

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

відіграють порушення матковоплацентарного кровообігу. Патологічні зміни в спіральних артеріях відіграють первинну роль в патогенезі розвитку ПД, проявляються відсутністю або неповними гестаційними змінами, які призводять до звуження їх просвіту. Сповільнення кровотоку в спіральних артеріях і міжворсинчастому просторі призводить до зниження газообміну між кров'ю матері та плода і лежить в основі СЗРП.

Мета дослідження. Визначити у жінок з ПД з кровомазанням без відшарування стан кровотоку в спіральних артеріях (СА) в динаміці вагітності, на підставі чого розробити нові діагностичні та прогностичні критерії стану плода та новонародженого.

Матеріали і методи дослідження. Основну групу нашого дослідження склали вагітні в терміни від 5 до 12 тижнів вагітності з кровомазанням без відшарування. Контрольну групу склали вагітні тих самих термінів гестації з нормальним перебігом вагітності. Дослідження проводилися в 5-8 та 9-12 тижнів вагітності. Під спостереженням було 30 вагітних з фізіологічним перебігом I триместру гестації (контрольна група), всі вагітні взяті на облік у ранньому терміні вагітності (5-7 тижнів), обстежені відповідно до наказу МОЗ України №417, який діяв до серпня 2022 року. Вагітні із кровомазанням без відшарування в I триместрі гестації (маткова кровотеча без відшарування) – 60 вагітних (основна група). Всередині другої групи були визначені дві підгрупи: до першої увійшли 30 вагітних, яким запропоновано диференційоване лікування ПД: транексамова кислота, магнію лактат, піридоксин гідрохлорид, а після 12 тижня – диосмін. До другої групи - 30 вагітних, які отримували тільки магній лактат і піридоксин гідро хлорид на момент кровомазання.

Результати дослідження. За допомогою доплерометричних досліджень були отримані спектри кривих швидкостей кровоплину в правій і лівій матковій артеріях (МА), СА, які доставляють кров безпосередньо до ворсинчастого хоріону. Аналізуючи швидкості кровотоку в МА, ми бачимо, що в правій МА пульсова систолічна швидкість та пікова швидкість в основній групі була достовірно нижчою порівняно з групою контролю ($p < 0,05$), відповідно: $49,1 \pm 2,1$ см/с; $18,9 \pm 1,3$ см/с. В лівій же МА при низькій плацентазії відмічається достовірне підвищення показників судинного опору (IP - $1,2 \pm 0,08$, ПІ - $1,8 \pm 0,18$. При оцінці показників доплерометрії в СА при дослідженні в 9-12 тижнів вагітності в основній групі відмічені високі показники периферичного опору, що відповідно склали СДС - $3,1 \pm 0,4$; IP $0,64 \pm 0,05$; ПІ - $1,1 \pm 0,11$ у порівнянні з контролем ($p > 0,05$). Зниження швидкостей кровоплину найбільш суттєві у СА у 9-12 тижнів гестації, що проявляється достовірним зниженням ПСШ - $48,2 \pm 1,7$ см/с, КДШ - $25,4 \pm 1,4$ см/с, СДШ - $24,2 \pm 1,4$ см/с, у вагітних із низьким розміщенням хоріону порівняно із контрольною групою, ($p > 0,05$).

Висновки. В СА показники судинного опору в основній та контрольній групах більш низькі порівняно з МА. Подібні зміни вказаних показників вказують на недостатню ефективність першої хвили інвазії трофобласта, неповноцінну гестаційну трансформацію ендометріальних сегментів СА, що слід розглядати як ранню несприятливу прогностичну ознаку виникнення ПД у жінок із кровомазанням без відшарування.

Приймак С.Г.

РИЗИК РОЗВИТКУ GESTAЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ ДЕФІЦИТІ ВІТАМІНУ D

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. У світі спостерігається підвищення частоти гестаційного цукрового діабету (ГЦД) на тлі різкого зростання надмірної маси тіла та ожиріння. Накопичення доказів пов'язує дефіцит вітаміну D з аномальним метаболізмом глюкози, а епідеміологічні дослідження показали, що жінки, в яких розвивається ГЦД, частіше відчують дефіцит вітаміну D. Оскільки ГЦД асоціюється з посиленням резистентності до інсуліну в периферичних тканинах, розглядають можливу участь дефіциту вітаміну D у патогенезі ГЦД.

