

**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



гомогенатів тканин, складовими компонентами якого є: ферменти, цитомедина, фосфоліпіди, амінокислоти, вітаміни E, C, K, B1, B2, B6, мікроелементи Fe, Ca, Na, K, Mg, Mn, Cu, Zn та інші. Жінки основної групи отримували "Полізім-4" по 0,5 чайної ложки за 20-30 хвилин до прийому їжі 3 рази на день впродовж 3-х тижнів.

Під час проведення дослідження змін первинного коагуляційного гемостазу та фібринолітичної системи нами було встановлено, що у жінок з преєклампсією спостерігалось зниження активного парціального тромбoplastичного 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.

Отже, 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 пізні терміни вагітності у жінок з преєклампсією, тим самим, сприяє зниженню акушерських та перинатальних ускладнень.

Каліновська І.В.

ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ

Кафедра акушерства і гінекології

Буковинський державний медичний університет

Фетоплацентарна недостатність – це симптомокомплекс, 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-приспосовувальних механізмів молекулярному, клітинному та органному рівнях. Цим авторським колективом розроблена класифікація фетоплацентарної недостатності по періоду і функціональному принципу, визначені основи клініко-лабораторної діагностики недостатності плаценти, гіпоксичного симптомокомплексу плоду, порушення його росту і розвитку.

В подальшому вчення про функціональну недостатність плаценти, плацентарного ложа і плодкових оболонок розвинув В.С.Радзінський (1985,1986,1999), обґрунтувавши клініко-функціональну класифікацію хронічної фетоплацентарної недостатності (ХФПН) при гестозі, як найбільш важкому екзогенному, етіопатогенетичному факторі розвитку патології поза зародкових утворень. Однак перинатальна патологія при ХФПН маніфестує себе не лише перерахованими проявами, але й формуванням пошкоджень ЦНС, як найбільш чутливого до гіпоксії органу.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження є обґрунтування клінічної моделі перинатального ураження центральної нервової системи в періоді новонародженості і профілактика інвалідизації в ранньому віці.

Проведений аналіз показав, що найбільш важкі форми перинатальних уражень ЦНС новонародженого, які в подальшому визначають інвалідизуючу патологію з дитячого віку, формуються при суб- і декомпенсованій формі ХФПН. В зв'язку з цим нами проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плоду в залежності від форми хронічної фетоплацентарної недостатності для формування інформативних ознак групи ризику.

Соматичний анамнез жінок з суб- і декомпенсованими формами ХФПН обтяжений захворюваннями, які традиційно являються фононими для розвитку гестозу а недостатності фетоплацентарному комплексу. Та перш за все це гіпертонічна хвороба. Гестаційний пієлонефрит при цьому виді патології реєструється в два рази частіше, ніж при компенсованій стадії. Пацієнтки з важкими формами ХФПН мають в анамнезі захворювання геніталій, які супроводжуються олігоменореєю.

Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю, звичним не виношуванням, особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортми. Більше однієї третини пацієнток (36,8+6,84%) при декомпенсації плацентарної недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях важкі або ускладнені форми гестозу (пре- і еклампсія, завчасне відшарування плаценти, дострокові пологи) (р <0,01). Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігались в 10,5+0,32% пацієнток, що достовірно вище ніж при компенсованій формі ХФПН (р<0,01).

Таким чином анамнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику по розвитку важких форм ХФПН, яку склали пацієнтки з порушенням оваріально- менструального циклу по типу олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним пієлонефритом, з важкими та ускладненими формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені нерозвиваючою вагітністю, звичним не виношуванням, медичними абортми, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом. Аналіз клінічного перебігу вагітності, що розвивається, показав - у пацієнток з декомпенсованою формою ХФПН спостерігається патологія розміщення хоріону (передлежання, низьке розміщення) (р<0,01). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласту в спіральній маточній артерії. Перманентна загроза перериває, різні види урогенітальної і внутрішньоутробної інфекції в 1 та 2 триместрах вагітності реєструвались з однаковою частотою при всіх стадіях ХФПН.

Косілова С.Є.

ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЖІНОЧИХ СТАТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Кафедра акушерства і гінекології

Буковинський державний медичний університет

По даним більшості досліджень останнього десятиріччя, ХЗЗСО відносяться до змішаних полімікробних інфекцій, збудниками яких є асоціації грам-позитивних та грам-негативних аеробних і анаеробних бактерій. Крім того, збільшилась роль Torch - інфекцій, які вражають епітелій цервікального каналу, ендометрію, маткових труб.

Проблема діагностики, своєчасного та ефективного лікування ХЗЗСО залишається важливою, т.я. приводить до порушення менструальної і репродуктивної функції (непліддя, позаматкова вагітність, не виношування вагітності), впливає на стан плода (розвиток фетоплацентарної недостатності, дистресу плода, його внутрішньоутробного інфікування), працездатність, повсякденне життя.

