

**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



спостереження, що свідчить про відсутність негативного впливу Сагеніту на систему гемостазу. Ультразвукове дослідження, яке проведено кожні 3 місяці протягом прийому препарату сагеніт показало відсутність його впливу на стан ендометрія та міометрія. У досліджених жінок розміри матки навіть не достовірно зменшилися. Величина ендометрія у жінок з ендометріозом в анамнезі виглядала наступним чином: до лікування в середньому 6,3 мм; через 3 місяці – 6,0 мм; через 6 місяців – 5,8 мм; через 9 місяців 5,6 мм.

Таким чином переваги використання сагеніту обумовлені, в першу чергу, його здатністю ефективно знижувати рівень ФСГ і тим самим, купувати нейровегетативну та психоемоційну симптоматику КС.

Препарат сагеніт не впливає на білковий, вуглеводний та жировий обміни і не призводить до збільшення маси тіла у пацієнток. Сагеніт не сприймається високоселективними рецепторами репродуктивної системи і не призводить до поліферативних змін в матці, що робить його препаратом вибору альтернативним ЗГТ при перименопаузальній порушенні у жінок з ендометріозом в анамнезі.

Маринична І.М.

СТАН СИСТЕМИ РЕГУЛЯЦІЇ АГРЕГАТНОГО СТАНУ КРОВІ У ВАГІТНИХ ІЗ ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
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. Не дивлячись на значні успіхи в зниженні захворюваності та смертності в перинатальному періоді, вони залишаються суттєво вищими, ніж в розвинутих країнах. Стан системи гемостазу визначає як перебіг, так і наслідки вагітності для матері й плода. Найбільш часті й важкі ускладнення перебігу вагітності та пологів пов'язані або обумовлені змінами саме в системі регуляції агрегатного стану крові: звичне невиношування, синдром затримки розвитку плода, плацентарна дисфункція.

Метою нашої роботи на підставі вивчення показників системи гемостазу у вагітних групи ризику виділити найбільш діагностично цінні критерії для діагностики плацентарної дисфункції.

Для вирішення встановлених завдань у вагітних вивчено характеристики системи регуляції агрегатного стану крові, яка включає коагуляційний, тромбозитарно-судинний гемостаз, протизсідуючу та фібринолітичну підсистему. Обстеження проводилися в динаміці гестації: в 20-24, 28-32 та 34-37 тижнів вагітності. У всі терміни гестації, в крові вагітних основної групи зберігалася вірогідна тенденція до активації первинного гемостазу, яка проявлялася підвищеною функціональною активністю тромбоцитів.

У вагітних основної групи індекс спонтанної агрегації тромбоцитів втрічі перевищував показники контрольної групи відповідно в 20-24 тижнів гестації і становив $5,01 \pm 0,85$ од. проти $14,45 \pm 1,88$ од. ($p < 0,001$), в 28-32 тижнів - $5,41 \pm 0,87$ од. проти $18,03 \pm 2,13$ од. ($p < 0,001$), в 34-37 тижнів - $5,69 \pm 0,91$ од. проти $20,40 \pm 3,68$ од. ($p < 0,001$). Нами також виявлено збільшення відсотка адгезивних тромбоцитів у вагітних основної групи, в порівнянні з контролем у всі терміни гестації: в 1,8 рази в 20-24 тижні та майже в 2 рази в 28-32 та 34-37 тижнів ($p < 0,001$). За нашими даними, протромбіновий час при плацентарній дисфункції мало залежав від терміну вагітності, тоді як тромбіновий час значно зростає в 20-24 тижні до $21,90 \pm 1,69$ с в 34-37 тижнів і був вірогідно вищий, ніж у групі контролю ($p < 0,02$).

