

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилися 64 пацієнтки з септатною маткою і рецидивуючими втратами вагітності. При проведенні гістерорезектоскопії, розсічення або видалення перетинок, забирали зразки тканини перетинок і проводили біопсію міометрію з бічної стінки матки.

Зразки біоптатів міометрію і віддалених перетинок фіксували 10% формаліном і заливали в парафін. Виготовляли гістологічні зрізи товщиною 3 мкм, забарвлювали їх гематоксиліном і еозином (H & E) і по ван Гізону, вивчали за допомогою світлової мікроскопії.

**Результати.** У всіх випадках біоптати міометрію бічних маткових стінок мали м'язову будову. У перетинках у 12 (18,75 %) жінок м'язові волокна переважали над сполучною тканиною, а у 52 (81,25 %) пацієнток, навпаки, сполучнотканинні волокна переважали над м'язовими (ВШ 0,053; 95% ДІ 0,022-0,129).

У всіх біоптатах бокових стінок матки (міометрій) м'язові волокна демонстрували регулярне розташування у вигляді поздовжніх, поперечних та переплетених волокон з невеликою кількістю малоклітинної сполучної тканини між судинами та капілярами числом більше 5 у полі зору при збільшенні мікроскопу  $\times 100$ . На відміну від цього, у тканинах 52 перетинок матки спостерігали нерегулярне розташування м'язових волокон у вигляді коротких випадкових пучків, широко відокремлених багатоклітинною сполучною тканиною, з яких при збільшенні мікроскопу  $\times 100$  у 20 (38,46 %) випадках із судинами та капілярами менше двох у полі зору, у 24 (46,15 %) випадках із 2-5 судинами та у 8 (15,38 %) жінок з судинами більше 5 у полі зору. При переважанні у структурі перетинки сполучної тканини ретракція перетинки під час розтягнення порожнини матки рідиною при виконанні гістерорезектоскопії в 8 (15,38 %) випадках було слабкою, в 44 (84,62 %) – адекватною (ВШ 0,033; 95% ДІ 0,011-0,096).

Інші 12 зразків перетинок показали регулярність розташування поздовжніх, поперечних та переплетених м'язових волокон з невеликою кількістю малоклітинної сполучної тканини, між якими знаходилися судини та капіляри у кількості 2-5 на поле зору при збільшенні  $\times 100$  у 10 (83,33 %) випадках та більше 5 – в 2 (16,67 %) випадках. У випадках, коли в структурі перетинки м'язова тканина переважала над сполучною тканиною ретракція перетинки під час розтягнення порожнини матки рідиною під час гістерорезектоскопії була слабкою.

**Висновки.** Структура перетинки може бути переважно м'язовою з гарним кровопостачанням або сполучнотканинною зі слабким кровопостачанням. І безумовно, знаючи гістоструктуру перетинки до проведення гістерорезектоскопії, можливо визначитися з оптимальним варіантом хірургії – або розріз, або висічення. Тож існує потреба в неінвазивних техніках візуалізації для визначення передбачуваної гістоструктури перетинки щодо переважання м'язів або сполучнотканинних волокон і кількості судин до проведення оперативного лікування.

## РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДА МЕТОДОМ ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ЖІНОК

*Захаренко І.Л., Сейлова А.І., Носенко О.М., Ханча Ф.О.*

Одеський національний медичний університет

**Мета** – ретроспективно оцінити ефективність лікування безпліддя методом штучного запліднення в програмах допоміжних репродуктивних технологій в залежності від віку жінок.

**Матеріал і методи.** Проведено ретроспективний аналіз статистичної звітності про допоміжні репродуктивні технології за 6 років роботи відділення репродукції Університетської клініки № 1 Одеського національного медичного університету.

**Результати.** Серед 2414 розпочатих циклів 56,30% (1359) склали жінки активного репродуктивного віку ( $< 35$  років) і 43,70% (1055) пацієнтки пізнього репродуктивного віку ( $\geq 35$  років). Після проведення контрольованої оваріальної стимуляції пункція фолікулів виконана 1336 (57,44 %) жінкам  $< 35$  років і 990 (42,56%) особам віком  $\geq 35$  років, ембріони перенесені відповідно 1234 (57,48%) і 913 (42,52%) пацієнткам, клінічна вагітність настала у 504 (67,02%) і 248 (32,98%) жінок.

Відсоток настання клінічної вагітності на розпочатий цикл серед жінок активного репродуктивного віку склав 37,09 %, на пункцію – 37,72%, на перенос – 40,84%, тоді як серед жінок пізнього репродуктивного віку відповідно рідше в 1,58 раза (23,51%; ВШ 0,521; 95% ДІ 0,435-0,624), в 1,51 раза (25,05%; ВШ 0,552; 95% ДІ 0,460-0,661) і в 1,50 раза (27,16%; ВШ 0,540; 95% ДІ 0,449-0,650).

**Висновки.** Результативність лікування безпліддя методом штучного запліднення в програмах допоміжних репродуктивних технологій залежить від віку жінок. Настання клінічної вагітності на розпочатий цикл серед жінок пізнього репродуктивного віку статистично значимо рідше порівняно з пацієнтками активного репродуктивного віку в 1,58 раза, на пункцію – в 1,51 раза і на перенос – в 1,50 раза.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СУБПОПУЛЯЦІЙ МАКРОФАГІВ У ЖІНОК ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ

*Зелінка-Хобзей, К. В. Тарасенко К.В.*

Полтавський державний медичний університет

**Мета дослідження** - вивчити особливості експресії CD68<sup>+</sup> та CD163<sup>+</sup> субпопуляцій макрофагів імуногістохімічним методом дослідження плацент жінок із преєклампсією, що виникла на фоні супутнього ожиріння.