

**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



Дослідження проведено на 76 препаратах плодів людини чоловічої статі без зовнішніх ознак анатомічних відхилень чи аномалій. Для дослідження також використані серії гістологічних зрізів передміхурової залози, а також препарати окремих чоловічих сечово-статевих органів плодів із музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету. Дослідження препаратів плодів масою 500,0 г і більше проведено у Чернівецькій обласній комунальній медичній установі «Патологоанатомічне бюро» згідно договору про співпрацю. Фіксація плодів проводилась спочатку в 5% розчині формаліну впродовж 7 днів, а потім протягом 30 днів у 10% розчині формаліну. Весь матеріал досліджений методами макромікропрепарування, а також нами використаний метод виготовлення серій гістологічних зрізів передміхурової залози та чоловічого сечівника у плодів різних вікових груп і морфометрії. Макроскопічне вивчення особливостей будови і топографоанатомічних взаємовідношень чоловічого сечівника проводили на комплексі органів таза. Перед фіксацією препаратів здійснювали забір матеріалу для гістологічного дослідження, який фіксували в забуференому нейтральному формаліні впродовж 8-10 діб. Фрагменти передміхурової залози та статевого члена плодів промивали проточною водою протягом 1-2 діб. Для уникнення набряку сполучної тканини препарати також поміщали на одну добу в 5% розчин сірчанокислого натрію. Зневоднення препаратів здійснювали шляхом проведення їх через батарею спиртів зростаючої концентрації (від 30° аж до абсолютного спирту включно). Заливали препарати парафіном. Як проміжне середовище між абсолютним спиртом і парафіном використовували ксилол або бензол. З парафінових блоків виготовляли гістологічні зрізи завтовшки 10 мкм. Зрізи виготовляли за допомогою санного мікротома в одній із трьох взаємноперпендикулярних площин (горизонтальній, фронтальній і сагітальній), що давало змогу просторово вивчати будову окремих структур та їхні взаємовідношення. Перед проведенням через батарею етилових спиртів деякі препарати тотально фарбували борним карміном, а після виготовлення гістологічних зрізів їх дофарбовували на предметних скельцях гематоксиліном і еозином, що цілком задовільняло мету дослідження. Після фіксації препаратів у канадському балзамі їх вивчали під мікроскопом. Виміри структур проводили окуляр-мікрометром і мікрометричною лінійкою.

Шляхом проведення морфометрії встановлені кількісні зміни залозистих утворень у передній стінці, правій і лівій бічних стінках, задній стінці, правій і лівій бічних борознах передміхурової частини сечівника, що дозволяє встановити нормативні морфометричні параметри залозистих утворень передміхурової частини сечівника впродовж плодового періоду людини. Кількість залозистих утворень передміхурової частини сечівника наведена в таблиці.

Таблиця

Кількісні зміни залозистих утворень передміхурової частини сечівника у плодів людини

Місяці	Загальна кількість	Передня стінка	Права бічна стінка	Ліва бічна стінка	Задня стінка	Права бічна борозна	Ліва бічна борозна
4	<u>37-69</u> 53	<u>2-14</u> 8	<u>1-4</u> 3	<u>1-5</u> 3	<u>23-39</u> 34	<u>1-7</u> 3	<u>1-5</u> 3
5	<u>68-99</u> 85	<u>14-35</u> 19	<u>2-6</u> 5	<u>2-8</u> 5	<u>19-48</u> 41	<u>5-12</u> 8	<u>4-11</u> 7
6	<u>66-81</u> 69	<u>9-15</u> 12	<u>3-7</u> 5	<u>2-5</u> 4	<u>26-44</u> 34	<u>3-10</u> 6	<u>2-7</u> 5
7	<u>66-81</u> 69	<u>8-12</u> 11	<u>3-13</u> 7	<u>3-10</u> 6	<u>21-42</u> 37	<u>3-7</u> 4	<u>2-6</u> 4
8	<u>64-80</u> 71	<u>9-14</u> 12	<u>3-12</u> 6	<u>2-11</u> 5	<u>31-47</u> 40	<u>3-9</u> 5	<u>3-8</u> 4
9	<u>61-73</u> 68	<u>9-13</u> 11	<u>3-9</u> 5	<u>3-10</u> 5	<u>34-44</u> 38	<u>3-7</u> 6	<u>3-8</u> 5
10	<u>69-83</u> 72	<u>10-14</u> 12	<u>5-11</u> 7	<u>3-10</u> 6	<u>36-41</u> 39	<u>3-8</u> 6	<u>3-7</u> 5

Примітка: у чисельнику – коливання кількості залозистих утворень, у знаменнику – середнє число за місяць.

