

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

розробка та впровадження ефективних профілактичних стратегій для жінок із низькою плацентацією є надзвичайно актуальною задачею сучасної акушерської практики.

Мета дослідження. Мета дослідження полягає в розробці та клінічній оцінці ефективності комплексу профілактичних заходів для зниження ризику розвитку плацентарної дисфункції та пов'язаних з нею акушерських ускладнень у вагітних з низьким розташуванням плаценти.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 119 вагітних із низькою плацентацією. Основну групу склали 64 жінки, яким проводили профілактику ускладнень за допомогою спеціально розробленого комплексу лікарських засобів, контрольну — 55 жінок, які не отримували профілактичної терапії. Профілактичний комплекс включав лютеїну, екстракт гінкго білоба, фолію та біолектру.

Результати дослідження. Результати показали, що запропонована терапія значно знижує частоту ускладнень вагітності. У першому триместрі загроза переривання вагітності з кровотечею відзначалася у 10,9% вагітних основної групи, що значно менше порівняно з 25,5% у контрольній групі ($p < 0,05$). Загроза переривання без кровотечі також була значно меншою — 29,7% проти 56,4% у контрольній групі ($p < 0,05$).

У другому триместрі зберігалися ті ж тенденції. В основній групі частота загрози передчасних пологів склала 12,5%, тоді як у контрольній — 27,3% ($p < 0,05$). Передчасне відшарування плаценти спостерігалось у 6,3% випадків в основній групі, що значно менше порівняно з 20,0% у контрольній ($p < 0,05$). Фетоплацентарна дисфункція виникала у 18,8% жінок основної групи та у 36,4% контрольної групи ($p < 0,05$), а СЗРП спостерігався у 4,7% проти 16,4% у контрольній групі ($p < 0,05$).

Аналіз перебігу пологів показав, що у 93,7% жінок основної групи пологи були терміновими, а передчасні пологи трапилися лише у 6,3% випадків, що є значно нижчим порівняно з контрольною групою (80,0% термінових та 20,0% передчасних пологів, $p < 0,05$). Крім того, патологічні пологи в основній групі траплялися у 4,4 рази рідше ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз ультразвукових показників виявив значну різницю між групами. У жінок основної групи частота III ступеня зрілості плаценти була у 2,24 рази меншою порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$), що свідчить про менший ризик розвитку ПД. Структурні зміни плаценти (петрифікати, лакуни, кальцинати) спостерігалися лише у 17,2% вагітних основної групи, порівняно з 47,3% у контрольній групі ($p < 0,05$).

Міграція плаценти в основній групі відбулася у 92,2% вагітних, тоді як у контрольній групі цей показник був у 2,1 рази нижчим — лише 16,4%. Оперативне розродження шляхом кесаревого розтину в основній групі проводилося у 12,5% випадків, що також є нижчим порівняно з контрольною групою (20,0%).

Висновки. Запропонований комплекс профілактичних заходів для вагітних з низькою плацентацією є ефективним у зниженні частоти плацентарної дисфункції, ускладнень вагітності та пологів, що дозволяє покращити прогноз як для матері, так і для плода.

Приймак С.Г.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОХОДЖЕННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Позаматкова вагітність є однією з актуальних проблем гінекології ХХІ ст. Згідно з даними проведених досліджень Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я зафіксовано, що з кожним роком динаміка випадків позаматкової вагітності невпинно росте: вплив екології на фізичний стан жінок, збільшення частоти витоку радіоактивних елементів у атмосферу, збільшення випадків вроджених дефектів у немовлят безпосередньо впливає на кількість приросту населення. Усе ці причини актуалізують дослідження проблеми позаматкової вагітності в пренатальний період I триместру.

Мета дослідження. Проаналізувати основні фактори ризику походження позаматкової вагітності та виявити причинно-наслідковий зв'язок генетичного анамнезу між матір'ю та дитиною.

Матеріали та методи. До факторів ризику утворення позаматкової вагітності належать: запальні інфекційні та неінфекційні захворювання репродуктивної системи, хірургічні втручання на органах малого тазу, діагностована раніше позаматкову вагітність, вплив шкідливих звичок таких, як паління, вживання алкоголю або наркотиків, тощо. На початку ХХІ ст. світові учені та дослідники почали активно досліджувати царину генетики. Згідно з цими дослідженнями було виявлено вплив сумісності крові матері та батька на подальший розвиток плода. Американський лікар-учений Люсіль Пекард пише, що несумісність крові або клітинної несумісності обох батьків може призвести не тільки до такого ускладнення як позаматкова вагітність, а й, навіть, хромосомної дегенерації, що може проявитись через покоління. «Резус-захворювання виникає під час вагітності. Це трапляється, коли резус-фактори в крові мами та дитини не співпадають. Це також може статися, якщо матір і дитина мають різні групи крові». На нашу думку можна стверджувати, що структура клітин як у жінки так і в дитини має двосторонній характер: як організм матері впливає на розвиток плідного яйця, так і дитина може змінювати будову клітин вагітної жінки.

Результати дослідження. Вивчаючи цю проблему ми виявили, що після пологів у жінки може змінюватися резус фактор або навіть група крові, проте, ці зміни, ймовірно, можуть бути закладені на генетичному рівні. Однією з припущень учених є те, що бабусі жінок з позаматковою вагітністю теж мали подібні симптоми, тому, як наслідок, через покоління може відбутись не лише таке захворювання, але й призвести до безпліддя їхніх потомків, при чому як у дівчаток, так і в хлопчиків.

Висновки. Враховуючи вищезгадані фактори ми можемо констатувати, що більшість учених займаються дослідженнями позаматкової вагітності виключно фізіологічною точки зору, однак, на нашу думку, варто з акцентувати увагу щодо дослідженої проблематики з позиції генетики. Це дозволить виявити патологічні зміни у жінок на ранньому етапі вагітності та попередити ризики безпліддя та мутаційного хромосомного генофонду.

Ринжук Л.В.

ОЦІНКА СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЕМБРІОНА ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР У РАННІЙ ТЕРМІН ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Ультразвукове дослідження органів малого тазу є провідним методом, що використовується в акушерсько-гінекологічній практиці з метою: розпізнавання вагітності раннього терміну (ВРТ), визначення її строку, оцінки стану плідного яйця (ПЯ) в порожнині матки (М), поточення анатомічних та функціональних особливостей матки і яєчників, послідовний уз-моніторинг протягом всієї вагітності. Мінімальний термін ехографічної маніфестації – 3 тижні вагітності: трансабдомінально (5-7%), трансвагінально (66-70%). Починаючи з терміну 5-6 тижнів визначається ембріон у вигляді компактного тканинного утворення овальної або дисковидної форми довжиною 3-5 мм, неоднорідної ехоструктури, а також наявність пульсації ембріона – СБ. При проведенні ультразвукового дослідження починаючи з моменту найбільш ранньої реєстрації серцевих скорочень мають місце різноманітні чисельні показники, що не вкладаються у розуміння прийнятої в загальному сенсі частоти ЧСС, а саме 110-170 уд за 1 хв. Провідна система серця (ПСС) — система, яка проводить збудження в серці — складається з атипових м'язових волокон, густо переплетених нервовими елементами. Формування даного функціонального ланцюга та забезпечення єдиного ритму скорочення завершується до 8 тиж.ваг. З іншого боку, серед ознак можливого ускладненого перебігу ранніх термінів вагітності є також зниження ЧСС у ембріона.