

**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



обстежених, різної тривалості та інтенсивності та відхилення у формуванні репродуктивної системи. Серед всіх обстежених I групи спостерігали розлади менструальної функції у вигляді пубертатних менорагій, альгодисменореї, та гіперполіменореї.

В процесі дослідження рівня гормонів у двох групах виявлено суттєву різницю в показниках між основною та контрольною групою. Результати вивчення гормонального профілю дівчат-підлітків з менорагіями показали, що у них зростає концентрація естрадіолу в 1,14 рази, ФСГ в 1,32 рази, вільного тестостерону в 1,63 рази, суттєво знижується рівень прогестерону у 3,69 рази та ЛГ в 1,11 рази. Водночас слід зауважити, що зазначені зміни не виходили за межі референсних значень. Наведені дані свідчать про гіперестрогенію ( $p < 0,05$ ) та гіпопрогестеронемію ( $p < 0,05$ ) у більшості обстежених пацієнток порівняно з контрольною групою.

Отже, зростання випадків пубертатних менорагій та порушень менструального циклу в структурі гінекологічної патології серед дівчат-підлітків та недостатня ефективність загальноприйнятих методів лікування зумовлюють необхідність проведення подальших наукових досліджень та подальшого лікування порушення менструального циклу в дівчат пубертатного віку на тлі супутніх захворювань.

**Юзько О.М.**

### **ТРУБНО – ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ФАКТОР БЕЗПЛІДДЯ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Безпліддя трубного походження (код N97.1 МКХ-10) в структурі жіночого безпліддя складає від 35% до 60%. Нами проаналізовано 10088 безплідних пар, які звернулися по допомогу в КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці. Серед загальних причин безпліддя тільки трубний фактор діагностовано в 9,1% подружніх пар, поєднання трубного та чоловічого фактору спостерігалось у 2,05% випадків. Для діагностики прохідності труб та оцінки їх стану рекомендуються гістеросальпінгографія (ГСГ) або соносальпінгографія (HyCoSy), оскільки вони менш агресивні, економічно ефективні і можуть бути виконані в амбулаторних умовах без анестезії. Жінкам, у яких передбачаються супутні гінекологічні захворювання, повинна бути запропонована лапароскопія з оцінкою прохідності маткових труб і, за необхідності, операція в продовження діагностичної лапароскопії. Лікар повинен бути впевнений, що немає ніякої можливості вагітності безпосередньо перед початком проведення тестів, переважно шляхом виявлення в сечі або сироватці крові ХГЛ. Базова оцінка може включати в себе тестування антитіл до хламідій і проведення туберкульозної полімеразної ланцюгової реакції в ендемічних районах з високим рівнем поширеності даного захворювання.

При виборі методу лікування трубного безпліддя (хірургічна операція або запліднення ін вітро (ЗІВ)) слід враховувати вік пацієнтки, оскільки з його збільшенням знижується шанс на вагітність як при хірургії, так і при ЗІВ. Необхідно обстеження подружньої пари для виключення ановуляторних розладів і патоспермії, а при їх виявленні перевагу слід віддати ЗІВ. Наявність в анамнезі тазових запальних захворювань, тазової хірургії, позаматкової вагітності або ендометріозу, сумнівні дані ГСГ або HyCoSy обумовлюють перевагу лапароскопії. Слід враховувати готовність операційної бригади провести будь-який вид операції після діагностичної лапароскопії та згоду пацієнтки; точну доопераційну та інтраопераційну діагностику місця, ступеня та виду оклюзії труби, а також спайок для вибору методу операції: лапароскопії або лапаротомії з мікрохірургією; бажання пацієнтів та їх релігійні переконання.

Проблему ефективного лікування трубного безпліддя не можна вважати вирішеною. Реконструктивно-пластичні операції слід рекомендувати молодим пацієнткам із помірним гідросальпінксом за відсутності інших факторів безпліддя. При серйозних пошкодженнях маткової труби, що не підлягають відновленню, рекомендована сальпінгоектомія з метою



підвищення ефективності програми ЗІВ. Багато авторів рекомендують послідовне використання лапароскопії та ЗІВ, що припускає початкове застосування ендоскопії, а при її безуспішності впродовж 1-2 років після операції – проведення ЗІВ. Однак інші фахівці ставлять під сумнів доцільність хірургічного напрямку в лікуванні трубного безпліддя та рекомендують при будь-яких варіантах ураження маткових труб відразу застосовувати ЗІВ.

**Yuryeva L.M.**

**ASSESSMENT OF EFFECTIVE PRE-INDUCTION PREPARATION  
OF THE UTERINE CERVIX APPLYING FOLEY CATHETER**

*Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

During recent years the rate of labour induction has increased in the whole world. In developed countries one out of four neonates is born in time after induction of labour. One of the leading indications for pre-induction and induction of labour is prolonged pregnancy. Pre-induction and induction of labour is aimed to prevent prolonged pregnancy, as well as unfavourable intra- and postnatal complications. A progressive growth of the risk of possible complications increases since the 41<sup>st</sup> week of gestation, in case of prolongation of pregnancy the possibility of complications from the mother's and fetus side 15,-2 times increases.

Favourable outcome of labour is mostly determined by the readiness of a woman's organism for labour and initial condition of the uterine cervix. Therefore, timely and adequate preparation of pregnant women with prolonged pregnancy for labour, that is, achieving the effect of "mature" uterine cervix enables to expect uterine contractions without stimulation and decrease considerably the frequency of possible complications.

Today there are a number of mechanical methods to prepare the uterine cervix for labour including MEMBRAINSWEEP (digital detachment of the fetal membranes), balloon devices (double balloon, Foley catheter), laminaria, and hygroscopic dilators. In every particular case mechanical methods are chosen individually depending on obstetrical and clinical situations.

Advantages of balloon devices use are their efficacy comparable with pharmacological methods; low risk of uterine hyperstimulation; low risk of fetal distress syndrome; lack of side effects; lack of evidential base concerning a high risk of development of infectious complications (chorioamnionitis, endometritis, neonatal infection). In comparison with other mechanical methods it is the most economic. In the WHO recommendation letter (February 2018) balloon catheters are recommended to be used to induce labour including patients with uterine scar.

Therefore, the objective of the study was to assess the efficacy of pre-induction preparation of the uterine cervix by means of Foley catheter in women with prolonged pregnancy.

The retrospective analysis of 52 case records of pregnant women and women in childbirth and labour case histories was made on the basis of the Municipal Clinical Maternity Home №2 during the period 2014-2016.

The criteria to assess the efficacy of the method were maturation of the uterine cervix, beginning of uterine contractions without stimulation, the need of additional methods of induction, frequency of labour through the natural maternal passages, intranatal complications, frequency of surgical childbirth (cesarean section, vacuum extraction).

Prolonged pregnancy was the indication to perform pre-induction preparation in 100% of the examined women. In 65,4% of cases pre-induction was performed in the term of pregnancy up to 41 weeks, in 34,6% - after 41 week. The initial assessment of the uterine cervix readiness according to Burnett scale was  $4,7 \pm 0,9$  points: in particular, «immature» uterine cervix was diagnosed in 78,8% of pregnant women, «insufficiently mature» - in 21,2%. After application of Foley catheter in 71% of women the uterine cervix reached the optimal degree of maturation of 8 points and more, in 3,9% the effect of pre-induction was absent. Spontaneous onset of uterine contractions during 12 hours after application of the catheter was determined in 38,5% cases. 57,8% of pregnant women underwent induction of labour activity by means of amniotomy, in 38,5% labour was stimulated by