За даними Головатюк К.П. (2006) подовження тромбінового часу вказує на присутність патологічних антикоагулянтів - продуктів деградації фібрину (ПДФ) і розчинних комплексів мономерів фібрину (РКМФ). У нашій роботі ці дані підтвердилися. Концентрація в крові розчинних комплексів фібрин-мономера у вагітних з плацентарною дисфункцією 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 20-24 тижні ($p < 0,0001$), $37,33 \pm 2,84$ проти $8,67 \pm 1,62$ мкг/мл в 34-37 тижнів ($p < 0,0001$). Концентрація продуктів деградації фібрину також збільшувалася у всі терміни гестації у вагітних основної групи в 10 разів у 20-24 тижні ($7,50 \pm 1,90$ мкг/мл), в 10,5 рази ($8,20 \pm 0,90$ мкг/мл) у 28-32 тижні та в 9,9 рази ($8,57 \pm 1,2$ мкг/мл) в 34-37 тижнів. Отже, головна ланка порушень у системі регуляції агрегатного стану крові у вагітних із плацентарною дисфункцією може відноситися до змін у системі протизгортання крові.

Концентрація фібриногену у контрольній групі була практично на одному рівні у всі терміни гестації: $3,34 \pm 0,23$ г/л в 20-24 тижні і $3,24 \pm 0,29$ г/л в 34-37 тижнів, в той час як у вагітних з плацентарною дисфункцією даний показник вірогідно вищий; у 20-24 тижнів гестації становив $4,10 \pm 0,30$ г/л ($p < 0,05$), потім збільшувався протягом всієї вагітності і в 34-37 тижнів становив $4,73 \pm 0,31$ г/л ($p < 0,001$).

Субклінічний хронічний синдром дисемінованого згортання крові спостерігається у всіх вагітних з плацентарною дисфункцією, першопричина в зростанні потенціалу гемокоагуляції полягає в активації саме тромбозитарно-судинного гемостазу. Дослідження стану системи гемостазу при плацентарній дисфункції доцільно проводити в 28-32 тижні вагітності. Найбільш діагностично цінними показниками формування дисфункції плаценти є збільшення рівня адгезивних тромбоцитів, фібриногену в 2 рази та збільшення рівня РКМФ та ПДФ в 3 рази і більше в порівнянні з даними контролю.



Нішович І.Р.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МІОМОЮ МАТКИ

*Кафедра акушерства і гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Видалення матки спричиняє постгістеректомічний синдромом і потребує тривалої медикаментозної корекції, супроводжується ускладненнями. Тому консервативне лікування хворих з міомою матки є актуальним питанням. Враховуючи складну систему ендокринних взаємовідносин в організмі, при вирішенні питання про консервативне лікування міоми, кращим є застосування негормональних препаратів. З цією метою застосовували рослинний негормональний препарат екстракту рослин сімейства хрестоцвітних (капуста брокколи) з активним компонентом індол-3-карбінол, який нормалізує в організмі жінок обмін статевих гормонів - естрогенів (здебільшого - естрадіолу) і служить засобом для комплексного лікування і профілактики гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінки.

Метою дослідження було забезпечити профілактику росту міоматозного вузла на початковому етапі.

Було проведено клініко-лабораторне обстеження 50 жінок із наявністю міоми матки, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 30 жінок, яким призначався запропонований метод лікування, II група (порівняння) – 20 жінок, які відмовилися від лікування, та 20 здорових жінок (контрольна група). Жінкам основної групи з міомою матки малих розмірів призначався рослинний препарат Квінол по 1 капсулі (200 мг) 2 рази на день під час їжі впродовж 6 місяців.

