

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»  
ВГО «Асоціація неонатологів України»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької ОДА**



## **ПРОГРАМА**

**Науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**«ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ:  
ПРОБЛЕМИ, ДОСЯГНЕННЯ, ПРІОРИТЕТИ»  
присвяченої пам'яті вчителя – професора  
Михайленка Омеляна Трохимовича**

**21-22 лютого 2019 року  
м. Чернівці**



**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»  
ВГО «Асоціація неонатологів України»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької ОДА**

# **ПРОГРАМА**

**Науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**«ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ:  
ПРОБЛЕМИ, ДОСЯГНЕННЯ, ПРІОРИТЕТИ»  
присвяченої пам'яті вчителя – професора  
Михайленка Омеляна Трохимовича**

**21-22 лютого 2019 року  
м. Чернівці**

Вельмишановний (на) \_\_\_\_\_

Маємо честь запросити Вас прийняти участь у роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети» (присвячена пам'яті вчителя – професора Михайленка Омеляна Трохимовича), яка відбудеться 21-22 лютого 2019 року у м. Чернівці на базі Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводимуться у 2019 році» (п.20).

**Конференція відбудеться за адресою:** м. Чернівці, вул. Головна, 141, конференц-зали готельно-туристичного комплексу «Буковина».

**Реєстрація учасників** 21 лютого 2019 року з 8.00 до 9.00 у фойє готельно-туристичного комплексу «Буковина».

**Відкриття конференції – 21 лютого 2019 року о 9.30** в конференц-залі № 1 готелю «Буковина»

**Проживання** учасників та гостей в готелі «Буковина» за адресою: м. Чернівці, вул. Головна, 141

**Демонстрація матеріалів:** конференц-зали обладнані мультимедійними проекторами.

*Виказуємо сподівання на плідну співпрацю та обмін досвідом науковців, лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів, лікарів медичної генетики, ультразвукової діагностики, загальної практики-сімейної медицини, дитячих хірургів, що сприятиме розвитку сучасної перинатології й охорони материнства та дитинства.*

*З побажаннями успішної роботи та приємних зустрічей*

*Оргкомітет*

**Контактні телефони оргкомітету:**

**професор Кравченко О.В.** – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» тел. 095-659-35-54, email - [akusherstvo2@bsmu.edu.ua](mailto:akusherstvo2@bsmu.edu.ua)

**професор Годованець Ю Д.** – професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» тел. 050-618-99-59, email - [godovancec.julia@bsmu.edu.ua](mailto:godovancec.julia@bsmu.edu.ua)



**Омелян Трохимович Михайленко**  
член-кореспондент Академії медичних наук України,  
доктор медичних наук, професор  
(1933-1995)

Пам'яті патріарха акушерсько-гінекологічної школи, гордості вітчизняної науки, талановитого педагога, індивідуальності, яка гармонійно поєднувала в собі мудрість філософа, оптимізм працелюба та реалії вченого, чуйній, інтелігентній, скромній людині ми присвятили науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети».

Оргкомітет  
конференції

виділені з піхви та материнської поверхні плаценти, в якісному та кількісному співвідношенні співпадали з результатами обстеження новонароджених в 88,9%, що має велике значення в прогнозуванні ІЗУП.

Інфікування плода бактеріальними збудниками частіше спостерігалось при пологах через природні шляхи. Вірусні ураження або інфікування збудниками, які викликають ППСШ, вказували на їх трансплацентарну передачу. Аналізуючи захворювання у новонароджених від інфікованих матерів найбільш часто виявлялася вроджена пневмонія, респіраторний дистрес-синдром, затримка росту плода, омфаліт, низька оцінка за шкалою Апгар.

**Висновок.** Таким чином, згідно проведеному моніторингу інфекційних уражень плода та новонародженого у вагітних з МПП найбільш частими причинами ІЗУП були бактеріальна умовно-патогенна флора, інфекції, що передаються статевим шляхом, змішана флора та дисбіоз.

УДК: 618.146:616.9

## **ФІЗІОЛОГІЧНА ЕКТОПІЯ ШИЙКИ МАТКИ І ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ НИЗЬКОГО ТА ВИСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИЗИКУ**

Пацков А.О.

