МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені. М. І. ПИРОГОВА

ПРОЛИГІНА ОЛЕНА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 612.014.5:613.99:618.2:618.29

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, СТАНУ ПЛОДА ТА НОВОНАРОДЖЕНОГО ЗА АНТРОПОГЕНЕТИЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ЖІНОК

14.01.01 - акушерство та гінекологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2012

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент
Булавенко Ольга Василівна,
Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова МОЗ України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології №2.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Мазорчук Борис Федорович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1;

- доктор медичних наук, професор **Юзько Олександр Михайлович**, Буковинський державний медичний університет, завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти.

Захист відбудеться 15 травня 2012 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий 13 квітня 2012 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д. мед. н., професор С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Значним резервом у зниженні рівня перинатальної смертності та патології на різних етапах надання акушерської та неонатальної допомоги може бути вдосконалення роботи жіночої консультації, що полягає у виділенні груп ризику з перинатальної патології та у диференційованому підході до спостереження за вагітними (Шадлун Д.Р., 2000). Такий підхід може забезпечити сучасна клінічна антропологія (Николаев В.Г. и др., 2003; Мороз В.М. та ін., 2003; Никитюк Б.А., 1998; Никитюк Б.А. и др., 1998), яка передбачає комплексне вивчення інструментальних, лабораторних, антропометричних показників плода, дитини і вагітних жінок. Відомо, що вагітність і пологи мають свої особливості у жінок різних соматотипів (Баскаков П.М., Суліма Г.М., 2006; Костюк А.Л., 2006; Макаренко Т.А. и др., 2001; Мищенко Н.А., 2006; Нор-Аревян, 2001; Макаренко Т.А. и др., 2001; Пролигіна О.В., 2008; Сергієнко С.М., 2006; Thame M. et al., 2004; Thame M. et al., 2007; Oken E., 2007; Mohanty C., 2006; Rondo P.H.C., Tomkins A.M., 1999). Уже достовірно відомо, що між такими порушеннями вагітності, як загроза переривання вагітності, анемією, прееклампсією, внутрішньоутробним інфікуванням, плацентарною недостатністю, несвоєчасним відходженням навколоплідних вод, аномаліями пологової діяльності, дистресом плода при пологах, материнським і дитячим травматизмом та соматотипом жінки існує прямий кореляційний зв'язок. Фенотипічні особливості організму та схильність до тієї чи іншої патології можна розглядати у взаємозв'язку, як обумовлені одними і тими ж генетичними факторами (Вильчинская Л.П., 2004; Коляденко В.Г., Дмитренко С.В., 2008; Николаева Н.Н. и др., 2000; Пилюйко Н.В., Каблукова О.К., 2005; Попенко Н.В., 2005; Anderson G.G., Cookson W.O.C.M., 1999; Pechenkina E.A. et al., 2000; Kostianev S. et al., 1999; Saub R.D., Jaafar N.K., 2001). Особливості реактивності організму, що зумовлюють характерний прояв дії патологічних і фізіологічних чинників, успадковуються з покоління у покоління генетичним шляхом і формують реакції вагітних жінок на різноманітні екзогенні та ендогенні чинники. Провідну роль в реалізації генетичної інформації під час розвитку людини в процесі формування статури виконують гормони (Жук С.І., Захурдаєва Л.Д., 2007; Левенець С.О. та ін., 2008), тому вивчення особливостей гормонального фону жінок з патологією вагітності не втрачає своєї теоретичної і практичної значущості.