Отже, на початку 5-го місяця внутрішньоутробного розвитку відбувається інтенсивний розвиток залозистих утворень передміхурової залози, їх загальна кількість на цій стадії найбільша. У подів 6 і 7 місяців відзначено сповільнення процесу формування залозистих елементів передміхурової залози. Впродовж плодового періоду онтогенезу людини найчисельнішими є залозисті утворення, що розгалужуються в товщі бічних відділів задньої стінки передміхурової частини чоловічого сечівника.

Товкач Ю.В.

#### СУЧАСНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ РАКУ ВОРОТАРНОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

В даний час основний метод лікування раку шлунка - хірургічна операція. Нині присвячено велику кількість публікацій стосовно лікування захворювань раку шлунка. Проте післяопераційна летальність залишається високою. Радикальним методом лікування раку виключно воротарної частини є субтотальна резекція шлунка. Найбільшого поширення набули операції по резекції, запропоновані Більротом, і вдосконалений варіант операції Більрота - Гофмейстера - Фінстерера.

При першому варіанті резекції шлунка (Більрот I) після видалення проксимальної частини шлунка, що має значний просвіт, частково вшивають з боку малої кривизни, але залишають незащитою ділянку з боку

великої кривизни, відповідний за розмірами діаметру дванадцятипалої кишки. Між куксою шлунка і дванадцятипалої кишкою накладають анастомоз за типом кінець у кінець. Метод фізіологічний, так як створює умови для нормального просування їжі. Однак далеко не завжди вдається підвести куксу шлунка до дванадцятипалої кишки.

При другому варіанті резекції шлунка (Більрот II) кукси дванадцятипалої кишки і шлунка зашивають наглухо, а потім створюють шлунково-тонкокишковий анастомоз за типом бік у бік. Петлю тонкої кишки підводять до культи шлунка позаду поперечної ободової кишки через отвір в mesocolon transversum. Модифікація цього способу за Гофмейстера-Фінстерера полягає в тому, що гастроентероанастомоз накладають по типу кінець у ізоперистальтичному напрямку. Ширина просвіту становить 5-6 см. Кінець кишки 2-3 швами підшивають до шлунка ближче до малої кривизни. Краї розрізу mesocolon вузловими швами підшивають до шлунка навколо створеного анастомозу.

Отже, резекція по Більрот II частіше використовується в сучасній хірургії, оскільки дозволяє виконати більш широку резекцію шлунка та регіонарних лімфовузлів, а також ефективнішу резекцію дванадцятипалої кишки, ніж при операції по Більрот I. Цей момент дуже важливий сьогодні, оскільки воротар не перешкоджає проростанню пухлини на дванадцятипалу кишку при раку пілороантрального відділу шлунка.

Тюленєва О.А.

#### МОРФОЛОГІЯ СУДИН МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ І МІОМЕТРІЯ ПРИ НЕЗРІЛОСТІ ПЛАЦЕНТИ НА ФОНІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Кафедра патологічної анатомії

Буковинський державний медичний університет

Частота залізодефіцитної анемії вагітних (ЗДАВ) у різних у регіонах України коливається в діапазоні – від 28% до 84%. Відомо, що ЗДАВ найбільш типово розпочинається з третього триместру гестації і сприяє розвитку хронічної недостатності посліду, в основі якої у більшості спостережень виявляється порушення дозрівання плаценти (І.С.Давиденко, 2010). З точки зору системного аналізу для з'ясування механізмів синдрому плацентарної недостатності необхідно досліджувати не тільки плацентарну тканину, а також безпосередньо анатомічно зв'язані із нею пуповину, плодове оболонки та матково-плацентарну ділянку, враховувати стан плода і матері (К. Benirschke, P. Kaufmann, 2006).

Метою дослідження було встановлення особливостей морфології судин матково-плацентарної ділянки і міометрія при незрілості плаценти на фоні ЗДАВ в аспекті хронічної недостатності посліду.

