



Південна  
Фундація  
Медицини

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«МІСЦЕ ТА РОЛЬ  
МЕДИЦИНИ В ХХІ СТ.»**

**м. Одеса, 30-31 березня 2012**

**Одеса 2012**

етап був логічним продовженням попереднього. Якщо при реалізації плану деякі етапи лікування завершуються невдачею, необхідно реалізувати основну ідею складеного плану.

**Гошовська А. В.**

*к. мед. н.*

*асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології*

**Давиденко І. С.**

*д. мед. н.*

*професор кафедри патоморфології*

*Буковинського державного медичного університету*

*м. Чернівці, Україна*

## **ГІСТОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЗРІЛОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ У ВАГІТНИХ З ПРОЯВАМИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ**

Резюме. Автори наводять гістологічні критерії зрілості матково-плацентарної ділянки. Стаття ґрунтується на матеріалі (13-40 тижнів вагітності), який збирався з 2010 р. з метою накопичення достатньої кількості спостережень по окремим відрізкам гестації для забезпечення належної статистичної вірогідності висновків. Результати досліджень можуть бути рекомендовані для діагностики передчасного або уповільненого дозрівання плаценти людини в якості прояву хронічної недостатності посліду у жінок з проявами гіперандрогенії.

### *Вступ*

Хоча з того моменту, як дослідником R.Pijnenborg за допомогою досліджень біопатів матки вагітних була розкрита роль гестаційних перебудов спіральних артерій в належному кровопостачанні інтервільозних просторів плаценти [2,5,6,8], пройшло вже понад 50 років, все ж багато чого у процесах дозрівання (а, по-інакшому, – гестаційних перебудовах) матково-плацентарної ділянки (МПД) на сьогодні все ще не з'ясовано.

Зокрема, не встановлені конкретні гестаційні норми відсотку спіральних артерій МПД з повною гестаційною перебудовою, не вивчені інші можливі ознаки зрілості МПД, наприклад, стан венозних судин. Останнє є не менш важливим, ніж гестаційні перебудови спіральних артерій МПД, адже кров щодо інтервільозних просторів плаценти потрібно не тільки доставляти, але і відводити у належних об'ємах.

Повільне просування у розробці гестаційних критеріїв зрілості МПД (за станом кровоносних судин) полягає в першу чергу в надзвичайній складності отримання морфологічного матеріалу, що аргументується нами нижче.

Так, в народженій плаценті в зоні так званої базальної пластинки, яка власне є частиною МПД, яка залишилася з відшарованою плацентою при пологах або при кесаревому розтині, кількість кровоносних судин є дуже малою для статистичних висновків на прийнятному в медицині рівні  $p \leq 0,05$ . Великою рідкістю є спостереження, коли, наприклад, при хронічному запаленні матково-плацентарного комплексу відшарування плаценти супроводжується більш глибоким розколом МПД, в результаті чого плацента залишається з більш товстою базальною пластинкою, яка містить достатню для статистики кількість кровоносних судин [1,7].

Спостереження у випадку насильницької смерті практично здорової вагітної жінки (судово-медична практика) дає можливість вивчати невідшаровану або частково відшаровану плаценту разом із маткою, тому таке дослідження є максимально інформативним, але вказана смерть є дуже рідкісним явищем, тому важко набрати достатню кількість спостережень.

Біопсії МПД після відділення плаценти від матки шляхом вирізування шматочків матки в проекції МПД, так як їх технічно пропонують виконувати R.Pijnenborg [8] або А.П.Милованов [3], лише на перший погляд є привабливими. На практиці вони різко підвищують розвиток післяпологових ускладнень у вагітної. Нами розроблений малотравматичний щодо стінки матки спосіб біопсії МПД, сутність якого полягає у тому, що при спостереженнях переднього розташування плаценти на передній стінці матці (як правило, з переходом на нижній сегмент) під час кесарського розтину використовують операційний розріз матки, а саме – біоптат отримують з його краю [4].

Результати досліджень, які наводяться у цій статті, є результатом планомірного набору і морфологічного дослідження матеріалу МПД причому достатню кількість спостережень на цей час вдалося набрати лише для трьох відрізків гестації. Саме для цих трьох відрізків (з 13-го по 40-й тиждень вагітності) на сьогодні розроблені критерії зрілості.

