

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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. Івашук 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016

Вагітним зі звичним невиношуванням вагітності рекомендувати інвазивні молекулярно-генетичні методи пренатальної діагностики (флуоресцентна гібридизація *in situ* (FISH-метод), метод кількісної флуоресцентної полімеразної ланцюгової реакції (КФ-ПЛР, QF-PCR), мультиплексна лігазна ланцюгова реакція (МЛЛР), метод порівняльної геномної гібридизації (ПГГ) в амніотичній рідині та ворсинках хоріона.

Боднарюк О.І.

ПОРІВНЯЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Відомо, що клітини імунної системи знаходяться в крові або в периферичних тканинах. Для швидкої інтегральної відповіді на антигенний стимул імунна система використовує комунікативний зв'язок, підключаючи цитокіни та інші розчинні медіатори. Центральну роль у регуляції імунної відповіді відіграють цитокіни, які представляють велику групу розчинних факторів міжмолекулярної взаємодії, в яку входить інтерферон, інтерлейкіни, ростові фактори.

Нами вивчена концентрація деяких цитокінів у периферичній крові дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит.

Таблиця

Цитокіни	Група порівняння (n=36)	Основна група (n=35)	Ступінь імунних порушень	P
Інтерлейкін-1 β (IL-1 β)	1,35 \pm 0,05	1,59 \pm 0,56	I	>0,05
Інтерлейкін-4 (IL-4)	1,25 \pm 0,31	1,84 \pm 0,31	II	>0,05
Інтерлейкін-10 (IL-10)	2,20 \pm 0,57	3,17 \pm 0,50	II	>0,05
Фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП- α)	2,43 \pm 0,47	3,58 \pm 0,34	II	>0,05

Показано, що у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит, ускладнений урологічною патологією, не тільки виявляється більше мікробне навантаження і зростання його за рахунок персистенції у сечі умовно-патогенних ентеробактерій, а також формується тенденція до збільшення концентрації у периферичній крові прозапальних (інтерлейкіну-1 β на 17,78%, інтерлейкіну-4 – на 47,20%, фактору некрозу пухлин – на 44,09%) та протизапального цитокіну (інтерлейкіну-10) – на 47,33%.

Таким чином, формування запального процесу додатків матки у дівчат пубертатного віку супроводжується персистенцією умовно-патогенних мікроорганізмів, що відносяться до 12 різних таксономічних груп. У відповідь на контамінацію і персистенцію мікроорганізмів формується адекватна імунна відповідь, що підтверджується суттєвим зростанням концентрації прозапальних (IL-1 β , IL-4, ФНП- α) і протизапальних (IL-10), які регулюють провідні процеси формування гуморальної та клітинної імунної відповіді, а також підсилюють активність факторів і механізмів неспецифічного протипатогенного захисту.

Першим бар'єром, що приймає на себе удар контамінованого у піхві мікроорганізму, є поверхня слизової оболонки піхви. Існує велика кількість неспецифічних і специфічних імунних факторів і механізмів, які беруть участь у запобіганні розвитку захворювання. Ці фактори викликають механізми, що впливають на адгезію, колонізацію, ріст і розмноження контамінованого мікроорганізму головним специфічним механізмом захисту поверхонь слизової оболонки піхви є постійна мікробозалежна продукція антиген специфічного секреторного імуноглобуліну А (sIgA). Його рівень у секреті слизової оболонки піхви засвідчує про її протимікробний захист. У практично здорових дівчат пубертатного віку рівень sIgA становить 0,13 \pm 0,01 г/л, у дівчат такого ж віку, хворих на сальпінгоофорит, його концентрація становить 0,95 \pm 0,14 г/л, що у 7,31 раза більше (P<0,01). При цьому концентрація sIgA у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит без супутньої урологічної патології, складає 0,74 \pm 0,16 г/л, що у 5,69 раза більше (P<0,05), ніж у практично здорових дівчат відповідного віку.

У дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит із супутньою урологічною патологією концентрація sIgA у вмісті порожнини піхви склала 1,16 г/л, що у 8,93 раза (P<0,001) більше, ніж у практично здорових ровесниць.

