

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**



Актуальним та перспективним є застосування в комплексній профілактиці та лікуванні гострого пієлонефриту медичного озону, який має багатофакторну неспецифічну дію. Озонотерапія стимулює гормонопродукуючу функцію фетоплацентарного комплексу, посилює активність імунітетних клітин, збільшує рівень гемоглобіну, покращує реологію і киснево-транспортну функцію крові, підвищує парціальний тиск кисню в крові, активує ферментні системи антиоксидантного та неспецифічного захисту організму, проходить зниження інтоксикації. Все це може бути використане на всіх рівнях патогенетичної терапії різних ускладнень гестаційного процесу.

Нами проведений аналіз 30 історій пологів жінок міського клінічного пологового будинку №1 м. Чернівці, у яких були діагностовані запальні процеси сечової системи. Загострення хронічного пієлонефриту було виявлено у 14 пацієнток, гострий пієлонефрит діагностували у 16 вагітних. Вагітні були розділені на 2 групи: 18 жінок першої (основна група) групи, додатково до базисної антибактеріальної терапії, отримували озонотерапію у вигляді щоденного внутрішньовенного крапельного введення 400 мл озонованого 0,9%-ного розчину натрію хлориду (отриманого за допомогою апарату «Наdejда»), з концентрацією насичення озон-кисневої суміші 400 мкг/л, 6–8 сеансів на курс. Решта 12 вагітних (друга – контрольна група) лікувались за традиційною схемою, без застосування озонотерапії. Порівнювались клініко-лабораторні показники: клініко-біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, проби за Зимницьким, за Нечипоренком, бактеріологічні дослідження сечі і виділення з піхви, УЗД плода і нірок, вивчали перебіг пологів та стан новонароджених.

Діагноз гострого гестаційного пієлонефриту виставлений тільки 20% вагітних. У інших 80% випадках розцінені як загострення хронічного пієлонефриту.

Серед 30 вагітних загроза переривання вагітності в різні терміни спостерігалася у 7 (23,3%), ранні гестози - у 10 (33,3%), анемія вагітних - у 26 (86,6%). Патологічна кровотеча в пологах відмічалася у 6 (20%), аномалії скоротливої діяльності матки – у 10 (33,3%). При бактеріологічному дослідженні сечі було виявлено різні асоціації мікроорганізмів: *Escherichia coli* – 11 (36,6%), *Staph. aureus* - 11 (36,6%), *Staph.epiderm.* - 8 (26,6%), *Klebsiella* – 3 (10%), *Proteus* – 1 (3,3%), *Candida* – 10 (33,3%). У піхвових виділеннях, методом простої мікроскопії, виявлена *Candida* (56%) і *Trichomonas vaginalis* (10%), що також можуть викликати запалення в нирках.

Після перших процедур відмічали позитивну динаміку – зменшення набряку тканин та інтоксикації. В основній групі вагітних на 3 дні раніше відбувалось зниження клінічних проявів пієлонефриту. Після 5-6 сеансів у 65% хворих повністю зникав больовий синдром, нормалізувалась температура тіла та сон. Після першого тижня лікування загальний аналіз сечі нормалізувався у 16 (88,8%) вагітних основної групи. Це дозволило досягти не тільки високого клінічного ефекту, але й скоротити термін лікування вагітних. У контрольній групі цей показник нормалізувався лише наприкінці другого тижня.

При повторному бактеріологічному дослідженні було виявлено, що у хворих основної групи нормалізація мікрофлори відбувалась на 10 добу, а у 6 вагітних (50%) контрольної групи – на 15 добу. Кількість патологічних пологів у вагітних основної групи скоротилася на 14%.

Запропонований комплекс лікування з озонотерапією є ефективним і безпечним при лікуванні пієлонефриту у вагітних. Він сприятливо впливає на перебіг вагітності, знижує рівень інфекційних та перинатальних ускладнень, сприяє більш швидкій та повній нормалізації відхилень у показниках крові, зниженню бактеріального обсіменіння.

Доведена ефективність комплексної дії озонованих розчинів шляхом озонотерапії, при лікуванні гострого пієлонефриту, яка потребує широкого використання у акушерсько - гінекологічній практиці.

**Печеряга С.В.**

## **СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ АНОМАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ В РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Серед причин, які негативно впливають на функціонування фетоплацентарної системи, важливу роль відіграють аномалії прикріплення плідного яйця. Низька плацентарна прикріплення при вагітності, як правило, супроводжується зниженням плацентарного кровотоку, що зумовлено характером васкуляризації нижніх відділів матки. Недостатня інвазія трофобласта в ділянці плацентарного ложа веде до оклюзії спіральних та матково-плацентарних артерій, за рахунок чого порушується плацентарна перфузія, що, у свою чергу, призводить до розвитку дисфункції плаценти. Проблема плацентарної дисфункції тісно пов'язана зі системою гемостазу, через яку реалізуються найважчі ускладнення функції фетоплацентарного комплексу. В останні роки достатньо уваги приділено вивченню вторинних дефектів у системі гемостазу при низькому розташуванні плаценти в II і III триместрах вагітності. У ранні терміни гестації не досліджувалися і не зустрічаються дані змін у системі гемостазу при низькому розміщенні хоріона.

Метою дослідження було дослідити зміни показників фібринолітичної системи у крові вагітних із низьким розміщенням хоріона в I триместрі гестації.