Одеський національний медичний університет,

м. Одеса

Рядом дослідників ектопія шийки матки у молодих жінок позиціонується як стан гістофізіологічної норми. Але інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ) може викликати різноманіття клінічних картин, розмірів і особливостей перебігу ектопії шийки матки. Генотипи ВПЛ, які інфікують слизову оболонку статевих органів, класифікують на генотипи високого або низького ризику, що засновано на їх онкогенному потенціалі при раку шийки матки. Близько 90% випадків інфікування ВПЛ перебігає безсимптомно і спонтанно розрішається протягом двох років. Проте

персистуюча інфекція з деякими типами ВПЛ можуть викликати рак та генітальні кондиломи. Типи ВПЛ 16 і 18 реєструються приблизно у 70 % випадків раку шийки матки у всьому світі, в той час як ВПЛ-типи 6 і 11 відповідальні за приблизно 90 % генітальних кондилом.

**Метою дослідження** було вивчення впливу ВПЛ на перебіг фізіологічної ектопії шийки матки.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено рандомізоване проспективне когортне дослідження 180 пацієток у віці 18-25 років, з яких 150 були з фізіологічною ектопією шийки матки і 30 без патологічних змін шийки матки. Діагноз встановлювали за допомогою розширеної кольпоскопії.

Було сформовано 3 групи пацієток: група I (n=50) – пацієтки з ектопією шийки матки і інфікуванням ВПЛ високого канцерогенного ризику (ВКР), група II (n=50) – пацієтки з ектопією шийки матки і ВПЛ низького канцерогенного ризику (НКР), група III (n=50) – пацієтки з ектопією шийки матки без інфікування ВПЛ. Також була набрана контрольна група жінок К (n=30), у яких не було виявлено патологічних змін шийки матки за даними розширеної кольпоскопії і на момент обстеження були негативні показники на типування ВПЛ ВКР та НКР методом полімеразної ланцюгової реакції (проведено подвійний ПЛР-контроль на типування ВПЛ).

Всі пацієтки були обстежені в наступному обсязі: збір анамнезу, бімануальне гінекологічне обстеження, цитоморфологічне дослідження зіскрібків екто- та ендocerвіксу, проста і розширена кольпоскопія, бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження, ПЛР-діагностика ВПЛ з визначенням онкогенного потенціалу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними цитоморфологічного дослідження встановлено, що у пацієток групи I на момент обстеження у більшій кількості випадків, порівняно з групою II, простежувалися зміни, характерні для ВПЛ (койлоцитоз, дискератоцити,

двоядерні клітини), – у 68,0 та у 48,0 % жінок відповідно (ВШ 2,32; 95 % ДІ 1,02-5,19). Ознак, характерних для ВПЛ за даними Пап-тесту, у пацієнток груп III і K не було виявлено. Гіперкератоз і паракератоз зустрічалися у цитограмах з однаковою частотою у всіх трьох групах: I – 44,0 % пацієнток, II – 38,0 %, III – 38,0 %.

Негативний на інтраепітеліальні плоскоклітинні ураження (NILM) зіскрібок мали 24,0 % пацієнток групи I (ВШ<sub>I-III</sub> 0,05; 95 % ДІ 0,02-0,14), 44,0 % групи II (ВШ<sub>II-III</sub> 0,13; 95 % ДІ 0,05-0,34) та 86,0 % – групи III. Атипові плоскі клітини невизначеного значення (ASCUS) виявлялись у 50,00 %, 38,00 % і 14 % пацієнток відповідно. Запальний тип мазка (реактивні та репаративні зміни) епітеліального шару шийки матки спостерігались у 20,0 % пацієнток групи I, у 18,0 % та 12,0 % пацієнток груп II та III відповідно. Інтраепітеліальні зміни низького ступеня тяжкості (LSIL) було виявлено у 18,0 % та 14,0 % пацієнток груп I і II; інтраепітеліальні зміни високого ступеня тяжкості (HSIL) було зареєстровано у 8,0 % та 4,0 % випадках серед жінок груп I та II. У пацієнток контрольної групи за даними цитологічного дослідження були відсутні плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження.

Кольпоскопічна картина у всіх випадках була адекватною, межа між багатошаровим плоским та циліндричним епітелієм візуалізувалася повністю. Ектопія шийки матки у жінок усіх трьох груп візуалізувалася в межах I-II-III умовних зон щодо зовнішнього зіву. У 46,0 % пацієнток ектопований епітелій розташовувався в межах зони I навколо зовнішнього зіву (до 10 мм) у групі I, у 14 (28,0 %) – у групі II, і у 17 (34,0 %) – у групі III. Діаметр зони ектопованого епітелію до 20 мм мав місце відповідно у 36,0 % пацієнток, у 40,0 % і у 34,0 % відповідно, більш за 20 мм – у 18,0 % жінок, у 32,0 % й 32,0 %. Площа ектопованого епітелію не мала взаємозв'язку з інфікуванням ВПЛ, онкогенним потенціалом вірусу, віком жінок, кількістю статевих партнерів.