Порівнюючи концентрацію sIgA у вмісті порожнини піхви дівчат, хворих на сальпінгоофорит без супутньої урологічної патології (0,74 \pm 0,16г/л) і з їх ровесницями з сальпінгоофоритом, поєднаного з урологічною патологією (1,16 \pm 0,11 г/л) можливо констатувати, що мікробний фактор сприяє підвищенню концентрації sIgA у вмісті порожнини піхви на 56,76% (P<0,05).

Отже, у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит без ускладнень урологічною патологією запального генезу, а також з ускладненим суттєво зростає концентрація у вмісті порожнини піхви секреторного імуноглобуліну А (sIgA). Ступінь зростання прямо пропорційна мікробному навантаженню та ускладненню урологічною патологією.

Булик Т.С.

ПЕРИНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«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 КМУ «Пологовий будинок №1» м.Чернівці. Вік вагітних склав від 22 до 41 року (у середньому 30 \pm 4,4 роки).

Було відмічено, з ступенем прогресування ожиріння артеріальна гіпертензія діагностовано в 3 рази частіше, а захворювання сечовивідної 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 було 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 повторновагітних попередня вагітність завершилась артифіціальним абортотом.

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 прееклампсії 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 тримістер 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 загрозливим 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 пологорозрішенні в доношений термін. Передчасних пологів не реєструвалося.

Насторожує той факт, що у жінок саме з III ст. ожиріння (3%) було зафіксовано запізнілі пологи. Шляхом кесарського розтину було пологорозрішено 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 переводу 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.

Гошовська А.В.

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності у жінок з проявами ГА, показав, що він був ускладнений загрозою переривання вагітності, ПД, дистресом плода, ЗРП, аномаліями пологової діяльності, несвоєчасним вилізом навколоплідної рідини, які обумовили високу частоту розродження шляхом кесарського розтину. У вагітних із ГА, період гестації супроводжується високою частотою загрози переривання вагітності на тлі істміко - цервікальної недостатності. Після 20 тижнів вагітності значним рівнем гестаційної анемії; ПД; загрози передчасних пологів і прееклампсії.

Частота передчасних пологів у цих вагітних складає 23,3%, а серед основних причин частіше інших зустрічається передчасний розрив плодових оболонок (57,1%), у 28,6% спостережень мала місце підвищена



скорочувальна активність матки і тільки в одному випадку (14,3%) – дострокове розродження шляхом операції кесарева розтину в зв'язку з хронічним дистресом плода на тлі ПД і ЗРП III ступеню.

Надлишок андрогенів під час вагітності призводить до склеротичних змін і стазу в мікроциркуляторному руслі, підвищенню ламкості судин міометрія і плаценти, що негативно впливає на стан матково - плацентарного кровообігу і призводить до порушення функціонування фетоплацентарної системи, розвитку плацентарної дисфункції і внутрішньоутробному стражданню плода.

Провівши гістохімічне, люмінесцентне та імуногістохімічне дослідження елементів плідного яйця: трофобласту, клітин Гобфауера та ендотелію васкуляризованих хоріальних ворсинок, інвазивного цитотрофобласту та фрагментів децидуальнозміненого ендометрію встановлено, що при гіперандрогенії найбільше вражається трофобласт хоріальних ворсинок плаценти, особливо його білки (як специфічні так і неспецифічні) та поверхня трофобласта – мікрворсинки, а також інвазивний трофобласт і децидуоцити, особливо їх протесні.

Лікування гіперандрогенії призводить до нормалізації середніх показників стану окиснювальної модифікації білків трофобласта хоріальних ворсинок, процесів протсолізу в трофобласті хоріальних ворсинок, інвазивному трофобласті та децидуальних клітинах, концентрації трофобластичного бета-глікопротеїну в трофобласті хоріальних ворсинок, лікування також відновлює мікрворсинки трофобласта.

Водночас, лікування гіперандрогенії хоч дещо покращує, але все ж не нормалізує процеси окиснювальної модифікації білків інвазивного трофобласта та децидуальних клітин фрагментів децидуально зміненого ендометрію, концентрацію хоріонічного гонадотропіну трофобласта хоріальних ворсинок, а щодо концентрації специфічного білка вагітності - трофобластичного бета-глікопротеїну в інвазивному трофобласті хоріальних ворсинок, то лікування її не змінює.

