

**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

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



тержнинан, 10 днів. В результаті проведеного дослідження з'ясовано: використання препарату Заноцин Од є дуже ефективним, в лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, що підтверджено клінічними і лабораторними даними. Спільне протизапальне лікування подружніх пар дає кращі клінічні результати. Висока комплаєнтність і ефективність Заноцину Од дає можливість широко використовувати його навіть в амбулаторних умовах..

Кравченко О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ПОРОДІЛЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАГІНИ ТА ПРОМЕЖИНИ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Основа профілактики порушень фертильності – це анатомічне і функціональне благополуччя репродуктивної системи, яке в першу чергу пов'язане з попередженням розвитку інфекцій.

Профілактика інфекцій статевих органів забезпечується на I етапі – змиканням статевої щілини і волоссяним покривом ділянки лобка, що попереджає механічне потрапляння до вагіни інфекційних агентів, як ззовні так і з кишечника.

Необхідність проведення даного аспекту профілактики (відновлення анатомії вульви, піхви) обумовлена тим, що родові ушкодження промежини при потиличному передлежанні виникають у кожній 3-4 породіллі (розриви промежини становлять - 10-12%, стінок піхви - 12-15%, частота епізіотомії – 21-22%, цервікальні розриви та надриви – 60%). Транзиторний імунodefіцит в післяпологовому періоді – в 19,3% призводить до запалення швів, заживлення вторинним натягом з формування недостатності м'язів тазового дна.

За даними статистики у кожній десятій жінки у віці до 30 років спостерігається неспроможність м'язів тазового дна. У віці від 30 до 45 років частота пролапсів становить 40% випадках. Після 50 років опущення жіночих статевих органів діагностується у кожній другій жінки.

Лікування захворювань вагіни і промежини на тлі імунodefіциту післяпологового та післяопераційного періоду у літніх жінок полягає у поєднанні оперативних та медикаментозних методів лікування, метою яких є ліквідація запального процесу і стимуляція регенеративних можливостей тканин.

Медикаментозні засоби не повинні негативно впливати на мікробіоценоз вагіни та зменшувати кількість лактобацил.

Одним саме з таких засобів є комбінований препарат Депантол, який містить хлоргексидін (16 мг) і декспантенол (100 мг). Препарат використовується у вигляді вагінальних супозиторіїв і здійснює регенеруючу, антисептичну, метаболічну дію. Хлоргексидин активний по відношенню до граммпозитивних і грамнегативних бактерій.

Декспантенол сприяє регенерації слизової оболонки піхви і шийки матки, нормалізує метаболізм клітин, посилює проліферативну активність епітелію та підвищує міцність колагенових волокон.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність і безпечність препарату Депантол, який використовували після оперативних втручань на вагіні та промежині, а також провести оцінку швидкості регенерації слизової оболонки при використанні супозиторіїв.

Під нашим спостереженням було 20 пацієнток (I група) після хірургічного лікування пролапсів, які отримували Депантол з першого дня післяопераційного періоду по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 10 днів та 25 породіль (II група), після відновлення цілісності піхви отримували Депантол по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 5 днів.

Контрольну групу склали відповідно по 25 жінок з вищезазначеною нозологією, де відновлююча терапія не застосовувалася.

При аналізі клінічної ефективності використання Депантолу в післяпологовому періоді, після відновлення цілісності вагіни і промежини нами встановлено, що белі спостерігалися у жінок основної групи в 12% випадків, в контролі – в 32%, гіперемія і набряк промежини і вагіни у жінок, яким призначалась медикаментозна терапія Депантолом практично не спостерігалась, в контролі даний показник сягав 40%. Потрібно також відмітити, що епіталізація на 7 добу відмічалась в 100% випадках у жінок основної групи в порівнянні з контролем (68%). Аналогічні тенденції ми спостерігали у жінок в післяопераційному періоді з приводу пролапсів внутрішніх статевих органів. Біль, гіперемія і набряк відповідно становили 15%, 8% і 12% в основній групі, у жінок, де не проводилась медикаментозна реабілітація дані показники були відповідно 20%, 48% і 24%.

Про бактерицидну активність і регенеративний ефект препарату Депантол свідчить нормальна кількість лейкоцитів в цервікальному секреті через місяць після лікування у більшості жінок I та II групи (80%). В контрольних групах даний показник становив 28%, 34%.

Оцінка ефективності інтравагінального використання супозиторіїв Депантолу у жінок в після операційних методів лікування вагіни та промежини показала, що даний препарат добре переноситься і демонструє бактерицидні, протизапальні і регенераційні властивості, а також попереджує розвиток таких ускладнень післяопераційного періоду, як болі, набряк, гіперемія та сприяє повноцінній епіталізації вагіни та промежини.



