

**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 – її 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 – її 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.



Хронічні екстрагенітальні захворювання виявлені у 67,8±6,8% жінок зі звичним невиношуванням вагітності та у 51,3±5,7% вагітних з неускладненим анамнезом. Слід відмітити, що структура екстрагенітальної патології в обох групах була різною. Так, у практично здорових жінок, в основному, це були хронічні холецистит, гастродуоденіт, коліт, пієлонефрит, панкреатит. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності з дитинства мали місце опастість різних ступенів, хронічний декомпенсований тонзиліт, вегето-судинні порушення різних типів (з переважанням гіпертензивного компоненту), дифузний нетоксичний зоб, варикозна розширення вен нижніх кінцівок.

Кінцевим етапом вивчення генетичних аспектів звичного невиношування вагітності було проведення медико-генетичного консультування, каріотипування, за необхідності – визначення ризику народження дитини зі спадковою або вродженою патологією та ризику перинатальних втрат. Як відомо, завданням цитогенетичного дослідження є складання генетичного прогнозу в сім'ї індивідуума з аномалією фізичного, психічного або статевого розвитку і вибір профілактичних заходів з попередження народження хворої дитини. Складання генетичного прогнозу включає три етапи: визначення ступеня генетичного ризику, оцінка важкості медичних та соціальних наслідків виявлених порушень, визначення перспектив щодо вагітності. Проведений аналіз показав, що у більшості жінок (72,4%) зі звичним невиношуванням вагітності та їх чоловіків (76,4%) спадковість була необтяженою. Із нозологічних одиниць, що ускладнювали соматичний анамнез, найчастіше зустрічалися гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, декомпенсована варикозна хвороба вен, в 2-ох випадках злякисні новоутворення.

Проаналізувавши результати каріотипування жінок зі звичним невиношуванням вагітності, нами встановлено, у всіх обстежених був жіночий каріотип – 46, XX. Проте відомо, що окрім повних трисомій і моносомій відомі синдроми, пов'язані з частковими трисоміями і моносоміями практично по будь-якій хромосомі. У 13 жінок I групи (32,8%) мали місце відхилення у будові хромосом. Трисомії по короткому плечу 9-ї хромосоми (9p+) - найбільш детально висвітлений в літературі, зустрічався у 23,1% жінок зі звичним невиношуванням вагітності (46, XX, 9qh+; 46, XX, 9ph). З такою ж частотою спостерігалися поліплоїдні метафазні пластинки, що свідчить про патологію профазі мітозу у вигляді кон'югації хромосом, яка на стадії метафази та анафази дає початок багатополосному мітозу. В подальшому в результаті патології телофази утворюються поліплоїдні багатоядерні клітини. В поодиноких випадках зустрічалися такі патологічні каріотиби – 46, XX, 1qh; 46, XX, 13stk+s+; 46, XX, гетероморфізм гомологів; 46, XX, 21pstk, пластинка з транслокацією 2:13; 46, XX, 15stk+s+, 22pstk+s+.

Отримані результати каріотипування диктують необхідність перегляду підходів до ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності: створення «генетичних паспортів» в родинах зі звичним невиношуванням вагітності, що сприятиме більш ефективній роботі медико-генетичної служби; родинам зі звичним невиношуванням вагітності та підтвердженими порушеннями каріотипу рекомендувати допоміжні репродуктивні технології з проведенням передімплантаційної генетичної діагностики; вагітним зі звичним невиношуванням вагітності рекомендувати інвазивні молекулярно-генетичні методи пренатальної діагностики (флюоресцентна гібридизація *in situ*, метод кількісної флюоресцентної полімеразної ланцюгової реакції, мультиплексна лігазна ланцюгова реакція, метод порівняльної геномної гібридизації в амніотичній рідині та ворсилах хоріона).

Боднарюк О.І.

ДІАГНОСТИКА САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи у дівчат-підлітків відрізняються поліетіологічністю, стертою клінічною картиною, високою частотою мікст-інфекцій і схильністю до рецидування, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

В результаті дослідження перебігу сальпінгофориту у дівчат-підлітків встановлено, що гостру форму захворювання було діагностовано у 24 хворих (19,7 %) I групи та 46 хворих (27,2 %) II групи, а хронічна – у 92 (79,3 %) та 123 (72,8 %) пацієнток I та II груп відповідно.

З вивчених клінічних проявів найбільш частими скаргами у дівчат основної групи, з незначною тенденцією до зменшення їх частоти у випадку хронічного запального процесу, були: загальна слабкість (100% та 93,5% відповідно у разі гострої та хронічної форм захворювання), біль у нижньому відділі живота (від 63 до 95,8 %), патологічні виділення з піхви, які у переважній кількості пацієнток I групи були різноманітними за своїми ознаками – кількістю, кольором, запахом, густиною, що було характерно для відповідного збудника запалення та його асоціацій. Під час гострої та хронічної форм перебігу сальпінгофориту практично у всіх дівчат групи порівняння також спостерігалася загальна слабкість (у 100 % та 95,1 % випадків відповідно). Гострий біль у нижньому відділі живота різної інтенсивності та патологічні виділення з піхви турбували переважну більшість пацієнток як I так і II груп (від 89,1 до 95,8 % у випадку гострого перебігу сальпінгофориту, та від 63,0 до 79,7 % у разі хронічної форми запального процесу), при цьому під час хронічного перебігу запального процесу пацієнток як I групи (90,2 %), так і II груп (85,4 %) турбував переважно тупий ниючий біль. Підвищення температури тіла було зафіксовано переважно у дівчат з гострим перебігом сальпінгофориту (41,7 %) на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у 3,2 рази частіше, ніж у дівчат II групи з гострим перебігом захворювання. У пацієнток з хронічною формою сальпінгофориту



підвищення температури тіла спостерігалось значно рідше, проте цей симптом проявлявся у 4,6 рази частіше у дівчат I групи порівняно з дівчатами, які склали II групу. Дизуричні явища турбували переважну більшість пацієнток I групи, як з гострим, так і з хронічним перебігом сальпінгофориту, в 95,8 та 51,1 % пацієнток відповідно. Дівчат групи порівняння дизуричні розлади турбували рідше – у 26,1 та 4,9 % відповідно пацієнток з гострим та хронічним перебігом. Це можна пояснити впливом супутньої урологічної патології на вираженість симптоматики та поширеністю запального процесу на слизову зовнішнього отвору уретри.