Окрім вищезазначених особливостей, що несе з собою кожний різновид соматотипу, в останні роки дослідники звертають велику увагу на дерматогліфічні особливості (Никитюк Б.А., Чистикин А.Н., 1997; Os J. et al., 2000; Atasu M., 1998; Cvjeticanin M. et al.,2000; Cvjeticanin M., Polovina A., 1999; Simsek S., 1998; Rosa A., 2001; Elizarras-Rivas J., 2002; Ravindranath R.et al., 2003;

Kargul B. et al., 2001; Avila M.T. et al., 2003; Teebi A.S. et al., 2001; Bejerano M. et al., 2001; Polat M.H. et al., 2000; Zivanovic-Posilovic G. et al., 2003). Досвід застосування методу дерматогліфіки в акушерсько-гінекологічній практиці нараховує більше трьох десятиліть, однак головний напрямок такого роду досліджень, перш за все, був пов'язаний з наданням медико-генетичного консультування з метою виключення хромосомної чи генної патології. Водночас ознаки дерматогліфіки є зовнішнім проявом генотипу і при знаходженні їх асоційованості з певними станами організму виступають унікальною маркерною системою (Григоренко А.П., 2003; Абрамова Т. и др., 1998; Никитюк Б.А., 1991; Шиманська О.Г., 2002). Однак на сьогоднішній день використання генетичних маркерів у цій клінічній галузі не знайшло належного застосування. Тому комплексне вивчення антропогенетичних особливостей жінок з наявністю або відсутністю соматичної, гінекологічної й акушерської патології може використовуватися як маркер перебігу вагітності та розвитку плода.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертації затверджена вченою радою стоматологічного та фармацевтичного факультетів Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова МОЗ України (протокол № 3 від 17 січня 2008 року) та проблемною комісією АМН України і МОЗ України „Акушерство і гінекологія" (протокол № 2 від 30 березня 2009 року). Робота виконувалась у рамках університетської наукової тематики „Діагностика, лікування та профілактика порушень репродуктивного здоров'я жінок різних вікових груп з прогнозуванням перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених" (державний реєстраційний номер 011021005217). У її виконанні автору належать основні результати щодо дослідження вагітних жінок, плодів та новонароджених.

Мета дослідження: на основі вивчення взаємозв'язків конституціональних особливостей і антропогенетичних параметрів вагітних жінок з рівнями гормонів та даними ультразвукового дослідження вагітних побудувати моделі можливості виникнення акушерських ускладнень та гінекологічної і соматичної патології.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити такі основні **завдання:**

1. Провести аналіз даних гінекологічного, акушерського і соматичного анамнезів у вагітних жінок загальної групи та різних вікових груп.

2. Дослідити функціональний стан плода за даними ультразвукового та кардіотокографічного обстеження та рівнів гормонів у вагітних жінок залежно від наявності або відсутності соматичного, гінекологічного й акушерського анамнезів.

3. Встановити антропометричні особливості вагітних жінок загальної групи та різних вікових груп з наявністю або відсутністю соматичного, гінекологічного та акушерського анамнезів.

4. Вивчити показники пальцевої та долонної дерматогліфіки у вагітних жінок з наявністю або відсутністю соматичного, гінекологічного й акушерського анамнезів.

5. Встановити взаємозв'язки між даними КТГ, ультразвукового дослідження стану плода, рівнями гормонів з антропогенетичними показниками у жінок залежно від наявності або відсутності соматичного, гінекологічного й акушерського анамнезів.

6. Побудувати дискримінантні моделі можливої наявності або відсутності соматичних, гінекологічних і акушерських захворювань у вагітних жінок на основі вивчення дерматогліфічних показників та антигенів крові за системою АВО та у вагітних залежно від особливостей антропометричних показників і у жінок різних соматотипів.

Об'єкт дослідження – перебіг вагітності та стан плода при наявності або відсутності соматичної, гінекологічної та акушерської патології.

Предмет дослідження – рівень статевих гормонів; стан плода за даними ультразвукового та кардіотокографічного дослідження; антропометричні та дерматогліфічні показники вагітних жінок; корелятивні зв'язки між показниками, що вивчаються.

