

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Бакун О.В.

РОЛЬ ІППСШ ТА КАНДИДОМІКОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІД'ЯМ В ПІДГОТОВЦІ ДО ДРТ

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Середній вік пацієнток основної групи склав $33,4 \pm 0,6$ року, контрольної – $32,1 \pm 0,8$ року ($p > 0,05$). Пацієнтки обох обстежених груп мали в анамнезі дитячі хвороби та гострі респіраторні вірусні захворювання (грип, ангіна та ін.): в основній групі – у 36 випадках ($75,0 \pm 3,4\%$), у контрольній – у 16 ($31,3 \pm 4,3\%$), що статистично відрізнялось.

Аналіз анамнестичних даних пацієнток контрольної та основної груп показав наступне: в основній групі достовірно більшою була кількість жінок з порушенням менструального циклу ($51,7 \pm 4,7\%$ проти $31,3 \pm 4,3\%$, $p < 0,05$), що проявлялось альгоменореєю в 11 осіб ($18,9 \pm 3,1\%$), дисменореєю в 5 ($8,6 \pm 4,1\%$), альгодисменореєю в 9 осіб ($15,5 \pm 3,7\%$), опсоменореєю в 3 пацієнтів ($5,2 \pm 1,9\%$) та поліменореєю – в 2 ($3,4 \pm 0,3\%$). В контрольній групі альгоменорея була в 5 жінок ($9,8 \pm 4,2\%$), дисменорея в 3 ($5,8 \pm 3,7\%$), альгодисменорея в 6 ($11,7 \pm 4,3\%$), опсоменорея в однієї жінки ($1,96 \pm 0,9\%$), поліменорея в однієї жінки ($1,9 \pm 0,1\%$).

Хронічний сальпінгофорит спостерігався в основній групі в 29 осіб, що відповідає $50,0 \pm 4,2\%$, в той час як у контрольній – у 10, що відповідає $19,6 \pm 1,9\%$. Значне переважання кількості жінок, що хворіли хронічним сальпінгофоритом в основній групі, свідчить про можливість виникнення аутоімунного сальпінгофориту в даній групі пацієнтів. Дані анамнезу свідчать, що в основній групі вірус простого герпесу спостерігався у 18 пацієнток, що склало $31,0 \pm 1,2\%$, цитомегаловірусу – в 14, що склало $24,2 \pm 2,0\%$, показники позитивних результатів хламідіозу – в 18, що у відсотковому значенні склало $31,0 \pm 2,1\%$, уреаплазмозу – в 7, що склало $12,0 \pm 1,0\%$, мікоплазмозу – в 6, що склало $10,3 \pm 0,9\%$, а токсоплазмозу – в 14, що становило $24,2 \pm 1,9\%$, трихомоніазу – в 4, що склало $6,9 \pm 1,2\%$, гриби роду *Candida* – у 5, що склало $8,6 \pm 2,3\%$. В контрольній групі вірус простого герпесу був виявлений у 3 жінок, що становило $5,8 \pm 0,8\%$ і є значно меншим показником ніж в основній групі. Цитомегаловірус був виявлений у двох жінок контрольної групи, що склало $3,9 \pm 0,7\%$ і в порівнянні з основною групою є значно меншим показником. Хламідія виявлялась у трьох жінок контрольної групи, що склало $5,8 \pm 0,9\%$ – в порівнянні з основною групою є значно меншим показником. Позитивні показники визначення уреаплазми в контрольній групі становили 2 особи, що склало $3,9 \pm 0,7\%$, що є більш ніж втричі меншим показником у порівнянні з основною групою. Мікоплазма виявлялась в однієї жінки контрольної групи, що склало $1,9 \pm 0,5\%$ – в 6 разів менше ніж в основній групі. Токсоплазма була виявлена в 4 жінок контрольної групи, що відсотково склало $7,8 \pm 0,5\%$ – у 3,5 раза менше, ніж в основній групі. Трихомоніаз був виявлений у однієї жінки, що склало відповідно $1,9 \pm 0,4\%$, що в 4 рази є меншим показником ніж в основній групі. Гриби роду *Candida* були виявлені у трьох жінок, що склало $5,8 \pm 0,2\%$, це в 1,6 раза є менше ніж в основній групі.

Бербець А. М.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

*Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Обстежені 49 вагітних із клінікою невиношування в I триместрі гестації, які склали основну групу. Відбирались вагітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання вагітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстрагенітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, ізосенсибілізацію за АВ0 і Rh-системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації.

