

**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 – її 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 – її 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



**Гошовська А.В.**  
**МОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ.**

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

Матеріалом для дослідження служили елементи плідного яйця, які отримані при штучному аборті у термін гестації 5-12 тижнів. Основну групу склали 16 спостережень гіперандрогенії. Групою порівняння служили 20 абортів за соціальними показами у практично здорових жінок.

Дослідженню підлягали: трофобласт, клітини Гофбауера та ендотелій васкуляризованих хоріальних ворсинок, інвазивний цитотрофобласт та децидуоцити фрагментів децидуальнозміненого ендометрію.

Згідно проведеного аналізу цифрових копій оптичних зображень методом комп'ютерної мікроспектрофотометрії показник R/B у цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок при гіперандрогенії у середньому становив  $1,19 \pm 0,017$  проти  $1,05 \pm 0,011$  у групі порівняння ( $P < 0,001$ ). В ендотелії хоріальних ворсинок при гіперандрогенії показник R/B характеризувався середньою величиною  $1,07 \pm 0,019$ , і це статистично у середньому не відрізнялося від групи порівняння -  $1,04 \pm 0,011$  ( $P > 0,050$ ). В інвазивному цитотрофобласті фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник R/B склав  $2,19 \pm 0,012$ , що приблизно у два рази перевищувало показники групи порівняння -  $1,09 \pm 0,010$  ( $P < 0,001$ ). У децидуоцитах фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник R/B також приблизно у двічі ( $2,34 \pm 0,016$ ) перевищував ( $P < 0,001$ ) середні дані групи порівняння ( $1,15 \pm 0,014$ ). У клітинах Гофбауера хоріальних ворсинок при гіперандрогенії показник R/B характеризувався середньою величиною  $1,16 \pm 0,018$ , і це статистично у середньому не відрізнялося від групи порівняння -  $1,13 \pm 0,014$  ( $P > 0,050$ ).

Отже, дослідження абортивного матеріалу показують, що при гіперандрогенії процеси окиснювальної модифікації білків помірно інтенсифікуються в трофобласті хоріальних ворсинок, удвічі інтенсифікуються в інвазивному цитотрофобласті та децидуоцитах фрагментів децидуальнозміненого ендометрію, але не змінюються в ендотелії судин хоріальних ворсинок та клітинах Гофбауера

Згідно проведеного аналізу цифрових копій оптичних зображень методом комп'ютерної мікроденситометрії при гіперандрогенії оптична густина специфічного забарвлення на вільні аміногрупи білків у цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок у середньому становила  $0,208 \pm 0,0014$  од. опт. густини проти  $0,198 \pm 0,0012$  од. опт. густини у групі порівняння ( $P = 0,002$ ).

В ендотелії хоріальних ворсинок при гіперандрогенії показник «оптична густина специфічного забарвлення на вільні аміногрупи білків» у цитоплазмі характеризувався середньою величиною  $0,201 \pm 0,0015$  од. опт. густини, і це статистично не відрізнялося від групи порівняння -  $0,197 \pm 0,0014$  од. опт. густини ( $P > 0,050$ ). В інвазивному цитотрофобласті фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник «оптична густина специфічного забарвлення на вільні аміногрупи білків» склав  $0,314 \pm 0,0012$  од. опт. густини, що приблизно у 1,5 рази перевищувало показники групи порівняння -  $0,204 \pm 0,0013$  од. опт. густини ( $P < 0,001$ ). У децидуоцитах фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник R/B також приблизно у 1,5 рази ( $0,316 \pm 0,0017$  од. опт. густини) перевищував ( $P < 0,001$ ) середні дані групи порівняння ( $0,206 \pm 0,0016$  од. опт. густини). У клітинах Гофбауера при гіперандрогенії показник «оптична густина специфічного забарвлення на вільні аміногрупи білків» у цитоплазмі характеризувався середньою величиною  $0,228 \pm 0,0017$  од. опт. густини, і це статистично у середньому не відрізнялося від групи порівняння -  $0,224 \pm 0,0018$  од. опт. густини ( $P > 0,050$ ).