#### *Мета дослідження*

Встановити гістологічні критерії зрілості матково-плацентарної ділянки для діагностики передчасного або уповільненого дозрівання плаценти людини у різні відрізки вагітності у жінок з проявами гіперандрогенії шляхом визначення відповідних діапазонів норми відсотку спіральних артерій матки з повною гестаційною перебудовою та кількості венозних судин на одиницю площі гістологічного зрізу.

#### *Матеріал і методи*

Гістологічними методами досліджено 62 спостереження вагітності з проявами гіперандрогенії, коли в повній мірі вдалося вивчити МПД морфологічними методами.

Нами використані наступні джерела отримання матеріалу МПД.

- Народжена плацента, або плацента, що отримана при кесаревому розтині, коли базальна пластинка має достатню товщину (І.С.Давиденко, А.В.Гошовська) [1,2].
- Біопсії матково-плацентарної ділянки під час кесаревого розтину з переднім розташуванням плаценти (О.А.Тюленева, В.М.Завалецький) [4,6].
- Судово-медичні розтини загиблих вагітних жінок (І.С.Давиденко, В.О.Зозуля) [2].

Кількісний розподіл по відрізкам гестації міститься у таблиці 1.

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.Слінченко.

Відповідно до критерію Хана-Шапіро-Вілкі для кожної групи досліджень була прийнята гіпотеза про нормальний розподіл у вибірках, тому для всіх вибірок обраховані середні арифметичні та їх похибки. Окрім того, з метою визначення діапазону норми певного показника застосовані середні квадратичні відхилення. Зокрема, діапазони норми побудовані наступним чином – нижня межа норми утворена шляхом віднімання двох квадратичних відхилень від середньої арифметичної, а верхня межа норми обрахована при додаванні до середньої арифметичної двох квадратичних відхилень.

Обговорення результатів дослідження

За критерій зрілості МПД взяли відсоток спіральних артерій з повною гестаційною перебудовою спіральних артерій – коли більша частина стінки артерії набула гестаційних перебудов в зв'язку із руйнівною дією на неї інвазивного трофобласта. Окрім того, нами вперше визначені параметри норми щодо кількості вен на одиницю площі в МПД (таблиця 1).

Таблиця 1

Відсоток спіральних артерій та кількість венозних судин на 1 мм<sup>2</sup> матково-плацентарної ділянки з повною гестаційною перебудовою при фізіологічній вагітності залежно від терміну гестації

| Показник   | Термін гестації       |                        |                        |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------|
|  | 13-27 тижнів<br>n=16  | 28-36 тижнів<br>n=18   | 37-40 тижнів<br>n=28   |
| Відсоток спіральних артерій з повною гестаційною перебудовою | 89±0,4<br>(86-92)     | 94±0,4<br>(91-97)      | 99±0,1<br>(98-100)     |
| Кількість венозних судин на 1 мм <sup>2</sup>                | 3,1±0,21<br>(1,4-4,8) | 7,9±0,28<br>(5,5-10,3) | 8,4±0,22<br>(6,0-10,7) |

Як засвідчують цифрові дані таблиці 1 відсоток спіральних артерій МПД вже у відрізок фізіологічної гестації 13-27 тижнів є доволі високим і порівняно (у середньому на 5%) рівномірно зростає по вивчених відрізках гестації. Зустрічаються спостереження, коли у кінці вагітності 100% спіральних артерій набувають належних гестаційних перебудов.

Дещо інша ситуація відмічається щодо кількості венозних судин в одиниці площі гістологічного зрізу МПД при гіперандрогенії. Між відрізком 13-27 тижнів та 28-36 тижнів відбувається своєрідний «стрибок» зростання числа вен. Від відрізка 28-36 тижнів до 37-40 тижнів (зріла плацента) зростання також має місце, але воно мало виражене.

Висновок. Встановлені гістологічні критерії зрілості матково-плацентарної ділянки для діагностики передчасного або уповільненого дозрівання плаценти людини у різні відрізки вагітності у жінок з проявами гіперандрогенії шляхом визначення відповідних діапазонів норми відсотку спіральних артерій матки з повною гестаційною перебудовою та кількості венозних судин на одиницю площі гістологічного зрізу матково-плацентарної ділянки.