Вагітні обстежені за наступною методикою: вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу, трофобластичного глікопротеїну (ТБГ) та альфа-2-мікроглобуліну фертильності (АМГФ), а також показники активності гемостазу: кількість тромбоцитів в 1 мл крові, процент адгезивних тромбоцитів (ПАТ), індекс спонтанної агрегації тромбоцитів (ІСАТ).

Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінці: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів, після отримання розробленого лікувального комплексу (дуфастон, екстракт гінкго білоба, ериніт).

Запропонована нами терапія сприяє налагодженню інтегративних контактів між системами організму, відповідальних за нормальний розвиток плідного яйця. Це підтверджується порівняльним аналізом кореляційних зв'язків між показниками, що характеризують різні ланки патогенезу невиношування в жінок обстежених нами груп. Так, зокрема, у групах вагітних із невиношуванням ми виявили наступні взаємозв'язки між білковосинтезувальною та гормональною ланками адаптації: у терміні вагітності 12-13 тижнів показник ТБГ прямо корелює з рівнем кортизолу ($r=0,63$, $p<0,05$) та пролактину ($r=0,56$, $p<0,05$). Показник АМГФ у 12-13 тижнів виявився обернено залежним від концентрації прогестерону, виміряної в 6-8 тижнів гестації ($r=-0,56$, $p<0,05$). Щодо взаємозв'язків між



білковосинтезувальною функцією плаценти та системою гемостазу, то в терміні 12-13 тижнів вагітності нами виявлено від'ємний кореляційний зв'язок між концентрацією в крові ТБГ і кількістю тромбоцитів в 1 мл крові ($r=-0,50$, $p<0,05$), а також відсотком адгезивних тромбоцитів ($r=-0,58$, $p<0,05$) та індексом спонтанної агрегації тромбоцитів ($r=-0,60$, $p<0,05$). Так само зворотний кореляційний зв'язок у 12-13 тижнів гестації нами встановлено і між рівнем АМГФ та кількістю тромбоцитів в 1 мл крові ($r=-0,55$, $p<0,05$), а також відсотком адгезивних тромбоцитів ($r=-0,50$, $p<0,05$). З боку гормонів найсильніше на тромбоцитарно-судинний гемостаз у вагітних з ознаками невиношування впливав кортизол. Його рівень у 12-13 тижнів гестації негативно корелював із кількістю тромбоцитів в 1 мл крові ($r=-0,52$, $p<0,05$) та відсотком адгезивних тромбоцитів ($r=-0,57$, $p<0,05$).

Трофобластичний β -глікопротеїн та α -2-мікроглобулін фертильності є головними "засобами стримування" запуску прокоагулянтних механізмів, зокрема, тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, при невиношуванні вагітності в I триместрі. Прогресивне зниження рівнів згаданих гестаційних протеїнів при недостатності функції плаценти, що формується, як ми вважаємо, може призвести до виникнення більш тяжких порушень у системі регуляції агрегантного стану крові, що відобразиться на кровопостачанні плідного яйця.

Бирчак І.В.

ОСОБЛИВОСТІ КАРІОТИПУВАННЯ У ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ НЕ ВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Звичне невиношування - це наслідок двох або більше вагітностей, що закінчилися передчасним її перериванням. Частота самовільних абортів і передчасних пологів в усьому світі залишається стабільною (до 25%), при цьому на перший триместр припадає до 80% випадків. Традиційно причинами невиношування вагітності вважають: хромосомні порушення, гормональні зміни, інфекційні захворювання, аутоімунні фактори, анатомічні зміни статевих органів тощо. На сьогодні, виділяють два основних типи хромосомних порушень: порушення кількості хромосом (кількісна аберація) і порушення структури хромосом (структурна аберація). Перераховані порушення можуть бути визначені в процесі цитогенетичного дослідження (каріотипування). Зміна кількісного набору хромосом (анеуплоїдія) - присутність додаткової хромосоми (трисомія) або відсутність хромосоми (моносомія) - виникає внаслідок порушення розходження хромосом в процесі поділу клітини: генетичний матеріал розподіляється нерівномірно серед дочірніх клітин.