Мета дослідження. Дослідити взаємозв'язок між дефіцитом вітаміну D у сироватці

крові впродовж першого триместру вагітності та ризиком розвитку ГЦД в третьому триместрі.

Матеріал і методи дослідження. У 2021 — 2022 рр проведено проспективне дослідження за участю 67 вагітних, обстежених у першому триместрі вагітності (5—12 тиж вагітності), з них 51 брали участь у скринінгу ГЦД у третьому триместрі вагітності (28—32 тиж вагітності). Визначали рівень вітаміну D у сироватці крові, біохімічні, антропометричні показники. Використовували метод логістичної регресії для аналізу зв'язків між дефіцитом вітаміну D і виникненням ГЦД.

Результати дослідження. Дефіцит вітаміну D (< 20 нг/мл) у першому триместрі діагностовано у 41 (61,8 %) жінок. У третьому триместрі в 13 (26,9 %) вагітних діагностовано ГЦД за результатом перорального тесту на толерантність до глюкози, з них у 10 з дефіцитом вітаміну D у першому триместрі. Ризик ГЦД був статистично значущо вищим у жінок з дефіцитом вітаміну D порівняно з вагітними з нормальним його вмістом. Вагітні з ГЦД були статистично значущо старшими, мали більший ІМТ до настання вагітності порівняно з жінками без ГЦД, а також вказували на обтяжений щодо діабету родинний анамнез. Відзначено збільшення ризику розвитку ГЦД у жінок впродовж другої вагітності. Установлено, що частота ГЦД у жінок з дефіцитом вітаміну D перевищувала у 6,67 рази аналогічний показник у жінок з нормальним забезпеченням вітаміном D. Обмеженнями нашого дослідження були відсутність даних щодо впливу сонячного світла і споживання вітаміну D з їжею, невеликий розмір вибірки і порівняно невелика кількість жінок з ГЦД.

Висновки. Установлено дефіцит вітаміну D (< 20 нг/мл) у першому триместрі у 41 (61,8 %) вагітних. Гестаційний цукровий діабет діагностовано у третьому триместрі в 13 (26,9 %) вагітних, з них у 10 з дефіцитом вітаміну D у першому триместрі. Вагітні з ГЦД були статистично значущо старшими, мали більший ІМТ до настання вагітності порівняно з жінками без ГЦД, а також вказували на обтяжений щодо діабету родинний анамнез. Ризик ГЦД був статистично значущо вищим у жінок з дефіцитом вітаміну D порівняно з вагітними з його нормальним вмістом. Частота ГЦД у жінок з дефіцитом вітаміну D перевищувала у 6,67 рази аналогічний показник у жінок з нормальним забезпеченням вітаміном D. Після аналізу з використанням інших чинників, які впливають на рівень вітаміну D, констатовано, що цей ризик був у 10,4 рази більшим.

Рак Л.М.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ: ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Проблема діагностики та раціонального лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) на сьогоднішній день часто обмежується лише гормональною терапією. Досить мало уваги фахівці приділяють проблемі інфекційного фактора як одного з важливих чинників виникнення та прогресування, а також рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія. Тому проблема більш детального інфекційного пошуку у даної категорії пацієнток є надзвичайно актуальною.

Мета дослідження. Оцінити роль мікробного фактора у виникненні гіперпластичних процесів ендометрія з метою оптимізації ефективності лікування вищевказаної патології.

Матеріал і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 94 жінок репродуктивного віку. Пацієнтки були розділені на 2 групи: основна, до якої увійшли 50 жінок із гіперпластичними процесами ендометрія й контрольна група – 44 практично здорові жінки репродуктивного віку з незмінним ендометрієм. На нашу думку, з огляду на можливість різноманітності мікрофлори в різних відділах сечостатевого тракту, більш доцільним є забір зразків для інфекційного дослідження саме з порожнини матки, отриманих під час (на початку) гістероскопії. Визначали наявність патогенної та умовно-патогенної бактеріальної мікрофлори, у тому числі збудників сексуально-трансмісивних