Таким чином, дослідження абортивного матеріалу показують, що при гіперандрогенії процеси протеолізу помірно інтенсифікуються в трофобласті хоріальних ворсинок, приблизно у 1,5 рази інтенсифікуються в інвазивному цитотрофобласті та децидуоцитах фрагментів децидуальнозміненого ендометрію, але не змінюються в ендотелії судин хоріальних ворсинок та клітинах Гофбауера.

**Гресько М.Д.**  
**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ**

*Кафедра акушерства і гінекології  
Буковинський державний медичний університет*

Клімактеричний синдром (КС) виникає на тлі збереженого ритму менструацій у 8,5% жінок, затримок менструацій до 3-9 місяців у 29% і в перший рік постменопаузи у 62,5%. Тяжкий перебіг КС, який визначають за індексом Купермана, спостерігається у третини жінок, середня тяжкість — в кожній другій, легка форма — у 15% жінок. Обмінно-ендокринні розлади в жінок у перименопаузі характеризуються порушенням жирового обміну за «гіноїдним» та «андроїдним» типом у 33,5% випадків, гіперандрогенією у 19,7% і зниженням функції щитоподібної залози у 27,8% пацієнток.

Зміни системних метаболічних процесів характеризуються наявністю гіперхолестеринемії, зниженням рівня холестерин-ліпопротеїдів високої щільності, підвищенням холестерин-ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів, а також зниженням мінеральної щільності кісткової тканини у 21-25% випадків, що є чинниками ризику розвитку як серцево-судинних захворювань, так і остеопорозу.

З одного боку, як вважають, велика частина патологічних явищ, що виникають у періоди пери- і постменопаузи, пов'язана з дефіцитом естрогенів і піддається корекції замісною гормональною терапією (ЗГТ). Це такі симптоми, як вегето-судинні припливи (пітливість у нічний час), депресія, хронічні стани — серцево-



судинні порушення, остеопороз, що часто виникають у перименопаузі. З іншого боку, у постменопаузі збільшується частота багатьох захворювань, що відображають біологічне старіння організму. Виникають урогенітальні порушення, депресія, більш пов'язані із соціальним і культурним становищем жінки, паркінсонізм, хвороба Альцгеймера, онкологічні захворювання, цукровий діабет. Важливим є поняття «вікна терапевтичного впливу» для раннього призначення ЗГТ в період менопаузального переходу та перименопаузи, особливо при передчасній або ранній менопаузі, з метою попередження обмінних захворювань. При менопаузі більш 10 років це вікно «зачинається». Дози, режими та шляхи введення гормонів в організм жінки повинні бути індивідуальні з урахуванням віку, супутніх захворювань та інших факторів.

В Україні вчені, які займаються цією проблемою, намагаються зруйнувати домінуючу точку зору про невтручання в природний біологічний процес старіння організму і пасивне спостереження за інволютивними процесами. Клініцисти не завжди приділяють належну увагу наслідкам дефіциту естрогенів у віддаленій термін постменопаузи, що проявляється розвитком метаболічного синдрому, зростанням серцево-судинних захворювань, остеопорозу. Дотепер не було єдиної думки щодо тактики диференційованого підходу при призначенні ЗГТ з обліком наявних системних порушень у жінок.