Під час оцінки клінічного перебігу сальпінгофориту було виявлено, що у третини хворих (29,3 %), які склали I групу, спостерігалися рецидиви захворювання до 4-6 разів на рік, що стало підставою для більш ретельного вивчення стану здоров'я цих дівчат, і їх обстеження суміжними спеціалістами (педіатром, урологом, нефрологом.). У дівчат II групи рецидиви траплялися значно рідше – тільки у 15,4 %.

Булик Т.С., Юзько О.М.

ПРОБЛЕМА АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології

Буковинський державний медичний університет

Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнток молодого віку, зниженням загальної тривалості життя на 7-10 років, збільшенням смертності після 40 років у два рази в зв'язку з розвитком важких супутніх захворювань, таких як цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, ІХС, онкологічні захворювання. За даними статистики, в світі частота ожиріння серед вагітних коливається від 12 до 28% й не має тенденції до зниження.

Актуальність проблеми “вагітність та ожиріння” характеризується розвитком гестозів, невиношуванням, аномаліями пологової діяльності, акушерським травматизмом та перинатальною патологією у 2-3 рази частіше, ніж у жінок без надлишкової маси тіла. У зв'язку з цим, ожиріння являє собою фактор ризику як для матері, так і для плода.

Метою нашого дослідження було проаналізувати структуру акушерських ускладнень у вагітних з ожирінням. Для цього було відібрано 100 історій пологів жінок з ожирінням за 2010 рік з архівного матеріалу ПБ№1. Вік вагітних склав від 22 до 41 року (в середньому 30+/-4,4 роки).

Було відмічено, з ступенем прогресування ожиріння артеріальна гіпертензія діагностовано в 3 рази частіше, а захворювання сечовидної системи - у 5 разів частіше. Менструальний цикл у більшості пацієнток був регулярний (85%). Нерегулярний менструальний цикл в анамнезі відмічений у жінок з I –II ступенем ожиріння. Найбільш поширеними гінекологічними захворюваннями серед пацієнток була ектопія шийки матки (46%), кольпіти різної етіології (36%). У жінок з II-III ступенем ожиріння частіше була діагностовано міома матки (10%), причому ці всі жінки були старше 30 років. У двох жінок було виявлено вторинне непліддя. Трьом жінкам було діагностовано первинне непліддя. У всіх п'яти жінок вагітність носила індукований характер. У більшості жінок (68%) в анамнезі були пологи. Приблизно половина (48%) із них носили фізіологічний характер і зустрічались достовірно частіше у жінок з I ступенем ожиріння. Характерним є те, що діти з вагою понад 4000г народжувались у жінок з II-III ст. ожиріння. У 12 % серед повторно вагітних попередня вагітність завершилась артифіціальним абортom.

Аналіз перебігу вагітності у пацієнток з ожирінням виявив певні закономірності. В I триместрі у жінок з ожирінням III ступеню ранній гестоз та загроза переривання вагітності діагностовано в 2 рази частіше, ніж у пацієнток з I-II ст. ожиріння. В II триместрі маніфестація преєклампсії відмічена у 32% пацієнток, слід зауважити, що у всіх діагностовано легку ступінь гестозу і переважно у жінок з II-III ст. ожиріння. Частота діагностування загрози переривання вагітності не залежала від ІМТ і склала 18%. З приводу загострення хронічного пієлонефриту 6 жінок отримували лікування в умовах відділення патології вагітності. III триместр характеризувався високою частотою госпіталізацій з приводу гестозу. Більшу частину з них становили вагітні з II-III ст. ожиріння (39%). Приблизно з такою ж частотою діагностувалась плацентарна дисфункція (38%), причому загрозовим є факт прогресивного збільшення долі затримки внутрішньоутробного розвитку плода в залежності від ІМТ. Загроза передчасних пологів частіше діагностувалась у жінок з I ст. ожиріння (15%). Більшість вагітних з ожирінням були полого розрешені в доношений термін. Передчасних пологів не реєструвалося.

Насторожує той факт, що у жінок саме з III ст. ожиріння (3%) було зафіксовано запізниті пологи. Шляхом кесарського розтину було полого розрешено 22%. Допологове вилиття навколоплідних діагностовано у жінок з III ст. ожиріння в 2 рази частіше, а аномалії пологової діяльності в 2,5 рази частіше, ніж у жінок з I-II ст. Аналіз перинатальних наслідків показав, що жінки з ожирінням III ст. мають більший ризик розвитку не тільки ускладнень вагітності, а й перинатального неблагополуччя. У пацієнток з ожирінням III ст. частіше зустрічається дистрес плода в 3 рази, а ішемічно-гіпоксичне ураження ЦНС плода у 3,5 рази, що стало приводом для переведення новонароджених до профільних лікувальних закладів.

Проведений нами аналіз підтвердив, що ожиріння є несприятливим фоном для розвитку вагітності і слід відносити вагітних до групи підвищеного ризику щодо розвитку акушерських ускладнень.