Маринчина І.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У сучасних умовах еколого-генеративного дисонансу особливе значення надається ранній діагностиці, профілактиці й корекції перинатальної патології, що визначено одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я в Україні. В результаті аналізу сучасної літератури можна дійти висновку про те, що всі як діагностичні, так і лікувально-профілактичні заходи починають застосовуватися в основному вже після формування стійкої плацентарної дисфункції. Приведені літературні дані дозволяють відобразити інтерес всіх фахівців до проблеми гіперандрогенії як такої до настання вагітності так і до особливостей перебігу вагітності у жінок з ГА в анамнезі.

Мета – на підставі вивчення показників гормонів фетоплацентарного комплексу та системи гемостазу у вагітних групи ризику ГА виділити найбільш діагностично цінні критерії для діагностики плацентарної дисфункції.

Ми встановили, що у вагітних з ГА і плацентарною дисфункцією середні значення концентрації прогестерону були суттєво нижчими впродовж вагітності (в 12-14 тижні - $34,58 \pm 0,48$ нмоль/л, в 20-24 тижнів - $72,16 \pm 3,67$ нмоль/л; $p < 0,0001$).

У терміні 12-14 тижні вагітності концентрація естріолу в основній групі була у 1,5 рази нижчою порівняно із контрольною групою і становила $12,36 \pm 0,15$ нмоль/л, а в 20-24 тижнів гестації – у 3 рази нижчою – $28,06 \pm 0,39$ нмоль/л, ніж у групі контролю ($p < 0,0001$). Така динаміка змін пояснює значний відсоток випадків загрозливого стану плода, як під час вагітності, так і в пологах.

Аналізуючи діагностичну цінність рівня ПЛІ у вагітних з ГА ми відзначили, що найбільша різниця між групами мала місце в 12-14 тижні (контрольна група – $3,48 \pm 0,04$ мг/л, основна група – $1,13 \pm 0,02$ мг/л; $p < 0,0001$) та в 20-24 тижнів відповідно – $8,47 \pm 0,04$ та $3,69 \pm 0,06$ мг/л; $p < 0,0001$. Зменшення рівня ПЛІ у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі ГА починаючи вже з другого триместру вагітності пояснює і зміни маси плода, яка значно менша в порівнянні з контрольними даними.

У вагітних основної групи індекс спонтанної агрегації тромбоцитів втричі перевищував показники контрольної групи в 16-18 тижнів - $5,41 \pm 0,87$ од. проти $18,03 \pm 2,13$ од. ($p < 0,001$), в 20-24 тижнів - $5,69 \pm 0,91$ од. проти $20,40 \pm 3,68$ од. ($p < 0,001$).

Концентрація фібриногену у даних вагітних у 16-18 тижнів гестації становила $4,10 \pm 0,30$ г/л ($p < 0,05$), потім збільшувався впродовж вагітності і в 20-24 тижнів становив $4,73 \pm 0,31$ г/л ($p < 0,001$).

Концентрація в крові розчинних комплексів фібрин-мономера у вагітних на тлі ГА перевищувала контрольні значення більше ніж в 4 рази у всі терміни гестації і становила $34,00 \pm 2,70$ проти $8,27 \pm 1,59$ мкг/мл в 12-14 тижні ($p < 0,0001$), $37,33 \pm 2,84$ проти $8,67 \pm 1,62$ мкг/мл в 20-24 тижні ($p < 0,0001$). Концентрація продуктів деградації фібрину збільшувалася у вагітних основної групи в 10 разів у 12-14 тижні ($7,50 \pm 1,90$ мкг/мл) та в 9.9 разів ($8,57 \pm 1,2$ мкг/мл) в 20-24 тижнів.

Нами запропоновано в I-му триместрі гестації на основі анамнестичних даних формується група ризику вагітних, щодо виникнення плацентарної дисфункції (поєднання даних анамнезу (викидень в 6-7 тиж. вагітності, вагітність, що не розвивається, звичне невиношування, антенатальна загибель плода в анамнезі) з наявністю відхилень від норми (підвищений рівень) концентрації дегідроепіандростерон-сульфата (ДГЕАС) і тестостерона під час даної вагітності.

У вагітних групи ризику в 12-14 тижні гестації проводиться вивчення стану гормональної функції плаценти. Зниження рівня Пр та ПЛ на 50% свідчить про виникнення плацентарної дисфункції.

У вагітних даної групи в терміні гестації 16-18 тижнів проводиться комплексне дослідження гормональної функції плаценти, а також системи регуляції агрегатного стану крові, вагінальна цервікометрія, плаценто- та фетометрія.

Прогнозування можливих ускладнень, раціональна тактика моніторингу вагітності і вибір оптимальних методів розродження у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі гіперандрогенії є резервом подальшого зниження перинатальної захворюваності і смертності..

Никифор Л.В., Рак Л.М.*

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА В ГІНЕКОЛОГІЇ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

*Кафедра сімейної медицини
Кафедра акушерства та гінекології*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

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. АМП необхідно застосовувати для усіх операцій, при яких в клінічних дослідженнях доведена її