Залишається багато невирішених питань, які потребують подальшого вивчення: насамперед оцінка ступеня користі і ризику при довгостроковій ЗГТ у зв'язку з онкологічною настороженістю лікаря через реакцію гормонозалежних органів-мішеней (ендометрію, молочних залоз) на проведені лікування та інші. Протягом останніх років з'явилася можливість прогнозувати розвиток остеопенії та остеопорозу у зв'язку із впровадженням денситометрії і біохімічних маркерів, що стало підставою для застосування препаратів, які нормалізують обмін кальцію в організмі для профілактики і лікування остеопорозу. виникли можливості альтернативного лікування патологічного перебігу клімактерію в тих пацієнток, яким протипоказана ЗГТ: застосування фітоестрогенів, фітогормонів, селективних модуляторів естрогенових рецепторів на тлі раціональної дієти, бальнеотерапії, гіпноугестивних методів впливу, індивідуального підходу до лікування метаболічного синдрому, ішемічної хвороби серця, атеросклерозу у цього значного вікового контингенту жінок України.

**Дикусаров В.В.**  
**РОЛЬ ПРЕЕКЛАМПСІЇ В РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ**

*Кафедра акушерства і гінекології  
Буковинський державний медичний університет*

Найбільш частою патологією в сучасному акушерстві є плацентарна дисфункція, причини якої різноманітні, а наслідки непередбачувані. Групу ризику щодо виникнення плацентарної дисфункції складають жінки, у яких були передчасні пологи в анамнезі, гестози у попередніх вагітностях, більше 3 самовільних викиднів або завмерлих вагітностей, паління та систематичне вживання алкоголю під час вагітності, наявність екстрагенітальної патології, такої як цукровий діабет, геморагічні васкуліти, тромбоцитопатії, хронічні захворювання нирок та печінки, важкі форми анемії, ожиріння III-IV ступеня.

Частота плацентарної дисфункції досить висока і виявляється у 3-4% здорових жінок з необтяженим перебігом вагітності, а за наявності різних патологій — коливається від 24-46%. Майже у кожній другій жінки з прееклампсією розвивається плацентарна дисфункція.

Метою дослідження було оцінка ефективності використання поліферментної суміші «Поліензим-4» в профілактиці та лікуванні плацентарної дисфункції у вагітних з прееклампсією.

В основу роботи покладено комплексне обстеження 30 вагітних жінок з прееклампсією, щодо ризику виникнення плацентарної дисфункції. Основну групу склали 20 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, яким проводили терапію, запропоновану нами схемою.

Контрольну групу склали 12 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, які не отримували терапії поліферментною сумішшю. Комплексне обстеження включало вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу, загальне клінічно-лабораторне обстеження, визначення особливостей перебігу даної вагітності пологів та післяпологового періоду. Оцінювали основні характеристики гемостазіограми: час рекальцифікації, активованій парціальній тромбопластиновій час, активність тромбіну III, індекс спонтанної агрегації тромбоцитів. Діагностика плацентарної дисфункції базувалася на основі клінічного дослідження, даних ультразвукової діагностики, кардіомоніторного спостереження, результатів гістологічного дослідження плацент після народження. Вік жінок як основної так і контрольної групи був приблизно однаковим і коливався в межах від 20 до 37 років. Середній вік склав в основній групі  $26,8 \pm 0,76$  років, в контрольній —  $26,4 \pm 0,80$  років.

В ході проведення клінічно-статистичного аналізу нам вдалося з'ясувати, що серед жінок досліджуваних груп за соціальним статусом переважно більшість склали службовці — 45%. Під час вивчення репродуктивної функції, встановлено, що обидві групи склалися з повторно вагітних. У жінок обох груп в анамнезі були самовільні викидні та штучні переривання вагітності. Вивчаючи супутню екстрагенітальну патологію у жінок обох груп, з приблизно однаковою частотою виявлялись такі захворювання як ожиріння, хронічні захворювання нирок і печінки, артеріальна гіпертензія.

Таким чином, досліджувані групи жінок були паритетними за віком, соціальним статусом, акушерсько-гінекологічним анамнезом та супутньою екстрагенітальною патологією.

Лікування плацентарної дисфункції проводилось серед жінок основної групи в терміні 20-36 тиж. гестації. Вагітні отримували ензімофітопрепарат «Полізім-4», створений на основі лікарських трав Криму та