

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



Буковини за період 2008 – 2013 років, привертає на себе увагу тенденція до зростання протягом цього періоду часу, рівня захворюваності та поширеності запальних захворювань внутрішніх статевих органів у цього контингенту дівчат.

Саме категорія пацієнток ювенільного віку нараховує найбільшу диспансерну групу з гінекологічною патологією, зокрема із запальними процесами внутрішніх статевих органів.

Bakun O.V.

THE MODERN PECULIARITIES OF HYSTEROSALPINGOGRAPHY USAGE

*Department of obstetrics and gynecology
Bukovinian state medical university*

Hysterosalpingography (HSG) is the radiographic evaluation of the uterine cavity and fallopian tubes after the administration of a radio-opaque medium through the cervical canal. The first HSG was performed in 1910 and was considered to be the first special radiologic procedure. Soares and coworkers showed that HSG had a sensitivity of 58% and a positive-predictive value of 28.6% for polypoid lesions, and a sensitivity of 0% for endometrial hyperplasia. The same study showed HSG to have a sensitivity of 44.4% for uterine malformations, and a sensitivity of 75% for the detection of intrauterine adhesions. The main contraindication of the examination is possible pregnancy. This contraindication can be avoided by performing the examination before the ovulation phase, between the 7th to 10th days of the menstrual cycle. Because of the scattering risk, the examination should be avoided when there is active intrapelvic inflammation.

The procedure is performed in the first half of the menstrual cycle following cessation of bleeding. The endometrium is thin during this proliferative phase, which facilitates better image interpretation and should also ensure that there is no pregnancy. Antibiotics might be required 1 day before and for few days after the examination if previous inflammations are present in the patient's clinical history. Antibiotics are required after the examination when the maneuvers are fairly sanguineous or if the fallopian tubes present a certain degree of dilation. The suggested antibiotic regimen is metronidazole 1 grectally at the time of the procedure, plus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days.

The cervix is localized and cleansed with iodine solution. Afterward, the uterine cervix is straightened by one (at the 12 o'clock position) or two (at the 9 and 3 o'clock positions) surgical forceps exercising a degree of pulling. Next, the outside uterine cervix ostium is catheterized. The catheterization can be performed in two ways.

In the past, oil-soluble contrast media were mainly used. Today, we use all available iodinated hydrosoluble contrast media. According to international literature, the use of oil-soluble contrast media increases the pregnancy rate and contributes to a decrease in conception time after the salpingography is performed.

Examination of different patient populations, nonstandardized classification systems, and differences in diagnostic data acquisition has resulted in widely disparate estimates, with a reported prevalence that ranges from 0.16 to 10%. As a result of selection bias, a prevalence of 8 to 10% has been reported in women being evaluated with HSG because of recurrent pregnancy loss. The overall data suggest that the prevalence both in women with normal fertility and in women with infertility is approximately 1%, and the prevalence in women with repeated pregnancy loss is approximately 3%. While the majority of women with mullerian duct anomalies have little problem conceiving, they have higher associated rates of spontaneous abortion, premature delivery, and abnormal fetal position and dystocia at delivery. Most studies report an approximate frequency of 25% for associated reproductive problems, compared with 10% in the general population.

Бербець А.М.

ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

*Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Нами було обстежено 49 вагітних із клінікою невиношування в I триместрі гестації, які склали основну групу. Відбирались вагітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання вагітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстрагенітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, ізосенсибілізацію за АВ0 і Rh-системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації. Вагітні обстежені за наступною методикою: вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу, а також гормональні реакції плаценти, що формується, за методикою Ларичевої І.П., Витушко С.А. (1990). Як патогномонічні, оцінювали показники гормонів прогестерону та естрадіолу з відхиленням на 20% та більше, а кортизолу – на 50% і більше від середніх величин. Патологічна гормональна реакція встановлювалась при наявності хоч одного відповідно зміненого показника. Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінці: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів.

Нижче наводимо характеристику типів гормональних реакцій обстежених вагітних.



