

**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



Особливу увагу привертають кровотечі в ранніх термінах гестації з так званої «вільної» зони ендометрію, яка незайнята плідним яйцем. Лише в 14-16 тижнів плідне яйце виповнює всю порожнину матки. У «вільному» ендометрії також відбуваються децидуальні перетворення характерні для вагітності, гіперплазований ендометрій може некротезуватися та відшаровуватися, що призводить до появи кров'янистих виділень. Хоча ці процесами безпосередньо на плідне яйце не впливають, кров, яка накопичується в порожнині матки, сприяє підвищенню тонуусу міометрію. В свою чергу, надмірна збудливість матки порушує процесами інвазії трофобласта, формування матково-плацентарного кровотоку, що негативно впливає на подальший перебіг вагітності.

Метою дослідження було вивчити стан жовтого тіла при кровотечах, які не пов'язані з відшаруванням хоріону в I триместрі гестації.

Під нашим спостереженням були 34 пацієнтки в терміні вагітності 6-9 тижнів з кров'янистими виділеннями із статевих шляхів, у яких при ультразвуковому обстеженні не було діагностовано відшарування хоріону (основна група) та 30 вагітних з неускладеним перебігом гестаційного періоду (контрольна група). За віком, соціальним статусом, соматичним анамнезом групи були репрезентативні.

У всіх обстежених пацієнток жовте тіло яєчника представлене однокамерним утворенням округлої форми, стінка якого чітко візуалізувалася. Об'єм жовтого тіла у жінок основної групи становив $4,8 \pm 0,8$ см³, в контрольній групі – $5,1 \pm 0,65$ см³ ($p > 0,05$). Характер кровотоку в жовтому тілі визначали за даними індексу резистентності (IP), який в основній групі склав $0,55 \pm 0,04$, в контролі – $0,48 \pm 0,08$ ($p > 0,05$). Пульсаційний індекс артерії жовтого тіла у обстежених вагітних дорівнював $0,71 \pm 0,03$, порівняно з контролем – $0,68 \pm 0,04$ ($p > 0,05$). Індекс резистентності в яєчниковій артерії в досліджених групах майже не відрізнявся і становив відповідно $0,42 \pm 0,1$ та $0,41 \pm 0,08$ ($p > 0,05$). Такі ж самі тенденції були характерні і для пульсаційного індексу яєчкової артерії: в основній групі він становив $1,0 \pm 0,04$, в контрольній – $0,99 \pm 0,06$ ($p > 0,05$).

Таким чином, прогностичні маркери неблагоприємного перебігу вагітності (а саме з боку жовтого тіла) на ранніх стадіях при кровотечах не пов'язаних з відшаруванням хоріону, не виявлені. Це дає можливість корегувати кровотечі, використовуючи лише симптоматичну терапію, виключаючи гормональні засоби.

Маринчина І.М.

ОЦІНКА КРОВОТОКУ В СПІРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ В ДИНАМІЦІ I ТРИМЕСТРУ ГЕСТАЦІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В основі механізму, що забезпечує сталість матково-плацентарного кровотоку при прогресуванні вагітності, лежить зниження плацентарного опору плинку крові. При нормальному перебігу вагітності має місце адекватна васкуляризація термінальних ворсин і розвиток судинного русла плодової частини плаценти, що обумовлює зниження судинної резистентності в артерії пуповини і в її гілках. З урахуванням вищевикладеного нами проведено оцінку кровотоку у спіральних артеріях при фізіологічній вагітності в динаміці I триместру гестації.