Методи дослідження: клініко-лабораторні та інструментальні – для верифікації соматичних, гінекологічних і акушерських захворювань та визначення стану здоров'я плода, дитини і вагітних жінок; антропометричні – для встановлення особливостей будови тіла (констатуючі ознаки) вагітних жінок і новонароджених; дерматогліфічні та серологічні – для визначення особливостей пальцевої і долонної дерматогліфіки та групи крові й резус-фактора у вагітних жінок (прогностичні, 100% генетично детерміновані ознаки); математичні – для статистичної обробки отриманих результатів та побудови дискримінантних моделей.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше у комплексі встановлено інструментальні, лабораторні та конституціональні особливості плода і вагітних жінок Поділля з наявністю або відсутністю соматичної, гінекологічної й акушерської патології. Доведено, що наявність соматичної, гінекологічної або акушерської патології супроводжується зростанням відсотка патологій інших анамнезів. Із зростанням віку вагітних наявність гінекологічної, акушерської або соматичної патології в анамнезі також зростає. Встановлено, що у жінок із наявністю соматичної, гінекологічної або акушерської патології, незалежно від віку, відсоток порушення перебігу вагітності коливався від 97,5 до 98,3%, а порушення перебігу пологів – від 95,0 до 96,1%.

Доведено, що більшість достовірних розбіжностей інструментальних показників оцінки стану плодів та плаценти спостерігаємо між жінками з наявністю або відсутністю акушерської і гінекологічної патології, а розбіжностей антропометричних розмірів – між жінками з наявністю або відсутністю соматичної патології.

Уперше виявлені особливості пальцевої дерматогліфіки у вагітних жінок з наявністю акушерського анамнезу, що проявляються наявністю центральних кишень на І пальці правої кисті і випадкових візерунків на І пальці лівої кисті. Встановлено, що величина кута btc зумовлена складовою соматичного анамнезу, а високі значення кута atd є відображенням складової гінекологічного анамнезу.

Встановлено особливості кореляційних зв'язків інструментальних, лабораторних і конституціональних особливостей плода і вагітних з наявністю або відсутністю патологічних акушерського, гінекологічного і соматичного анамнезів. Найчисельніші та найсильніші достовірні зв'язки показників оцінки стану плода та плаценти, кількості навколоплідних вод та маси тіла новонародженої дитини зафіксовано у жінок з наявністю патологічного акушерського анамнезу. Визначення кореляцій між рівнями гормонів у сироватці крові жінок з різними анамнезами показало наявність лише поодиноких достовірних взаємозв'язків між рівнями прогестерону й адреналіну та патологічним акушерським анамнезом. Практично усі, переважно слабкі зворотного характеру, достовірні зв'язки між антропометричними показниками вагітних та наявністю патологічних анамнезів виявлено між розмірами тазу та патологічним соматичним анамнезом.

Практичне значення одержаних результатів. На основі отриманих антропометричних показників та показників пальцевої і долонної дерматогліфіки та груп крові за системою АВО вагітних жінок загальної групи та вагітних жінок різних соматотипів залежно від наявності чи відсутності акушерського, соматичного і гінекологічного анамнезів побудовано достовірні дискримінантні моделі для визначення груп вагітних жінок з патологічними акушерським і гінекологічним анамнезами без соматичного анамнезу. Розроблені математичні моделі доцільно використовувати для формування груп підвищеного ризику виникнення акушерської та гінекологічної патології, що є основою для своєчасного застосування профілактичних заходів.

Отримані результати досліджень використовують у лекційних курсах кафедр нормальної анатомії та акушерства і гінекології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та практичній роботі жіночих консультацій і акушерських відділень.

Особистий внесок здобувача. Автором здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень дисертаційного дослідження; самостійно проведено пошук та огляд літератури; особисто здійснено антропометричне обстеження новонароджених, клініко-лабораторне, антропометричне та дерматогліфічне обстеження вагітних жінок. Автор брала участь у діагностиці стану плода, плаценти та кількості навколоплідних вод у жінок різного віку. Особисто проведено статистичну обробку отриманих результатів; самостійно написано усі розділи досліджень. Спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження й обґрунтування висновків. Автором самостійно написано 3 статті в наукових