Вивчено 16 спостережень біопсій матково-плацентарної ділянки і міометрію при гальмуванні розвитку хоріального дерева плацент терміном гестації 37-39 тижнів на фоні ЗДАВ (по вісім спостережень без та з клінічними ознаками хронічної недостатності плаценти), а також шість спостережень біопсій матково-плацентарної ділянки і міометрія при плацентах з фізіологічним перебігом вагітності, коли кесарський розтин виконувався в зв'язку із вузьким тазом жінки, наявністю рубця на матці.

Для гістологічного дослідження матеріал фіксували у 10%-му водному розчині нейтрального забуференого формаліну, зневоднювали у висхідній батареї етанолу та заливали у парафін-віск. Гістологічні зрізи 5 мкм завтовшки фарбували з оглядовою метою гематоксиліном і еозином, а з метою кращої візуалізації фібрину та волокнистого компоненту сполучної тканини – хромотропом – водним блакитним за методом Н.З.Слінченка.

У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрію при плацентах з фізіологічним перебігом вагітності відмічені наступні особливості будови судинного русла. Більш висока концентрація спіральних артерій в одиниці площі гістологічного зрізу відмічалася у біоптатах проекції центральної частини плаценти порівняно з біоптатами проекції периферійних відділів плаценти. При цьому в спіральних артеріях мали місце характерні гестаційні перебудови відповідно норми, дещо виразніші у біоптатах проекції центральної частини плаценти порівняно з біоптатами проекції її периферії. Венозні судини розташовувалися переважно групами, так, що на гістологічних зрізах їх кількість коливалася від 2 до 6 на 1 мм<sup>2</sup>. У чотирьох спостереженнях концентрація судин венозного типу була рівномірною, в двох – спостерігалася підвищена концентрація венозних судин у біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрію у проекції периферійної частини плаценти.

У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрію у випадках плацент із гальмуванням розвитку хоріальних структур без клінічних ознак хронічної плацентарної недостатності, у 52-74% спіральних артерій у проекції периферійної частини плаценти не відмічалися необхідні для даного терміну гестації перебудови, зокрема, просвіт цих судин був вузьким, м'язова оболонка характеризувалася значною товщиною, практично без фібриноїдних змін, субінтимальний шар потовщений, склерозований. Стосовно венозних судин матково-плацентарної ділянки і міометрію було відмічено виражену гіперплазію венозних судин із збільшенням числа судин в 1 мм<sup>2</sup> гістологічного зрізу до 9-12. У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрія при незрілості плаценти з клінічними ознаками хронічної плацентарної недостатності спостерігалася у 60-82% судин відсутність тих чи інших гестаційних перебудов, зменшення кількості спіральних артерій. Венозні судини у проекції периферійної частини плаценти траплялися з частотою 1-3 на 1 мм<sup>2</sup> гістологічного зрізу, а у проекції центральної частини плаценти – 3-9 на 1 мм<sup>2</sup> гістологічного зрізу, причому в останньому випадку реєструвалися ознаки венозного застою.





Таким чином, у результаті проведених досліджень дійшли наступних висновків: 1. Особливостями судин матково-плацентарної ділянки і міометрія у спостереженнях плацент із гальмуванням розвитку хоріальних структур без клінічних ознак хронічної плацентарної недостатності є неповноцінна гестаційна перебудова спіральних артерій у проекції периферійної частини плаценти та компенсаторна гіперплазія венозних судин. 2. У спостереженнях незрілих плацент з клінічними ознаками хронічної плацентарної недостатності гестаційні перебудови спіральних артерій порушуються по всій матково-плацентарній ділянці за відсутності компенсаторної гіперплазії венозних судин. 3. В матково-плацентарній ділянці і міометрії при незрілих плацентах на фоні залізодefіцитної анемії вагітних створюються морфологічні передумови до порушення надходження материнської крові в інтервільозний простір та, можливо, порушення її відведення від плаценти, розвитку венозного застою, що є вагомим чинником матково-плацентарної форми недостатності посліду.

**Хмара Т.В., Бірюк І.Г.\***

#### **ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича,*

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії\**

*Буковинський державний медичний університет*

Розширення показань до хірургічних втручань на органах і судинах потребує цілеспрямованого вивчення їх топографоанатомічних особливостей на різних етапах онтогенезу. Особливості варіантів зовнішньої будови, форми і розмірів як окремих органів, так і органоконструкцій залежать від їх просторово-часових взаємовідношень, а також від стану функціональної активності певного органа в пренатальному періоді онтогенезу людини.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей будови і топографії ободової кишки у плодів людини 5-7 місяців.