Під спостереженням було 60 першовагітних з фізіологічним перебігом I триместру гестації, всі вагітні обстежені відповідно до наказу МОЗ України № 417. Ультразвукове дослідження проводили в динаміці із семи до 12 тижнів вагітності. За допомогою доплерометричних досліджень нами отримані спектри кривих швидкості кровотоку в спіральних артеріях, які доставляють кров безпосередньо до ворсинчастого хоріона. У спіральних артеріях усі індекси резистентності (СДС, IP, ПІ) у динаміці I триместру вагітності дещо знижувалися. Криві швидкості кровотоку спіральних артерій мають відносно високу швидкість діастолічного кровотоку, який зростає в динаміці I триместру. У свою



чергу, показники судинного опору в спіральних артеріях більш низькі порівняно з матковими. Оцінка характеру гемодинамічних кривих показала, що параметри периферичного судинного опору коливались у динаміці I триместру вагітності відповідно СДС – 2,57-2,7, ПІ – 0,55-0,6, ПР – 0,96-1,2. Криві швидкості кровотоку, а саме ПСШ і КДШ дещо зростали, показники середньої діастолічної швидкості (СДШ) і пікової швидкості усередненої за часом були достовірно незмінними.

У результаті аналізу отриманих даних було встановлено, що найбільша інтенсивність гемодинаміки в басейні маткових артерій у 11–12 тижнів гестації рееструвалася в групі пацієнок зі сприятливими наслідками вагітності. Отримані дані дозволили зробити висновок, що фізіологічному перебігу гестації найбільш притаманна відсутність реєстрації кровотоку в межворсинчатому просторі в першому триместрі вагітності. У динаміці I триместру гестації відмічається зниження індексів резистентності як у маткових, так і в спіральних артеріях, а швидкість кровотоку зростає, причому в спіральних артеріях ці процеси виражені більш суттєво.

Никифор Л.В.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ГІНЕКОЛОГІЇ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Згідно класифікації хірургічних ран, планові гінекологічні операції належать до I класу чистих ран, що передбачає, як правило, однократне введення антибіотиків (як правило цефалоспорино 2 покоління) за 30-60 хв до початку втручання.

Згідно з даними доказової медицини під хірургічною антимікробною профілактикою (АМП) розуміють дуже короткий курс призначення антимікробного препарату безпосередньо перед початком операції. АМП не є спробою стерилізації, а чітко спланованим заходом, спрямованим на зниження в критичний для пацієнта момент інтраопераційної мікробної контамінації до рівня, що не перевищує можливостей захисних сил його організму.

До групи ризику септичних післяопераційних ускладнень при планових втручаннях в гінекології відносять жінок, які мали вагінальні інфекції, дисбіотичні розлади вагіни впродовж певного часу (від 2-х до 5-ти років) до операції.

Дослідження ефективності альтернативних схем антибіотико-профілактики в гінекологічній клініці проводилося на базі гінекологічного відділення пологового будинку № 1 м. Чернівців. Ефективність схем антибіотико-профілактики вивчалась у жінок, яким проводились лапаротомні тотальні та субтотальні гістеректомії. Пацієнткам основної групи (35 пацієнок) проводилась доопераційна антибіотико-профілактика цефуроксимом 1,5 г внутрішньовенно за 30 хвилин до розрізу шкіри. В перші 6-12 годин після операції призначався один грам азітроміцину.

Критерієм відбору для дослідження пацієнок була наявність в анамнезі санованої інфекції вагіни впродовж двох років до оперативного втручання. Показами до гістеректомій в 52 (74%) випадках були симптоми лейоміомі, розміри яких в усіх випадках перевищували 12 тижнів вагітності.

У післяопераційному періоді субфебрилітет відмічався у 32 (91,4%) жінок основної групи та у 31 (88,5%) пацієнок групи контролю ($p > 0,05$). Фебрилітет (гіпертермія 37,3 °C) відмічався у 2 (5,7%) жінок основної групи, які отримували азітроміцин, та у 7 (20%) пацієнок групи стандартної антибіотико-профілактики ($p < 0,05$). В середньому, нормалізація температури в основній групі відбувалася на $3,1 \pm 0,2$ доби, в групі контролю – на $4,05 \pm 0,3$ доби ($p < 0,05$).

Тривалість періоду знеболення не мала достовірних відмінностей в обох групах. У той же час, явища післяопераційного парезу кишківника були у 3 (8,6%) пацієнок групи