фахових виданнях. 3 фахових статті та деклараційний патент на корисну модель за темою дисертації опубліковані в співавторстві з науковим керівником та колегами, де автору належать основні ідеї та розробки щодо інструментальних, лабораторних та конституціональних особливостей плода і вагітних жінок з різним анамнезом.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи викладені та обговорені на: VI Міжнародному конгресі з інтегративної антропології (Вінниця, 2007); міжнародному конгресі „Антропология сегодня: теоретические и практические задачи" (Минск, 2009); XIV міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (Тернопіль, 2010); науково-практичній конференції з міжнародною участю „Ендокринологія вагітності" (Київ, 2010); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Актуальні питання сучасного акушерства" (Тернопіль, 2010).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 9 наукових робіт (6 у співавторстві), які повністю відображають зміст проведеного дослідження. 6 статей опубліковано в рекомендованих ВАК України наукових фахових журналах (з них 3 самостійних). Отримано деклараційний патент України на корисну модель №42708 „Спосіб прогнозування можливої наявності чи відсутності у жінок соматичної, гінекологічної і акушерської патології в залежності від показників пальцевої та долонної дерматогліфіки і групи крові за системою АВО".

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 166 сторінках основного тексту, складається з вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та обговорення отриманих результатів, висновків та практичних рекомендацій, додатків і списку використаних літературних джерел (всього 316 найменувань: 214 кирилицею, 102 латиницею), ілюстрована 6 рисунками і 25 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети та завдань дослідження на базі інституту післядипломної підготовки лікарів (м. Хмельницький) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова проведено комплексне обстеження 116 вагітних у третьому триместрі (76 з яких віком від 18 до 25 років та 40 – віком від 26 до 35 років) з наявністю або відсутністю соматичної, гінекологічної й акушерської патології та було обстежено 116 новонароджених дітей. Усі жінки з патологією вагітності, незалежно від віку, були віднесені до загальної групи. Серед них осіб з гінекологічним анамнезом було 65 (56%), без нього – 51 (44%); з акушерським анамнезом було 32 (27,6%), без нього – 84 (72,4%); з соматичним анамнезом було 83 (71,6%), без нього – 33 (28,4%). Серед жінок від 18 до 25 років осіб з гінекологічним анамнезом було 46,1%, без нього – 53,9%; з акушерським анамнезом було 19,7%, без нього – 80,3%; з

соматичним анамнезом було 67,1%, без нього – 32,9%. Серед жінок від 26 до 35 років осіб з гінекологічним анамнезом було 75%, без нього – 25%; з акушерським анамнезом було 42,5%, без нього – 57,2%; з соматичним анамнезом було 80%, без нього– 20%. За соматотипом жінки поділялися: нормостенічний тип – 73 (62%), астенічний тип – 34 (29%), пікнічний тип – 10 (9%).

Комісією з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (протокол №8 від 04 травня 2011 р.) встановлено, що проведені дослідження відповідають морально-етичним вимогам Токійської декларації Всесвітньої медичної асоціації, Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи щодо прав людини і біомедицини, відповідних законів України згідно наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 року та етичного кодексу лікаря України.

Клініко-лабораторні методи дослідження

Рівень гормонів: прогестерон (нг/мл), загальний естріол (нг/мл), кортизол (нг/мл), адреналін (нг/мл), тестостерон (нг/мл) визначали за імуноферментним методом В.С. Камишнікова. Принцип твердофазного імуноферментного аналізу ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) полягає у формуванні комплексу, в якому зумовлена речовина складає один з внутрішніх його шарів, а індикаторний фермент – зовнішній.

Визначали *об'єм крововтрати* за методом Лібова.

Для встановлення *антигенів крові* системи АВО та антигенів крові системи Rh використовували серологічний метод.

Інструментальні методи дослідження

Оцінку стану плода проводили за допомогою сонографічного дослідження, яке здійснювали на апараті Ultima PA з використанням вагінального й абдомінального датчиків. Визначали термін вагітності, масу тіла плода, кількість навколоплідних вод, ступінь зрілості плаценти та ступінь зрілості легенів плода.