Під нашим спостереженням було 95 вагітних. Основну групу дослідження склали 50 вагітних із низьким розміщенням хоріона, з них 25 жінок у терміні гестації 5-8 тижнів та 25 – у 9-12 тижнів. Контрольну групу склали 45 вагітних із розміщенням хоріона в тілі та дні матки, відповідно в 5-8 тижнів – 22, у 9-12 тижнів – 23 вагітних. Оцінювали показники фібринолітичної системи. Дослідження проводилося за допомогою наборів



реактивів науково-виробничої фірми “Simko-Ltd”, Львів. Цифрові результати оброблені за адекватними методами статистики. Розбіжності між групами дослідження обраховані за допомогою критерію Стьюдента.

Аналіз дослідження показав, що у вагітних у терміні гестації 5-8 тижнів при низькій плацентациї, відбувається вірогідне посилення Хагеман-залежного фібринолізу і одночасне прискорення лізису еуглобулінового згустка при дослідженні потенціальної активності плазміногену ( $p < 0,05$ ). Це говорить про достатнє насичення плазми крові основним фібринолітичним агентом – плазміногеном. За рахунок того, що підвищена активність фактора Хагемана, який є головним плазменним активатором плазміногену, загальна фібринолітична активність крові також підвищується.

Нами не виявлено вірогідної різниці між дослідною та контрольною групами у сумарній (ферментативній та неферментативній) фібринолітичній активності плазми. Хагеман-залежний фібриноліз при низькому розміщенні хоріону в 9-12 тижнів гестації, залишався прискореним (порівняно з вагітними контрольною групою), як і у 5-8 тижнів гестації ( $p < 0,05$ ).

Натомість нами знайдено вірогідну різницю у часі лізису згустка при вивченні потенційної активності плазміногену (ПАП) між основною та контрольною групами в 9-12 тижнів,  $p < 0,05$ . У жінок із аномальним розміщенням хоріону було зазначено також зниження порівняно зі здоровими вагітними активності фібрин-стабілізуючого фактора XIII Лакі-Лоранда,  $p < 0,05$ .

При визначенні концентрації фібриногену виявлено його достовірне зниження у пацієток з низьким прикріпленням хоріону у 9-12 тижнів гестації у порівнянні з контролем ( $p < 0,05$ ). Також відмічалася тенденція до зниження даного показника у вагітних в 5-8 тижнів гестації, хоч різниця показників фібриногену і не була достовірною ( $p > 0,05$ ).

Таким чином можна зазначити, що фібринолітична активність сироватки крові у вагітних при низькому розміщенні хоріону дещо підвищується протягом першого триместру. Це відбувається за рахунок збільшення впливу плазменних активаторів фібринолізу (зокрема, фактору Хагемана) на тлі нормальної активності плазміногену. Як наслідок, фібринолітична система не реагує належним чином на зниження загального коагуляційного потенціалу крові у вагітних із низьким розміщенням хоріону.

**Приймак С.Г.**

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО – КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ПАЦІЄТОК З МІОМОЮ МАТКИ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Результати досліджень останніх років показали високу частоту патологічних змін у молочних залозах при різних гінекологічних захворюваннях. У 60-92% жінок гіперпластичні процеси жіночих статевих органів поєднуються з доброякісними захворюваннями молочних залоз. Серед хворих на мастопатію частота гінекологічних захворювань становить 84,6%. Це обумовлено єдністю патогенезу процесів, що відбуваються в органах мішенях: матці і молочних залозах. Основними ланками патогенезу міоми матки і доброякісних захворювань молочних залоз є порушення гормонального фону, активація сигнальних шляхів клітинної проліферації, пов'язаних з експресією факторів росту і неоангіогенезу, а також пригнічення апоптозу. У зв'язку з цим постає питання про пошук терапевтичних методів, які впливають на механізми, що викликають розвиток патологічного процесу.

Метою нашого дослідження було вивчення стану молочних залоз у хворих міомою матки, закономірностей поєднання пухлини матки з різними формами доброякісних захворювань молочних залоз і їх динаміки на тлі негормональної консервативної терапії міоми матки.

Комплексне гінекологічне та мамологічне обстеження і лікування пройшли 56 пацієток, що страждали на міому матки. Критеріями включення хворих у дослідження була наявність міоми матки, що протікала з маловираженою клінічною симптоматикою, що дозволило проведення консервативного лікування. Критерієм виключення - виявлення злоякісної патології органів репродуктивної системи або іншої локалізації. Вік жінок коливався від 28 до 49 років (середній вік  $38,5 \pm 0,5$  року). З них, 5,8% пацієток знаходилися в репродуктивному віці, 38,4% хворих - в пізньому репродуктивному і 55,8% - в пременопаузальному. При обстеженні були використані загальноприйняті методи: клініко-анамнестичні, ультразвукове дослідження молочних залоз і геніталій, рентгеномаммографія, гістероскопія з діагностичним вишкрібанням ендометрія, цитологічне дослідження виділень з соска. Ні в одному випадку спостережень не відзначено погіршення стану молочних залоз. Також не було зареєстровано ускладнень і побічних ефектів при прийомі «Квінолу».

Таким чином, аналіз результатів проведеного дослідження показав, що патологічні зміни молочних залоз у хворих міомою матки виявлялися у вигляді різних форм фіброзно-кістозної хвороби і доброякісних пухлин. Найбільш часто зустрічалася дифузна форма ФКХ з переважанням фіброзного компонента - вона відзначена більш ніж у половини хворих (54,7%), при цьому з однаковою частотою вона виявлена у пацієток пізнього репродуктивного та пременопаузального віку ( $p > 0,10$ ).

На тлі консервативної негормональної терапії міоми матки спостерігалася виражена позитивна динаміка в перебігу різних форм доброякісних захворювань молочних залоз. Терапія «Квінолом» виявилася ефективною в лікуванні пацієток з різними формами фіброзно-кістозної хвороби: зазначено купування клінічних симптомів мастодинії у 63,4% хворих, зменшення їх вираженості у 22,5% пацієток, нормалізація