Проведено визначення гормонального фону (естрадіол, прогестерон) на 7 та 21 день менструального циклу та ультразвукове дослідження (УЗД) усіх жінок. Рівень концентрації естрадіолу на 7 день менструального циклу становив: у жінок основної групи $0,636 \pm 0,07$ нмоль/л, жінок групи порівняння $0,628 \pm 0,05$ нмоль/л, контрольної групи $0,351 \pm 0,03$ нмоль/л ($p < 0,05$). Прослідковується наявність вірогідної різниці зі збільшенням концентрації естрадіолу у жінок обох груп із міомою матки у порівнянні з жінками контрольної групи, але немає вірогідної різниці у жінок обох груп із міомою матки. Рівень концентрації естрадіолу на 21 день менструального циклу - вірогідної різниці не було виявлено. Рівень концентрації прогестерону на 7 день циклу - вірогідної різниці не було виявлено. Рівень концентрації прогестерону на 21 день циклу - відмічено вірогідне зниження його кількості у жінок основної групи - $9,51 \pm 1,22$ нмоль/л та групи порівняння - $8,74 \pm 1,19$ нмоль/л при порівнянні результатів із аналогічними у жінок контрольної групи ($26,3 \pm 3,11$ нмоль/л). При аналізі результатів УЗД внутрішніх статевих органів жінок основної групи та жінок групи порівняння встановлено наявність вузлів, не більше 2 см в діаметрі. У 11 (36,7 %) жінок основної групи були субмукозні вузли, що проявлялися гіперполіменореєю, у 9 (30 %) – інтрамуральні вузли, що провокували надмірні кровотечі, у 10 (33,3 %) – субсерозні вузли, які не проявлялися будь-якими клінічними симптомами. У жінок групи порівняння розташування міоматозних вузлів вірогідно не відрізнялося від аналогічних у основній групі. У жінок контрольної групи патологічних змін з боку матки не виявлено.

Через 6 місяців проведеного лікування встановлено, що в жінок основної групи спостерігалось зниження концентрації естрадіолу ($0,398 \pm 0,05$ нмоль/л) та підвищення концентрації прогестерону ($22,3 \pm 4,12$ нмоль/л), при цьому вірогідної різниці у порівнянні з контрольною групою не встановлено. У жінок групи порівняння рівень гормонів відповідав попереднім показникам. При УЗД жінок основної групи виявлено, що в 5 (16,7 %) спостерігалось зменшення розмірів вузлів, у 25 (83,3 %) розміри вузлів не зменшилися, однак вони відмічають зменшення інтенсивності та тривалості менструальних кровотеч. У жінок групи порівняння позитивної динаміки не було, у 6 (30%) спостерігався ріст вузлів.

Застосування Квінолу, в терапії міоми матки малих розмірів, з метою профілактики росту міоматозного вузла, може бути альтернативою гормональним препаратам. Лікування міом малих розмірів є необхідним методом лікування та профілактики подальшого росту пухлин. Застосування Квінолу у лікуванні хворих з міомою матки призводить до зменшення кількості естрадіолу, підвищення рівня прогестерону, забезпечує зменшення інтенсивності клінічних проявів та росту пухлин.

Печеряга С.В.

СТАН ГОРМОНАЛЬНО-БІЛКОВОГО ОБМІНУ В ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИН У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ ПРИ НИЗЬКОМУ РОЗТАШУВАННІ ХОРІОНУ

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

Для успішного перебігу вагітності важливе значення має місце розташування плаценти в порожнині матки. При аномальному розміщенні плаценти, зокрема в нижньому сегменті матки, його відносно тонка стінка не забезпечує необхідних умов для достатньої васкуляризації плацентарного ложа, гестаційної перебудови міометральних сегментів спіральних артерій, внаслідок чого спостерігається зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода. За даними літератури, низька плацентажія зустрічається у 9-30% випадків в першому триместрі, а до пологів дана частота зменшується, що обумовлено процесами міграції плаценти до дна матки протягом вагітності.

Метою нашої роботи є вивчити імуногістохімічними методами такі гормони трофобласта, як хоріонічний гонадотропін, плацентарний лактоген, а також білок вагітності трофобластичний β -глікопротеїн (SP1), які відіграють важливу роль у процесах формування структур та функцій плода.