

**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 регенеративні 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±0,48 нмоль/л, в 20-24 тижнів - 72,16±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±0,15 нмоль/л, а в 20-24 тижнів гестації – у 3 рази нижчою – 28,06±0,39 нмоль/л, ніж у групі контролю (p<0,0001). Така динаміка змін пояснює значний відсоток випадків загрозового 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±0,04 мг/л, основна група – 1,13±0,02 мг/л; p<0,0001) та в 20-24 тижнів відповідно – 8,47±0,04 та 3,69±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±0,87 од. проти 18,03±2,13 од. (p<0,001), в 20-24 тижнів - 5,69±0,91 од. проти 20,40±3,68 од. (p<0,001).

Концентрація фібриногену у даних вагітних у 16-18 тижнів гестації становила 4,10±0,30 г/л (p<0,05), потім збільшувався впродовж вагітності і в 20-24 тижнів становив 4,73±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±2,70 проти 8,27±1,59 мкг/мл в 12-14 тижні (p<0,0001), 37,33±2,84 проти 8,67±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±1,90 мкг/мл) та в 9.9 разів (8,57±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





ефективність (зниження частоти інфекційних ускладнень), а також для операцій, при яких виникнення септичних ускладнень (СУ) призведе до катастрофічних наслідків.

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

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, оскільки загальноприйняті критерії виживності не завжди є специфічними; після антибактеріальної терапії тривало персистують дисбіотичні розлади мікробіоценозу вагіни.

Дослідження ефективності альтернативних схем антибіотико-профілактики в гінекологічній клініці проводилося впродовж 2014-15 років 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 пацієнток) 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. Жінкам групи контролю (35 пацієнток) проводилась стандартна доопераційна антибіотико-профілактика 1,5 г цефуроксиму та в перші 6-12 годин вони отримували плацебо.

Критерієм відбору для дослідження пацієнток була наявність в анамнезі санованої інфекції вагіни впродовж двох років до оперативного втручання. Показами до гістеректомії в 52 (74%) випадках були симптомні лейоміомі, розміри яких в усіх випадках перевищували 12 тижнів вагітності. У 7 (10%) випадках гістеректомії проводилися з приводу атипичної гіперплазії ендометрію після 40 років, у 6 (9%) випадках приводом для операції були рецидиви гіперпластичних процесів ендометрію в менопаузі, у 5 (7%) випадках операції проводилися з приводу вузлової форми аденоміозу з кровотечами, які призводили до анемізації та астенізації хворих.

Середній вік хворих першої групи був  $44,0 \pm 1,63$  роки, у групі контролю –  $45,4 \pm 2,81$  роки ( $p > 0,05$ ). Частота екстрагенітальної патології в обох групах достовірно не відрізнялась. Середня тривалість операції в основній групі складала  $62,7 \pm 5,7$  хвилин, в групі контролю –  $61,4 \pm 5,1$  хвилин ( $p > 0,05$ ). Інтраопераційних ускладнень в обох групах не було. У післяопераційному періоді субфебрилітет відмічався у 32 (91,4%) жінок основної групи та у 31 (88,5%) пацієнток 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%) пацієнток 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%) пацієнток групи контролю. В групі прийому азітроміцину відновлення функції кишківника у всіх пацієнток відбувалося без явищ парезу. Середній післяопераційний ліжко-день склав в основній групі  $5,6 \pm 0,3$  доби та  $6,5 \pm 0,3$  в групі контролю, що достовірно більше ( $p < 0,05$ ).

В групі традиційної антибіотико-профілактики спостерігалось 2 (5,7%) випадки інфільтратів кукси вагіни та 2 (5,7%) випадки інфільтратів підшкірної клітковини. В групі призначення азітроміцину був зафіксований 1 (2,8%) випадок інфільтрату підшкірної клітковини. Ускладнення післяопераційного періоду були приводом для переходу на режим антибіотикотерапії в основній групі у 2 (5,7%) випадках, в групі контролю – у 5 випадках (17,1%). Побічні дії азітроміцину не виявлені ні в одному випадку.

Отже, призначення азітроміцину в ранньому післяопераційному періоді в гінекологічній клініці дозволяє на 11% знизити частоту призначення антибіотикотерапії, на 0,9 доби знизити післяопераційний ліжко-день, на 8,6% знизити кількість септичних післяопераційних ускладнень у пацієнток групи ризику. Призначення азітроміцину в ранньому післяопераційному періоді в гінекологічній клініці дозволяє на 11% знизити частоту призначення антибіотикотерапії, на 0,9 доби знизити післяопераційний ліжко-день, на 8,6% знизити кількість септичних післяопераційних ускладнень у пацієнток групи ризику.

**Нішович І.Р.**

#### **ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПІСЛОНЕФРИТОМ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У вагітних досить часто (3-10%) спостерігаються різні гестаційні ускладнення пов'язані з розвитком інфекційно-запальних процесів сечової системи, які виникають внаслідок гормональних змін, порушенні імунного статусу при вагітності, порушенні гемодинаміки в нирках, стиснення сечоводів та утруднення пасажу інфікованого агента з сечею, розслаблення гладкої мускулатури сечового міхура і сечоводів, наявності хронічних інфекцій. Все це створює сприятливий фон для поширення інфекції висхідним шляхом з уретри, сечового міхура по субепітеліальному шару тканини в нирки. Пієлонефрит підвищує ризик розвитку урологічних, акушерських, неонатальних та післяпологових гнійно-септичних ускладнень. Це диктує необхідність удосконалення профілактики та різних методів лікування інфекційних процесів в нирках у вагітних. Одним із варіантів такої терапії є застосування медикаментозних та немедикаментозних фізичних методів впливу.



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 імункомпетентних 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. Порівнювалися клініко-лабораторні показники: клініко-біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, проби за Зимницьким, за Нечипоренком, бактеріологічні дослідження сечі і виділення з піхви, УЗД плода і нирок, 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 зник болювий 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 плацентация 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