням оваріально-менструального циклу по типу олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним пієлонефритом, з важкими та ускладненими формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені нерозвиваючою вагітністю, звичним невиношуванням, медичними абортами, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом. Аналіз клінічної течії вагітності що розвивається показав, що в пацієток з декомпенсованою формою ХФПН спостерігається патологія розміщення хоріону (передлежання, низьке розміщення) ( $p < 0,01$ ). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласта в спіральній маточній артерії. Перманентна загроза переривання, різні види уrogenитальної і внутрішньоутробної інфекції в 1 та 2 триместрах вагітності реєструвались з однаковою частотою при всіх стадіях ХФПН.

**Висновки.** Дослідження анамнестичних даних у вагітних дозволило виділити групу ризику по ФПН з високим ризиком інвалідації плоду. Це надзвичайно важливо, оскільки попередивши прогресування ФПН у таких вагітних можна попередити і розвиток інвалідизуючої патології ЦНС у плода в подальшому.

**Козар О.М.**

## **СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Актуальність теми про патогенетичні аспекти переношеної вагітності визначається стрімким розвитком сучасної медицини та необхідністю вдосконалення підходів до управління цим станом для забезпечення оптимального перебігу вагітності, здоров'я матері та плоду. Дослідження новітніх відомостей про патогенез переношеної вагітності має велике значення для розробки ефективних стратегій лікування та попередження ускладнень, що дозволяє підняти якість медичної допомоги вагітним жінкам з цією особливою проблемою.

**Мета дослідження.** Проведення структурованого аналізу літературних даних досліджень вітчизняних та закордонних авторів з питань патогенезу переношеної вагітності.

**Матеріал і методи дослідження.** Пошук проводився в наступних базах даних: Medscape, PubMed за період 2019-2023 рр. з використанням таких ключових слів, як “Переношена вагітність”, “Вагітність більше 40 тижнів”, “Пролонгована вагітність”.

**Результати дослідження.** Знайдені опубліковані дослідження щодо патогенезу переношеної вагітності вказують на ряд складних взаємодій фізіологічних та молекулярних механізмів, що можуть впливати на тривалість та результати вагітності. Дослідження підкреслюють роль ендокринних регуляторів, зокрема, гормонів, таких як прогестерон та цитокіни, у контролі імунного відгуку та функції плаценти під час переношеної вагітності. Крім того, виявлено, що генетичні та епігенетичні чинники можуть впливати на схильність до переношеної вагітності, розкриваючи нові перспективи для розуміння та управління цим станом.

**Висновки.** В результаті відсутності нових рішень з питань патогенезу переносування вагітності, ця проблема є достатньо актуальною, яка потребує більш глибокого вивчення і прийняття нової моделі її вирішення.

**Косілова С.Є.**

## **АНТИОКСИДАНТНА НЕДОСТАТНІСТЬ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Найбільш важким ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду є преєклампсія (ПЕ). Але, на жаль, все ще недостатньо вивчений патогенез і відсутні достовірні методи її прогнозування.

**Мета дослідження.** Вивчення факторів ризику розвитку преєклампсії.

**Матеріал і методи дослідження.** Основну групу сформували з 48 жінок з ПЕ. З них 20 – з ПЕ легкого ступеня (I група), 16 – з ПЕ середньої важкості (II група), 12 – з ПЕ важкого ступеня (III група). У контрольній групі було 20 здорових вагітних.

У вагітних з ПЕ частота обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу (52,08%) була значно більшою, ніж у контрольній групі (5%) ( $p < 0,01$ ). Звертає на себе увагу те, що ПЕ розвинулась частіше у першовагітних – 30 (62,5%) і у юних жінок – 10 (20,83%). Ці пацієнтки мали серцево-судинну, ендокринну патологію, метаболічні порушення. Порушення функції яєчників діагностовано у 25% жінок ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження.** У 30 (62,5%) обстежених ПЕ перебігала на тлі екстрагенітальної патології. Структура екстрагенітальної патології у жінок основної і контрольної груп: захворювання щитоподібної залози (41,67% і 10% відповідно до груп,  $p < 0,05$ ), шлунково-кишкового тракту (31,25% і 5%), легень (10,42% і 5%). У вагітних основної групи із захворюваннями нирок (20 (41,67%)), серцево-судинної системи (15 (31,25%)), метаболічними порушеннями (12 (25%)) в подальшому розвинулась ПЕ середнього і важкого ступеня, а частота ускладнень в пологах при важкому ступені ПЕ вдвічі вища, ніж при середньому ( $p < 0,05$ ). Серед ускладнень вагітності та пологів на тлі ПЕ слід відзначити високу частоту плацентарної дисфункції (у 2 (10%) – із I групи, у 8 (50%) – з II групи, у 9 (75%) – з III групи), затримки росту плода (ЗРП) (у 3 (18,75%) жінок II групи і у 5 (41,67%) – III групи), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (у 1 (6,25%) – із II групи, у 3 (25%) – із III групи), дистресу плода (у 1 (6,25%) – із II групи і у 5 (41,67%) – із III групи), аномалій пологової діяльності (у 2 (12,5%) – з II групи і у 3 (25%) – з III групи), кровотеч у пологах (у 2 (12,5%) – із II групи і у 3 (25%) – із III групи). У контрольній групі таких ускладнень вагітності не було. У 2 (4,17%) жінок з основної групи діагностовано порушення інвазії трофобласту. У них в подальшому мав місце ранній початок преєклампсії (в 24 і в 26 тижнів), розвиток важкої ПЕ. Ці вагітності були перервані завчасно і завершилися перинатальними втратами. У контрольній групі у 20 (100%) випадках вагітність завершилась пологами через природні пологові шляхи, а в основній – у 40 (83,33%). У 8 (16,67%) жінок основної групи кесарів розтин був проведений у зв'язку із загрозливим станом для життя матері чи плода. Порушений стан плода мав місце у 4 (25%) вагітних з II групи і у 12 (100%) – з III групи. Усі вони народились у стані асфіксії середнього і важкого ступеня. Новонароджені з III групи потребували реанімаційних заходів. Приєднання різноманітних ускладнень вагітності більшість науковців пов'язують із порушенням гемодинаміки і застоєм крові в малому тазі, розвитком важкої гіпоксії материнського організму і плода.

**Висновки.** Передумовою ПЕ може бути порушення функцій системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. ПЕ частіше розвивається у юних жінок і у тих, що не народжували. Порушення функцій яєчників може бути передумовою ПЕ, причиною ендотеліальної дисфункції. Жінки з ПЕ становлять групу ризику стосовно невиношування вагітності. Основними факторами ризику розвитку ПЕ можна вважати хронічні захворювання нирок (41,67%), судинну (31,25%) та ендокринну патологію (6,25%), метаболічний синдром (25%).