

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



Серед вагітних основної групи переважали жінки із ОЖ I ст. – 75,0% (n=54), решту склали жінки з ожирінням II-III ст. – 25,0% (n=18). Спостерігали вірогідне зростання вмісту ЗХС, ТГ, ХС ЛПНГ та індексу атерогенності (ІА) у вагітних із ожирінням II-III ст. у порівнянні з такими із ОЖ I ст. на 15,1% (p<0,01), 13,1% (p<0,01), 13,6% (p<0,01), 30,7% (p<0,001), відповідно, та практично здоровими вагітними у 1,6; 1,9; 1,9; 3,4 рази (p<0,001). ХС ЛПВГ був нижчим теж у вагітних із ОЖ II і III ст., ніж у таких контрольної групи у 1,62 рази (p<0,001) та вагітних із ОЖ I ст. – у 1,2 рази (p=0,046).

Проявляється чітка тенденція залежності появи дисліпідемій від наявності D-алеля гена ACE та зниження антиатерогенних компенсаторних властивостей у вагітних із 4G4G - генотипом гена PAI-1. Окрім того, у нашому дослідженні рівні загального холестерину, ТГ, ХС ЛПНГ мають чіткий вірогідний вплив на посилення процесів тромбіно- та фібриногенезу за зовнішнім механізмом особливо у жінок із 4G4G-генотипом гена PAI-1 та DD/4G4G-гаплотипом, що підтверджується негативною кореляцією ХС ЛПВГ із рівнем фібриногена у цих же пацієнток. Найбільш сприятливим у плані попередження тромботичних ускладнень, за впливом показників ліпідів на гемостаз, є ID/4G5G - гаплотип.

**Гошовська А.В.**

### **УЛЬТРАЗВУКОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖОВТОЧНОГО МІШКА В ПЕРІОДІ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК НА ФОНІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищого державного навчального закладу України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Одним з найважливіших пускових механізмів розвитку ПД є дифузно-перфузійна недостатність матково-плацентарного, внутрішньо-плацентарного та плодо-плацентарного кровообігу. При цьому спостерігаються порушення транспортної, трофічної, ендокринної, метаболічної та антиоксидантної функцій плаценти, що і призводить до патології плода та новонародженого.

Для оцінки функціонального стану ФПК на етапі формування первинної плацентарної дисфункції на фоні запальних захворювань ЖСО нами було застосовано визначення ехографічних параметрів екстраембріональних структур (жовточного мішка), у жінок основної та контрольної груп у 6-7 та 12-14 тижнів гестації. Згідно поставленої мети було проведено ультразвукове дослідження 67 жінкам в 6-7 та 12-14 тижнів гестації. Основну групу склали 37 жінок з ознаками запальних захворювань жіночих статевих органів, контрольну групу склали 30 жінок практично здорові.

За результатами УЗД у жінок основної групи виявлено особливості локалізації хоріону, плаценти, розширення міжворсинкового простору (МВП) та альтеративні зміни: наявність в її структурі інфарктів, псевдоінфарктів, підвищеної кількості кальцинатів, петрифікатів, зміни товщини та порушення термінів дозрівання плаценти.

При дослідженні об'єму жовточного мішка користувались за допомогою трьохмірної програми VOCAL, оцінка судинного компоненту проводилася на основі визначення індексу васкуляризації (VI) та індексу кровотоку (FI).

Для діагностики жовточного мішка (внутрішньо-ембріональна структура, яка виконує поживну, кровотворну функції в перші тижні гестації) визначали розташування, форму, розміри СВД (середній внутрішній діаметр) жовточного мішка (у жінок обстежених груп). Встановлено, що діаметр жовточного мішка у жінок контрольної групи сягав більше 10 мм (в терміні більше 5 тижнів), у вигляді кільця білого кольору діаметром від 12 мм (6-7 тижнів), до 17 мм (10-12 тижнів). Слід зазначити, що у переважної більшості жінок основної групи відмічалось витончення у 21 (56,7%) діаметру жовточного мішка у терміні 6-7 тижнів гестації, який сягав 5-6 мм у 29 (78,4%) жінок, у терміні 10-11 тижнів - 8,5 мм у 26 (70,5%) жінок, а у терміні 12-14 тижнів гестації – 10 мм у 29 (78,4%) жінок.