З метою встановлення патогенетичних аспектів звичного невиношування вагітності проводилось комплексне клініко-параклінічне обстеження. Проводився клініко-статистичний аналіз історій хвороб жінок зі звичним невиношуванням вагітності ($n=40$, I група). Для порівняння проводився аналіз медичних карт практично здорових жінок ($n=40$, II група). Наступним етапом було цитогенетичне обстеження обох груп. За віковим складом вагітні I та II груп суттєво відрізнялися між собою. Більшість жінок були віком від 21 до 30 років, проте вік 38,7% жінок зі звичним невиношуванням вагітності становив більше 30 років. Вік початку менструації коливався в межах від 9 до 18 років в обох групах, середній показник становив $13,7 \pm 1,3$ років. Із раннім менархе не виявлено жодної жінки, проте у 12,8% жінок I групи статеве дозрівання затримувалось і перша менструація починалась після 15 років. У 23,5% жінок II групи менструації мали тенденцію до рясних, тоді як у вагітних зі звичним невиношуванням спостерігалась протилежна ситуація (25,9% жінок відмічали з моменту менархе гіпо- та олігоменорею, нерегулярні менструації). Із перенесених в минулому гінекологічних захворювань у жінок зі звичним невиношуванням вагітності мали місце сальпінгофорит, ерозія шийки, проте ці дані також не мали вірогідної різниці з даними по II групі. Викликає зацікавленість той факт, що у 25,0% жінок I групи поза вагітністю мав місце синдром полікістозних яєчників, у той час, коли в II групі не зафіксовано жодної жінки з даною нозологією.

Хронічні екстрагенітальні захворювання виявлені у 67,8% жінок зі звичним невиношуванням вагітності та у 51,3% вагітних з неускладненим анамнезом. Слід відмітити, що структура екстрагенітальної патології в обох групах була різною. Так, у практично здорових жінок, в основному, це були хронічні холецистит, гастродуоденіт, коліт, пієлонефрит, панкреатит. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності з дитинства мали місце опастистість різних ступенів, хронічний декомпенсований тонзиліт, вегето-судинні порушення різних типів (з переважанням гіпертензивного компоненту), дифузний нетоксичний зоб, варикозне розширення вен нижніх кінцівок.

Наступним етапом вивчення генетичних аспектів звичного невиношування вагітності було проведення медико-генетичного консультування, каріотипування, за необхідності – визначення ризику народження дитини зі спадковою або вродженою патологією та ризику перинатальних втрат. Як відомо, завданням цитогенетичного дослідження є складання генетичного прогнозу в сім'ї індивідуума з аномалією фізичного, психічного або статевого розвитку і вибір профілактичних заходів з попередження народження хворої дитини. Складання генетичного прогнозу включає три етапи: визначення ступеня генетичного ризику, оцінка важкості медичних та соціальних наслідків виявлених порушень, визначення перспектив щодо вагітності. Проведений аналіз показав, що у більшості жінок (70,0%) зі звичним



невиношуванням вагітності та їх чоловіків (75,0%) спадковість була необтяженою. Із нозологічних одиниць, що ускладнювали соматичний анамнез, найчастіше зустрічалися гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, декомпенсована варикозна хвороба вен, в 2-ох випадках злякисні новоутворення.

Проаналізувавши результати каріотипування жінок зі звичним невиношуванням вагітності, нами встановлено, у всіх обстежених був жіночий каріотип – 46, XX. Проте відомо, що окрім повних трисомій і моносомій відомі синдроми, пов'язані з частковими трисоміями і моносоміями практично по будь-якій хромосомі. У 13 жінок I групи (32,5%) мали місце відхилення у будові хромосом. Трисомії по короткому плечу 9-ї хромосоми (9p+) – найбільш детально висвітлений в літературі, зустрічався у 23,1% жінок зі звичним невиношуванням вагітності (46, XX, 9qh+; 46, XX, 9ph). З такою ж частотою спостерігалися поліплоїдні метафазні пластинки, що свідчить про патологію профазу мітозу у вигляді кон'югації хромосом, яка на стадії метафази та анафази дає початок багатополісомному мітозу. В подальшому в результаті патології телофази утворюються поліплоїдні багатоядерні клітини. В поодиноких випадках зустрічалися такі патологічні каріотипи – 46, XX, 1qh; 46, XX, 13stk+s+; 46, XX, гетероморфізм гомологів; 46, XX, 21pstk, пластинка з транслокацією 2:13; 46, XX, 15stk+s+, 22pstk+s+.

Проведені дослідження свідчать, що частота звичного невиношування вагітності в м. Чернівці та Чернівецькій області не виходить за межі її розповсюдженості в інших регіонах, проте має тенденцію до зростання.

Боднарюк О.І., Андрієць О.А., Гуменна К.Ю.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) представляють групу захворювань верхнього відділу статевих органів. ЗЗОМТ – одна з актуальних медичних проблем, що суттєво впливають на здоров'я мільйонів дівчат-підлітків та жінок дітородного віку. Тривалий хронічний процес викликає розвиток вторинної імунної недостатності, пригнічення реакцій клітинного імунітету, неспецифічного захисту організму.