Макроскопічне дослідження проведено на 27 препаратах плодів людини 136,0-270,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Матеріал фіксували в 7% розчині формаліну впродовж двох тижнів, після чого методом тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи вивчали особливості зовнішньої будови та синтопію частин ободової кишки у плодів 5-7 місяців, проводили їх морфометрію.

При виконанні дослідження у чотирьох плодів людини виявлені варіанти будови і топографії частин ободової кишки. Так, у плода людини 180,0 мм ТКД сигмоподібна ободова кишка прилягала до задньоприсередньої поверхні лівого яєчка, а до бічної поверхні дистальної частини сигмоподібної ободової кишки примикала присередня поверхня правого яєчка. У дослідженого плода нижня брижова артерія відходила від черевної частини аорти у місці її роздвоєння на праву і ліву загальні клубові артерії.

При дослідженні плода 215,0 мм ТКД виявлена варіантна анатомія сигмоподібної ободової кишки. Так, місце переходу низхідної ободової кишки в сигмоподібну ободову кишку щільно прилягало до бічної стінки черевної порожнини і визначалося латеральніше бічного краю великого поперекового м'яза. Позаду цього переходу знаходився клубовий м'яз, відмежований від низхідної ободової кишки незначною щільною. Сигмоподібна ободова кишка П-подібної форми і внаслідок особливостей її зовнішньої форми і топографії у ній розрізнялися: ліва висхідна частина, довжиною 19,0 мм; горизонтальна частина (23,5 мм) і права низхідна частина, довжиною 18,0 мм. Брижа сигмоподібної ободової кишки утворена двома листками очеревини, – верхнім і нижнім, та розміщувалась у горизонтальній площині. Ширина брижі сигмоподібної ободової кишки в середній частині становила 17,2 мм, а в бічних відділах – 4,8 мм. Ліва висхідна частина сигмоподібної ободової кишки піднімалась майже вертикально доверху, паралельно до низхідної ободової кишки. Горизонтальна частина сигмоподібної ободової кишки фіксована брижою до задньої стінки живота, розміщуючись паралельно нижньому краю печінки. Права низхідна частина сигмоподібної ободової кишки знаходилась паралельно до сліпої та висхідної ободової кишки. До передньобічної стінки правої низхідної частини сигмоподібної ободової кишки прилягали три петлі клубової кишки, які заповнювали проміжок нижньої частини правої брижової пазухи. Слід зазначити, що місце переходу клубової кишки у висхідну ободову знаходилося на присередній стінці цієї кишки на відстані 2,0 мм від верхівки. Внаслідок того, що у дослідженого плода сліпа кишка недорозвинена, її висота становила всього 2,0 мм. Перехід сигмоподібної ободової кишки у пряму кишку знаходився справа від середньої сагітальної площини на відстані 4,5 мм.

У плода 230,0 мм ТКД поперечна ободова кишка мала дві петлі, кожна з яких складалася з висхідної і низхідної частин. Обидві петлі мали чітку брижу. Низхідна ободова кишка, завдовжки 20,0 мм, знаходилась справа, вкрита очеревиною спереду і частково з боків, і на відстані 11,0 мм від правої верхньої передньої клубової ості переходила у сигмоподібну ободову кишку, довжина якої становила 38,0 мм. Проксимальна частина сигмоподібної ободової кишки визначалась ближче до правої клубової ямки, а дистальна – посередні черевної порожнини.

У плода 260,0 мм ТКД висхідна ободова кишка, довжиною 20,0 мм, розміщувалась вертикально, прилягаючи до бічного краю правої нирки. Висхідна ободова кишка при переході в поперечну ободову кишку утворювала з останньою прямий кут. Місце переходу висхідної ободової кишки в поперечну ободову кишку знаходилося біля нижнього краю правої частки печінки по середній пахвовій лінії. Поперечна ободова кишка, зигзагоподібної форми, довжиною 86,0 мм, вкрита очеревиною з усіх боків, мала брижу. Місце зміни напрямку поперечної ободової кишки з горизонтального у вертикальний знаходилося на рівні входу пупкової вени в



печінку. Місце переходу поперечної ободової кишки в низхідну ободову кишку розміщувалося на рівні воріт селезінки.