Гресько М.Д.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ В ПЕРИМENOПАЗУЗІ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В Україні вчені, які займаються проблемою менопаузи, намагаються зруйнувати домінуючу точку зору про невтручання в природний біологічний процес старіння організму і пасивне спостереження за інволютивними процесами. Клініцисти не завжди приділяють належну увагу наслідкам дефіциту естрогенів у віддаленій термін постменопаузи, що проявляється розвитком метаболічного синдрому, зростанням серцево-судинних захворювань, остеопорозу. Дотепер не було єдиної думки щодо тактики диференційованого підходу при призначенні ЗГТ з обліком наявних системних порушень у жінок

Особливості клінічного перебігу і системних порушень в перименопаузі у хворих, що в анамнезі страждали на ендокринну безплідність та невиношування вагітності, виявили переважання нейровегетативних розладів (84%), обмінно-трофічних порушень (32%), змін шкіри та її придатків (40,8%), а нестабільність артеріального тиску і серцебиття відзначала кожна третя жінка. Гіпотиреоз виявлено в 27,6% випадків, доброякісну дисплазію молочних залоз в 51%, у кожній п'ятій пацієнтки (21,6%) відмічено зниження мінеральної щільності кісткової тканини, що перевищує середньорічні темпи її втрати. Індивідуалізація ЗГТ у пацієнток з порушеною репродуктивною функцією в анамнезі визначена не тільки клінічною варіантністю КС, але і з урахуванням екстрагенітальної патології, що вимагає впровадження розробленого нами діагностичного алгоритму і стало підставою для такої стратегії ЗГТ: при гіпотиреозі до призначення ЗГТ необхідно провести його медикаментозну корекцію; при патології гепатобіліарної системи застосування гепатопротекторів; у пацієнток з лейоміомою матки після хірургічного втручання і цереброваскулярних розладах застосування бетасерку; при ендометріозі і соматоформних порушеннях транквілізатори, натуропатичні препарати, антидепресанти; для профілактики тромбоемболічних ускладнень у осіб високого ризику трансдермальне призначення 17β-естрадіолу з натуральним прогестероном при інтактній матці; при порушенні біотопу піхви і початкових проявах урогенітальних розладів естроген з місцевою дією промєстрили як монотерапія або в поєднанні із ЗГТ, що підвищувало комплаєнтність ЗГТ.

Проте залишається багато не вирішених питань, які потребують подальшого вивчення: насамперед оцінка ступеня користі і ризику при довгостроковій ЗГТ у зв'язку з онкологічною настороженістю лікаря через реакцію гормонозалежних органів-мішеней (ендометрію, молочних залоз) на проведені лікування та інші.

Необхідно впровадити в клінічну практику новий підхід до комплексного обстеження і ведення пацієнток в період менопаузи, а саме менеджмент менопаузи цілісний підхід до підтримки здоров'я і збереження якості життя жінок в клімактерії, який має на увазі здоровий спосіб життя, а також відповідну терапію, яка повинна сприяти поліпшенню якості життя і ефективно усувати менопаузальні симптоми (припливи жару, порушення сну, перепади настрою), надавати протективну дію на кісткову тканину, позитивно впливати на сексуально-функцію і лібідіо, знижувати число побічних ефектів за рахунок низьких доз і мати сприятливий серцево-судинний профіль.

Саме зміна стилю життя та замісна гормональна терапія є основними методами попередження гормонозалежних захворювань та підтримки високої якості життя у жінок в клімактерії.



Дикусаров В.В.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Кафедра акушерства і гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Найбільш частою патологією в сучасному акушерстві є плацентарна дисфункція, причини якої різноманітні, а наслідки непередбачувані. Групу ризику щодо виникнення плацентарної дисфункції складають жінки, у яких були передчасні пологи в анамнезі, гестози у попередніх вагітностях, більше 3 самовільних викиднів або замерлих вагітностей, паління та систематичне вживання алкоголю під час вагітності, наявність екстрагенітальної патології, такої як цукровий діабет, геморагічні васкуліти, тромбоцитопатії, хронічні захворювання нирок та печінки, важкі форми анемії, ожиріння III-IV ступеня.

Частота плацентарної дисфункції досить висока і виявляється у 3-4% здорових жінок з необтяженим перебігом вагітності, а за наявності різних патологій – коливається від 24-46%. Майже у кожній другій жінки з преєклампсією розвивається плацентарна дисфункція.