За даними розширеної кольпоскопії у групі I з інфікуванням ВПЛ ВКР у 78,0 % випадків виявлялись виражені ураження (ступінь II аномальної

кольпоскопічної картини), такі як щільний ацетобілий епітелій з чіткими контурами, швидке побіління при проведенні проби з оцтом, ацетобілий щільний ободок навколо відкритих залоз, груба мозаїка і пунктуація, всередині ураження більш щільна ацетобіла ділянка, ознака бугристості (гребені), ацетобілий епітелій. Ступінь I аномальної кольпоскопічної картини із слабковираженим ураженням спостерігався у 22 % пацієнток групи I: реєструвався тонкий ацетобілий епітелій з нерівними нечіткими краями, ніжна мозаїка і пунктуація. Жінок з нормальною кольпоскопічною картиною у групі з фізіологічною ектопією і інфікуванням ВПЛ ВКР не було. У пацієнток групи II при наявності ектопії шийки матки та інфікування ВПЛ НКР частіше виявлявся I ступінь аномальної кольпоскопічної картини – у 56,0 % випадків (ВШ<sub>I-II</sub> 4,51, 95% ДІ 1,89-10,79), тоді як II ступінь аномальної кольпоскопічної картини – у 18,0 % пацієнток (ВШ<sub>I-II</sub> 0,06, 95% ДІ 0,02-0,17), нормальна кольпоскопічна картина – у 26,0 % жінок.

Жінок з фізіологічною ектопією шийки матки, інфікованих ВПЛ ВКР порівняно з пацієнтками з фізіологічною ектопією шийки матки, інфікованих ВПЛ НКР, відрізняла більша в 1,89 раз частота ніжної мозаїки (ВШ 3,78; 95 % ДІ 1,65-8,65); в 3,50 – грубої мозаїки (ВШ 5,31; 95% ДІ 1,91-14,75); в 3,67 – грубої пунктуації (ВШ 4,42; 95% ДІ 1,15-16,97); в 3,40 – лейкоплакії (ВШ 4,64; 95% ДІ 1,55-13,84); в 1,83 – петлеподібних судин при використанні зеленого фільтру (ВШ 3,73; 95 % ДІ 1,45-9,60); в 6,50 – інтраепітеліальних кондилом (ВШ 8,43; 95% ДІ 1,79-36,70); в 4,50 – гребенів (ВШ 5,27; 95% ДІ 1,08-25,79).

У категорії хворих з фізіологічною ектопією шийки матки та ураженням ВПЛ ВКР намічалася тенденція до формування нездорової епітелізації шийки матки, що проявлялося візуалізацією виражених уражень при атипівих кольпоскопічних картинах, що, у свою чергу, безумовно, необхідно враховувати при визначенні тактики спостереження чи лікування.

**Висновки.** Площа ектопованого епітелію не має взаємозв'язку з інфікуванням ВПЛ, онкогенним потенціалом вірусу, віком жінок, кількістю статевих партнерів. При інфікуванні ВПЛ ВКР пацієток з фізіологічною ектопією шийки матки спостерігається уповільнення процесів епітелізації та має місце схильність до формування аномальних кольпоскопічних змін вираженого ступеня і патологічних цитологічних змін шийкового епітелію, у 18,0 % жінок відмічаються плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження низького ступеня і у 8,0 % – високого. При наявності ектопії шийки матки та інфікування ВПЛ НКР частіше виявляються слабо виражені аномальні кольпоскопічні картини, менш виражені цитологічні зміни – у 14,0 % жінок відмічаються плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження низького ступеня і у 4,0 % – високого. При наявності фізіологічної ектопії шийки матки та без інфікування ВПЛ за даними розширеної кольпоскопії реєструються лише кольпоскопічні картини, притаманні здоровим жінкам, у 86,0 % жінок відсутні інтраепітеліальні ураження, у 14,0 % пацієток відмічаються атипові клітини плоского епітелію неясного значення.