Процес становлення топографоанатомічних взаємовідношень окремих частин ободової кишки у плодів людини є достатньо динамічним та знаходиться в корелятивному зв'язку з розвитком органів і структур черевної порожнини і таза. Синтопічні взаємовпливи інтенсивно проявляються у плодовому періоді онтогенезу людини, про що свідчить варіабельність форми й положення частин ободової кишки у плодів як однієї, так і різних вікових груп.

**Шендерюк О.П.**

#### **ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ЛУЖНОЇ ФОСФАТАЗИ У ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПОСЛІДУ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Буковинський державний медичний університет*

Запалення посліду є можливою причиною плацентарної недостатності. Одним із найбільш важливих проявів останньої можуть бути порушення стану білків хоріальних ворсинок плаценти. Слід зазначити, що на даний час при запаленні посліду не вивчено стан у такого специфічного білка трофобласта, як плацентарна лужна фосфатаза.

Метою дослідження було встановлення кількісних параметри активності та концентрації специфічного плацентарного білка «плацентарної лужної фосфатази» в трофобласті хоріальних ворсинок при різних видах запалення посліду. Матеріали та методи: вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні, гістохімічні та імуногістохімічні методи дослідження плаценти.

Слід відзначити, що як імуногістохімічним, так і гістохімічним методами позитивне забарвлення на плацентарну лужну фосфатазу виявлялося тільки в трофобласті всіх варіантів хоріальних ворсинок. Це забарвлення мало нерівномірний гранулярний характер і в межах трофобласта локалізувалося тільки в його цитоплазмі, в ядрах забарвлення не відмічено.

Отримані дані виявили цікаву закономірність, яка полягала в тому, що за виключенням такого виду гострого запалення посліду, як гострий фунікуліт, при інших видах гострого запалення посліду знижувалася як концентрація, так і ферментативна активність плацентарної лужної фосфатази, тоді, коли при хронічних формах запалення посліду статистично вірогідного зниження концентрації і ферментативної активності плацентарної лужної фосфатази не виявлено.

Таким чином, можна дійти наступних висновків: При гострих формах запалення посліду, за виключенням гострого фунікуліту, у трофобласті хоріальних ворсинок суттєво знижується як концентрація плацентарної лужної фосфатази, так і її ферментативна активність, причому у відсотковому вимірюванні активність ферменту знижується більш сильно, ніж його концентрація. При хронічних формах запалення посліду в трофобласті хоріальних ворсинок не відмічається статистично значимого зниження концентрації чи ферментативної активності плацентарної лужної фосфатази.

**Шендерюк О.П.**

#### **ЗМІНА КОНЦЕНТРАЦІЇ ПЛАЦЕНТАРНИХ ГОРМОНІВ У ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПОСЛІДУ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Буковинський державний медичний університет*

Запалення посліду є можливою причиною плацентарної недостатності. Одним із найбільш важливих проявів останньої можуть бути порушення продукції плацентарних гормонів трофобластом хоріальних ворсинок плаценти. Слід зазначити, що дотепер не вивчалася концентрація плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну у трофобласті хоріальних ворсинок залежно від різновиду запалення посліду.

Метою дослідження було встановлення імуногістохімічним методом на основі комп'ютерної мікроденситометрії концентрації плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну в трофобласті хоріальних ворсинок плаценти при різних видах запалення посліду. Матеріал і методи: вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні, гістохімічні та імуногістохімічні методи дослідження плаценти.

Згідно отриманих даних, при всіх видах запалення посліду, за виключенням гострого фунікуліту, має місце вірогідне зниження оптичної густини специфічного забарвлення при обох методиках, тобто можна констатувати зниження концентрації як плацентарного лактогену так і хоріонічного гонадотропіну. Найбільше значне зниження концентрації обох гормонів відмічено при гострому віллузиті з інтервіллузитом та при хронічному базальному децидуїті. Якщо сильне зниження концентрації плацентарних гормонів при віллузиті з інтервіллузитом можна пояснити прямим ушкодженням трофобласта в зв'язку із запаленням хоріальних ворсинок і високою присутністю активованих поліморфноядерних лейкоцитів безпосередньо біля трофобласта, то факт значного зниження концентрації плацентарних гормонів при хронічному базальному децидуїті потребує подальших досліджень для пояснення цього явища.

Таким чином, встановлено, що згідно імуногістохімічного дослідження при всіх видах запалення посліду, окрім гострого фунікуліту, відмічається суттєве зниження концентрації плацентарного лактогену та