Метою дослідження було оцінка ефективності використання поліферментної суміші «Полієнзим-4» в профілактиці та лікуванні плацентарної дисфункції у вагітних з преєклампсією. В основу роботи покладено комплексне обстеження 30 вагітних жінок з преєклампсією, щодо ризику виникнення плацентарної дисфункції.

Основну групу склали 20 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, яким проводили терапію, запропонованою нами схемою. Контрольну групу склали 12 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, які не отримували терапії поліферментною сумішшю. Комплексне обстеження включало вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу, загальне клінічно-лабораторне обстеження, визначення особливостей перебігу даної вагітності пологів та післяпологового періоду. Оцінювали основні характеристики гемостазіограми: час рекальцифікації, активованій парціальній тромбoplastинний час, активність тромбіну III, індекс спонтанної агрегації тромбоцитів. Діагностика плацентарної дисфункції базувалася на основі клінічного дослідження, даних ультразвукової діагностики, кардіомоніторного спостереження, результатів гістологічного дослідження плацент після народження.

Вік жінок як основної так і контрольної групи був приблизно однаковим і коливався в межах від 20 до 37 років. Середній вік склав в основній групі 26,8±0,76 років, в контрольній -26,4±0,80 років. У ході проведення клінічно-статистичного аналізу нам вдалося з'ясувати, що серед жінок досліджуваних груп за соціальним статусом переважну більшість склали службовці – 45%. Під час вивчення репродуктивної функції, встановлено, що обидві групи складались з повторновагітних. У жінок обох груп в анамнезі були самовільні викидні та штучні переривання вагітності. Вивчаючи супутню екстрагенітальну патологію у жінок обох груп, з приблизно однаковою частотою виявлялись такі захворювання як ожиріння, хронічні захворювання нирок і печінки, артеріальна гіпертензія. Таким чином, досліджувані групи жінок були паритетними за віком, соціальним статусом, акушерсько-гінекологічним анамнезом та супутньою екстрагенітальною патологією.

Лікування плацентарної дисфункції проводилось серед жінок основної групи в терміні 20-36 тиж. гестації. Вагітні отримували ензимофітопрепарат «Полієнзим-4», створений на основі лікарських трав півострову Крим та гомогенатів тканин, складовими компонентами якого є: ферменти, цитомедіни, фосфоліпіди, амінокислоти, вітаміни E, C, K, B1, B2, B6, мікроелементи Fe, Ca, Na, K, Mg, Mn, Cu, Zn та інші. Жінки основної групи отримували «Полієнзим-4» по 0,5 чайної ложки за 20-30 хвилин до прийому їжі 3 рази на день протягом 3-х тижнів.

Під час проведення дослідження зміни первинного коагуляційного гемостазу та фібринолітичної системи нами було встановлено, що у жінок з преєклампсією спостерігалось зниження активного парціального тромбoplastинного часу, що при зниженні активності антитромбіну III на 25,8%, підвищенні в 1,6 рази індексу спонтанної агрегації тромбоцитів, відсотку адгезивних тромбоцитів у 1,2 рази в порівнянні із нормальними показниками, дозволяє оцінити загальний потенціал крові як гіперкоагуляційний з переважною активацією первинного гемостазу.

Таким чином, використання ензимофітотерапії в профілактиці і лікуванні плацентарної дисфункції у жінок з преєклампсією сприяє покращенню показників гемостазу. Застосування запропонованої нами схеми корекції значно зменшує частоту розвитку дисфункції плаценти в пізній термін вагітності у жінок з преєклампсією, тим самим, сприяє зниженню акушерських та перенатальних ускладнень.

Каліновська І.В., Кондра Д.О.

ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ, РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Кафедра акушерства і гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Фетоплацентарна недостатність – це симптомкомплекс, який відображає патологічний вплив на плід і новонароджену дитину ушкоджуючих факторів організму матері та оточуючого середовища. Федорова М.В. (1978) вперше поклали в вітчизняній літературі питання про трактування суті даного виду патології з позицій етіології і патогенезу залежно від стану компенсаторно-приспосувальних механізмів плаценти молекулярному, клітинному та органному рівнях. Цим авторським колективом розроблена класифікація фетоплацентарної