За допомогою імуноферментного аналізу показників загального й місцевого імунітету нами проведено визначення концентрації деяких цитокінів у крові та піхвовому секреті дівчаток пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит.

Нами встановлено, що у крові дівчат, хворих на сальпінгофорит, концентрації ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-10 та ФНП- α підвищені, порівняно з показниками у дівчат контрольної групи. Так, концентрація ІЛ-4 у крові пацієнток основної групи зростала в 3,6 рази (P<0,05), ІЛ-10 був підвищеним у 3,6 рази, концентрація ФНП- α зростала у 3,9 рази порівняно з пацієнтками контрольної групи. Спостерігалось підвищення концентрації ІЛ-1 β на 72,94%, яке нами розцінюється як тенденція до зростання (P>0,05). Таким чином, у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, суттєво зростає концентрація прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-4, ФНП- α) і протизапального (ІЛ-10) цитокінів. Таке суттєве зростання як прозапальних і протизапального цитокіну, які безпосередньо або опосередковано активують ТСД4⁺ (хелпери/індуктори), посилюють проліферацію і функцію В-лімфоцитів і спонукають продукцію гепатоцитичних протеїнів гострої фази, підвищують продукцію інших важливих в імунній відповіді цитокінів (гамма-інтерферону, ІЛ-6, ІЛ-8 та ін.). 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 поверхні слизової оболонки піхви є постійна мікробозалежна продукція антигенспецифічного 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 того ж віку, хворих на сальпінгофорит, його концентрація становить 0,95 \pm 0,14 г/л, що є у 7,31 рази більшою (P<0,01).

Підсумовуючи вище викладене, можна зробити висновок, що у дівчат пубертатного віку розвиток та прогресування запального процесу внутрішніх статевих органів відбувається зі значною активацією локального протимікробного захисту на тлі пригнічення місцевого імунітету, що можна пояснити змінами, які відбуваються насамперед в ендокринній системі, пояснюючи це ще не встановленими зв'язками взаємозалежності ендокринної та імунної систем організму.

Булик Т.С., Юзько О.М.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

*Кафедра акушерства і гінекології факультету післядипломної освіти
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, не виношуванням, 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 ПБ№1. Вік вагітних склав від 22 до 41 року (в 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 була 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 повторно вагітних попередня вагітність завершилась артіфіціальним абортom.

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 преєклампсії 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 піелонефриту 6 жінок отримували лікування в умовах відділення патології вагітності. III триместр характеризувався високою частотою госпіталізації 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 пологорозрішені 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 %. Додаткове 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 переведення 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.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ХОРІОНУ ТА ДЕЦИДУАЛЬНОЗМІНЕНОГО ЕНДОМЕТРІУ ПРИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ.

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Матеріалом для дослідження служили елементи плідного яйця, які отримані при штучному аборті у термін гестації 5-12 тижнів. Основну групу склали 16 спостережень гіперандрогенії. Групою порівняння служили 20 абортів за соціальними показами у практично здорових жінок. Дослідженню підлягали: трофобласт, клітини Гофбауера та ендотелій васкуляризованих хоріальних ворсинок, інвазивний цитотрофобласт та децидуоцити фрагментів децидуальнозміненого ендометрію.

Згідно проведеного аналізу цифрових копій оптичних зображень методом комп'ютерної мікроспектрофотометрії показник R/B у цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок при гіперандрогенії у середньому становив 1,19 \pm 0,017 проти 1,05 \pm 0,011 у групі порівняння (P<0,001). В ендотелії хоріальних ворсинок при гіперандрогенії показник R/B характеризувався середньої величиною 1,07 \pm 0,019, і це статистично у середньому не відрізнялося від групи порівняння – 1,04 \pm 0,011 (P>0,050). В інвазивному цитотрофобласті фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник R/B склав 2,19 \pm 0,012, що приблизно у два рази перевищувало показники групи порівняння – 1,09 \pm 0,010 (P<0,001). У децидуоцитах фрагментів децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенії показник R/B також приблизно у двічі (2,34 \pm 0,016) перевищував (P<0,001) середні дані групи порівняння (1,15 \pm 0,014). У клітинах Гофбауера хоріальних ворсинок при гіперандрогенії показник R/B характеризувався середньої величиною 1,16 \pm 0,018, і це статистично у середньому не відрізнялося від групи порівняння – 1,13 \pm 0,014 (P>0,050). Отже, дослідження абортивного матеріалу показують, що при гіперандрогенії процеси окиснювальної модифікації білків помірно інтенсифікуються в трофобласті хоріальних ворсинок, удвічі