Перспектива подальших досліджень

Перспективи даного дослідження пов'язані із розкриттям молекулярних та клітинних механізмів порушення дозрівання матково-плацентарної ділянки при гіперандрогенії.

#### Література:

1. Гошовська А.В. Стан інвазивного цитотрофобласта базальної частини плаценти вагітних, хворих на туберкульоз / А.В. Гошовська // Клін. анат. та опер. хір. – 2009.- Т.8, №1. – С 33-36.
2. Давиденко І.С. Морфологічна характеристика структур матково-плацентарної ділянки в різні терміни гестації при залізодефіцитній анемії у вагітних / І. С. Давиденко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005.- Т.IV, №3.- 49-53.
3. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод : руководство [для врачей] / А. П. Милованов. – М. : Медицина, 1999. – 448 с.
4. Пат. 60921 А Україна, МПК А 61 В 10/00, G 01 N 33/48. Спосіб діагностики матково-плацентарної форми недостатності плаценти екстраоріального типу / Тюленєва О. А. ;

заявник і патентовласник Буковинська держ. мед. академія МОЗ України. - № 2003043588 ; заявл. 21.04.2003 ; опубл. 15.10.2003, Бюл. № 10. – 2 с.

5. Тюленева О. А. Доплерометрична характеристика судинного русла матки при екстрахоріальних плацентах / О. А. Тюленева // Клінічна та експериментальна патологія. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 113 – 115.

6. Тюленева О. А. Морфологія кровососних судин матково-плацентарної ділянки та міометрія при екстрахоріальних плацентах / О. А. Тюленева, В. М. Завалецький // Буковинський медичний вісник. – 2004. – Т. 8, № 3 – 4, - С. 229 – 231.

7. Benirschke K. Pathology of the Human Placenta / K. Benirschke, P. Kaufmann, R. N. Baergen. - [5 rd. ed]. – New York : Springer, 2006. – 1050 p.

**Гулага О.І.**

*аспірант*

**Полянська О. С.**

*д. мед. н., професор*

**Ташук В. К.**

*д. мед. н., професор*

**Амеліна Т. М.**

*к. мед. н.*

**Гінгуляк О. М.**

*аспірант*

*Буковинського державного медичного університету*

*м. Чернівці, Україна*

### **ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА: ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ**

В основі розвитку багатьох патологічних станів лежить порушення протеолітичної активності плазми крові. Регуляція кровообігу, гемокоагуляції, фібринолізу, кініногенезу, імунних реакцій проходить з участю протеолітичних ферментів. Зміни протеолітичної активності є важливою патогенетичною ланкою в розвитку функціональних порушень серцево-судинної системи, процесів гемостазу, що робить актуальними дослідження стану цієї системи при розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ)[1, с.1-3]. З цієї метою у хворих на ГІМ з серцевою недостатністю проведено дослідження протеолітичної активності плазми крові, яку визначали за азоальбуміном (лізісом низькомолекулярних білків), азоказеїном (лізісом високомолекулярних білків) та азоколом (лізісом колагену). Клінічний матеріал склали 37 хворих віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав  $51,5 \pm 3,94$  роки. Діагноз ГІМ верифіковано згідно стандартів Європейської організації кардіологів. Всім хворим (група I) проводилось стандартне лікування, яке включало: ацетилсаліцилову кислоту, клопідогрель, еноксапарин, гепарин, нітрати,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори ангіотензин перетворювального фактору, діуретики та метаболічну терапію. Окремо виділена група (група II) з 8 хворих, яким у комплексне лікування включено антагоніст альдостерону еплеренон, який зареєстрований в Україні компанією «Pfizer» під назвою «Інспра» (реєстраційні свідоцтва № UA/3752/0101, UA/3752/01/02 від 09.11.2005 року). Доза препарату склала 25 мг на добу впродовж 10 діб [3, с.12-23]. Також було проведене обстеження 10 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю до досліджуваних груп. Протеолітичну активність визначали за