Метою даного дослідження був аналіз результатів лікування ХЗЗСО різними антибактеріальними препаратами.

Пацієнтки були розділені на 2 групи. За віком, тривалістю захворювання, характером виявлених збудників вони однорідними. Жінки першої групи (32 хворі) в якості протизапальної терапії отримували Заноцин ОД по 800мг 1 раз на добу впродовж 10 днів, враховуючи тривалий хронічний характер захворювання. Жінки другої групи (32 хворі) отримували цефтріаксон і гентаміцин в середньо терапевтичних дозах. З метою впливу на анаеробну мікрофлору призначали тинідазол - по 500 мг 2 рази на добу, 10 днів, інтравагінально - тержинан, 10 днів. В результаті проведеного дослідження з'ясовано: використання препарату Заноцин ОД є дуже ефективним, в лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, що підтверджено клінічними і лабораторними даними.

Спільне протизапальне лікування подружніх пар дає кращі клінічні результати. Висока комплаєнтність і ефективність Заноцину ОД дає можливість широко використовувати його навіть в амбулаторних умовах.

Кравченко О.В.

РОЛЬ СЕЛЕКТИВНИХ ЕСТРОГЕН РЕЦЕПТОРНИХ МОДУЛЯТОРІВ В КОРЕКЦІЇ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ В АНАМНЕЗІ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Буковинський державний медичний університет

На початку XXI століття люди віком старше 65 років становлять 10-16 %, прогнозується зростання цього показника майже вдвічі у 20-ті роки даного століття. Враховуючи, що середня тривалість жінок в Україні становить 76 років, а вік настання менопаузи в середньому 51 рік, стає зрозумілим, що третину свого життя жінка проживає у стані дефіциту статевих гормонів.

Сьогодні у розпорядженні лікарів є декілька груп препаратів, які використовуються для лікування перименопаузальних порушень. Це фітогормони, які відносно безпечні, але не достатньо ефективні. Препарати ж замісної гормональної терапії (ЗГТ) навпаки ефективні, але небезпечні так як можуть призводити до підвищеної проліферативної активності в репродуктивних органах. Стає зрозумілим, чому лікарям потрібні альтернативні методи терапії перименопаузальних порушень. Одним із препаратів, який відносить до альтернативних методів терапії КС є сагеніт.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначити переваги використання препарату сагеніт при перименопаузальних розладах у жінок з ендометріозом в анамнезі.

Під нашим спостереженням було 44 пацієнти з проявами клімактеричного синдрому та ендометріозом в анамнезі. Дослідження проведено у жінок з тривалістю менопаузи від 1 до 8 років. Всі досліджувані жінки отримували щодня довготривало, препарат сагеніт по 1 таблетці, яка містить 100 мг активної речовини - сипетін. Це новий клас фармакологічних засобів – селективний естроген рецепторний модулятор, якому притаманний змішаний і селективний принцип дії, що залежить від пошкодженої тканини.

В групі жінок, які отримували сагеніт відмічене достовірне зниження частоти та вираженості симптомів клімактеричного синдрому. «Приливи» до лікування були відмічені у 88,6% обстежених, через 9 місяців лікування - у 25% жінок. Пітливість також зустрічалась у 86,3% жінок до лікування, в динаміці прийому сагеніту даний показник знизився відповідно до 22,7%. Такий симптом, як серцебиття також знизився після 9 місяців лікування до 9,0%. Що стосується психоемоційних симптомів, то ми бачимо достовірне зниження дратівливості та збудливості з 56,8% до 22,7%.

Практично не мінялась ступінь вираженості метаболічних симптомів, виключення склали м'язево-суглобні болі, які значно зменшились після 9 місяців лікування. Не змінною залишилась і вага обстежених жінок (в середньому до лікування 71,5 ± 1,1 кг, після 9 місяців 71,8 ± 1,3 кг).

До початку лікування, через 6, 9 місяців в динаміці терапії нами досліджений рівень ФСГ та естрадіолу. Вміст останнього достовірно не змінювався протягом спостереження. Концентрація ФСГ значно знизилась через 9 місяців лікування з 72,7 МО/л до 35,1 МО/л (р< 0,05). Загальний білок, як і рівень глюкози в крові протягом лікування відповідали нормі. Не достовірно були знижені показники загального холестерину та ліпопротеїдів дуже високої щільності (ЛПДВЩ).

При динамічному вивченні системи гемостазу виявлено лише незначне підвищення рівня активованого часткового протромбінового часу. Однак даний показник знаходився в межах норми протягом всього терміну



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 пацієнок. 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 зростав з $18,20 \pm 1,10$ с 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.