Таблиця 1

Типи гормональних реакцій у вагітних із загрозою невиношування в 6-8 тижнів гестації (%)

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	15 30,61±5,57%*	17 34,69±5,75%	17 34,69±5,75%*	-
Контрольна група (n=30)	26 86,67±6,20%	3 10,00±5,48%	1 3,33±3,27%	-

Примітка. * - $p < 0,05$ в порівнянні з контролем

Таблиця 2

Типи гормональних реакцій у вагітних із загрозою невиношування в 12-13 тижнів гестації (%)

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	14 28,57±5,48%*	14 28,57±5,48%	20 40,82±5,92%*	1 2,04±2,00%
Контрольна група (n=30)	24 80,00±7,30%	4 13,33±6,20%	2 6,67±4,55%	-

Примітка. * - $p < 0,05$ в порівнянні з контролем

За нашими даними, нормальний тип гормональної адаптації у жінок із загрозою переривання вагітності в терміні гестації 6-8 тижнів зустрічався в 2,8 рази рідше, ніж в контролі ($p < 0,05$), як і в терміні вагітності 12-13 тижнів ($p < 0,05$).

Стосовно реакції напруженості, яка характеризується підвищенням концентрації одного або більше з вивчених гормонів, то нами не було виявлено вірогідної різниці частоти даної реакції між обстеженими групами.

До реакції нестійкості нами віднесені випадки, в яких одночасно поєднується підвищення та зниження рівнів естрадіолу, прогестерону та кортизолу. Нами зафіксована чітка тенденція до збільшення частоти реакції нестійкості у вагітних із загрозою викидня в I триместрі. Так, у терміні вагітності 6-8 тижнів частота реакції нестійкості в основній групі була в 10,4 рази вищою, ніж у контрольній ($p < 0,05$). У терміні вагітності 12-13 тижнів реакція нестійкості траплялася у 6,1 рази частіше в дослідній групі, ніж у контрольній ($p < 0,05$).

Реакція виснаження характеризується зниженням концентрацій всіх досліджуваних гормонів. При проведенні обстежень в 12-13 тижнів гестації подібна гормональна реакція децидуально-трофобластичного комплексу спостерігалась лише в групі жінок із ознаками невиношування (1 випадок, 2,04±2,00%, $p > 0,05$).

У жінок, де вагітність ускладнилася загрозою переривання, в першому триместрі гестації переважають патологічні типи реакцій гормональної адаптації. Прогресивне погіршення гормональної картини при недостатності функції плаценти, що формується, як ми вважаємо, відобразиться на кровопостачанні плідного яйця, і, як наслідок, приведе до розвитку патогістологічних змін в плаценті, характерних для її дисфункції.

Бирчак І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Звичне невиношування вагітності (ЗНВ), одна з найактуальніших проблем сучасного акушерства, - це мимовільне переривання двох або більше вагітностей. Частота цієї патології становить близько 2% у популяції. У структурі невиношування звичний викидень складає 5-20%. Генетичні порушення, що призводять до мимовільного викидня, вивчені досить добре і складають 5% в структурі причин даної патології. Від 40 до 60% викиднів, що відбуваються в I триместрі вагітності, обумовлені аномаліями хромосом плода.

З метою встановлення патогенетичних аспектів звичного невиношування вагітності проводилось комплексне обстеження жінок із зазначеною патологією. На початковому етапі проведено клініко-статистичний аналіз історій хвороб жінок зі звичним невиношуванням вагітності (n=42, I група), для порівняння проводився аналіз медичних карт практично здорових жінок (n=36, II група). Наступним етапом було цитогенетичне обстеження обох груп. За віковим складом вагітні I та II груп суттєво відрізнялися між собою. Більшість жінок були віком від 21 до 30 років, проте вік 38,7±3,3% жінок зі звичним невиношуванням вагітності становив більше 30 років. Вік початку менструацій коливався в межах від 9 до 18 років в обох групах, середній показник становив 13,7±1,3 років. Із раннім менархе не виявлено жодної жінки, проте у 12,8±1,1% жінок I групи статеве дозрівання затримувалось і перша менструація починалась після 15 років. У 23,5±2,7% жінок II групи менструації мали тенденцію до рясних, тоді як у вагітних зі звичним невиношуванням спостерігалась протилежна ситуація (25,9±2,9% жінок відмічали з моменту менархе гіпо- та олігоменорею, нерегулярні менструації). Із перенесених в минулому гінекологічних захворювань у жінок зі звичним невиношуванням вагітності мали місце сальпінгофорит, ерозія шийки, проте ці дані також не мали вірогідної різниці з даними по II групі. Викликає зацікавленість той факт, що у 25,0±2,6% жінок I групи поза вагітністю мав місце синдром полікістозних яєчників, у той час, коли в II групі не зафіксовано жодної жінки з даною нозологією.