При діагностиці форми жовточного мішка встановлено, що у жінок контрольної групи зафіксовано округлу форму у 26 (86,7%) та овальну форму у 4 (13,3%) проте як у жінок основної групи було відмічено деформацію жовточного мішка у 31 (88,6%) випадків у вигляді тяжистого валика, півмісяця, подвоєного овалу. Такі зміни, які відмічались у деформації жовточного мішка у переважної більшості жінок основної групи вказували високий ризик загрози переривання вагітності в I триместрі гестації та формування первинної плацентарної дисфункції на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів.

В більш пізніші терміни гестації у жінок контрольної групи жовточний мішок мав тенденцію до розсмоктування і не візуалізувався на екрані, проте як у жінок основної групи 21 (60%) розсмоктування жовточного мішка відбувалось значно раніше (до 10 тижнів гестації). Передчасне розсмоктування жовточного мішка у жінок основної групи свідчив, про те, що ембріон переставав отримувати необхідні для його розвитку речовини, порушувався синтез гормонів, ферментів, що призводило до внутрішньоутробної загибелі ембріону та самовільного викидню.

**Hresko M.D.**

### **PATOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF ATROPHIC VAGINITIS**

*Department of Obstetrics and Gynecology  
Higher State Educational Institution of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

Physiological and structural changes that occur within the vulvovaginal mucosa lead to the condition commonly called atrophic vaginitis (AV).

Atrophic vaginitis usually occurs in the postmenopausal patient, when estrogen levels are low and no longer support glycogenization of the vaginal epithelium. The histopathology of atrophic vaginitis is characteristically that of a nonglycogenized epithelium. The epithelium may be attenuated, comprised of no more than four to six cell layers, but may be normal in thickness, with uniform, slightly pale to homogeneous nuclei and smooth, uniform-appearing chromatin. If coexisting inflammation is present, the distinction between atrophic vaginitis and HSIL may be difficult but can be made easily by immunostaining for a proliferative marker, such as Ki-67. Premenopausal patients may also experience atrophic vaginitis when they undergo surgical removal of the ovaries. Women with such conditions as endometriosis or uterine fibroids may take medications that decrease estrogen; as a result, they can experience subsequent atrophic vaginitis.

Upon examination, clinicians will note atrophic changes of the labia major and minor, which may include dryness and loss of subcutaneous fat; vulvar lesions and sparse pubic hair are commonly seen.

Signs of atrophy on examination begin with an alkaline vaginal pH; an increase of the pH to 6 to 7.5 signifies the loss of the normal acidity of the vagina with falling estradiol levels. Vaginal pH is tested with pH paper. The periurethral tissue may show the first signs of atrophy because it is the most estrogen-sensitive area. As atrophy worsens, introital stenosis, a narrowed vagina with a small flattened cervix, and a stenotic cervical so can also be found.

Diagnosis of vulvar disorders requires a detailed history, examination, and biopsy when indicated. Of note, while bacterial vaginosis, candidal vaginitis, and trichomonal vaginitis are uncommon among postmenopausal women, they may occur in those individuals with risk factors.

Diagnosis of AV is chiefly clinical, initiating with the determination of specific symptoms including vaginal dryness, burning, pruritus, abnormal discharge, and dyspareunia. Symptoms may be more prominent in nonwhite women, those with diabetes, women who have a lower body mass index, and those who are younger at the time of menopause; more severe symptoms may appear in women who have not experienced a vaginal delivery.

In general, atrophic vaginitis is more problematic clinically, colposcopically, and cytologically than histologically.