З метою безперервної одночасної реєстрації частоти серцевих скорочень плода і тонусу матки використовували *кардіотокографію* з графічним зображенням фізіологічних сигналів на калібровочній стрічці. Частота серцевих скорочень плода більше 170 уд/хв. свідчить про тахікардію плода, менше 110 уд/хв. – брадікардію плода, частота серцевих скорочень плода в межах 110-170 уд/хв. – фізіологічна норма.

Оцінювали *стан плода за критерієм Фішера*, підраховуючи суму балів за кожною ознакою. В інтегральному вигляді критерії стану плода такі: нормальний стан плода – 8-10 балів; сумнівний – 5-7 балів; незадовільний – 0-4 бали.

Антропометричні та дерматогліфічні методи дослідження

Довжину тіла новонароджених дітей визначали сантиметровою стрічкою, для визначення

маси тіла застосовували електронні ваги.

Довжину тіла жінок вимірювали за допомогою ростоміра. Масу тіла визначали на спеціальних медичних вагах. Розрахунковим шляхом за методом Дю Буа визначали площу поверхні тіла ($м^2$):

$$S = MT^{0,425} \times RT^{0,725} \times 0,007184$$

де МТ – маса тіла (кг);

RT – довжина тіла (см).

За допомогою ростоміра визначали висоту антропометричних точок: надгруднинної (знаходиться на середині краю яремної вирізки ручки груднини) і лобкової (відповідає верхньому краю лобкового симфізу).

Вимірювання діаметрів тіла проводили тазоміром: плечовий діаметр, або ширина плечей, – відстань між лівою та правою плечовими точками, вимірюється спереду та середньогруднинний поперечний діаметр грудної клітки – горизонтальна відстань між найвіддаленішими точками бокових поверхонь грудної клітки на рівні середньогруднинної точки, що відповідає верхньому краю 4-го ребра.

Вимірювання розмірів таза здійснювали тазоміром за загальноприйнятою методикою. Визначали дев’ять розмірів таза: міжостьову відстань, міжгребеневу відстань, міжвертлюгову відстань, прямий розмір виходу таза, бічну кон'югату, косі розміри таза. Для визначення істинної кон’югати використовували індекс Соловйова. Також визначали поздовжній та поперечний розмір ромба Міхаеліса.

Соматотип жінок визначався за схемою L. Rees-H.J.Eisenck.

$$\text{Індекс L. Rees-H.J.Eisenck} = \frac{\text{ДТ x 100}}{\text{ПДГК x 6}}$$

де ДТ – довжина тіла (в см); ПДГК – поперечний діаметр грудної клітки (в см).

Якщо у жінок величина індексу до 96% – їх відносили до пікнічного соматотипу. При величині індексу від 96% до 106% – жінка належала до нормостенічного соматотипу, а при показнику більше 106% – це астенічний соматотип. Дерматогліфічне дослідження виконане за методикою H.Cummins і Ch.Midlo. Відбитки пальців кисті отримували за допомогою типографської фарби на листі паперу. Визначали візерунки дистальних фаланг пальців, які підлягали якісній та кількісній оцінці. Встановлювали тип візерунків, їх розподіл по пальцях, частоту, з якою зустрічається той чи інший тип візерунка та пальцеві гребеневі рахунки. Визначали 8 типів пальцевих візерунків. Підраховували локальний, сумарний та тотальний гребеневий рахунки шляхом підрахунку кількості папілярних ліній, що перетинають відрізок, який з’єднує центр візерунка і його трирадіус. На долоні визначали величини кутів, долонні гребеневі

рахунки, відстань між трирадіусами c-t та a-d, наявність візерунків в області тенара, гіпотенара та міжпальцевих проміжках, кількість та локалізацію долонних трирадіусів. Визначали 80 якісних і 15 кількісних показників пальцевої та 30 – долонної дерматогліфіки. Крім того, нами розраховані такі індекси: індекс Фуругати, індекс Данкмейєра, індекс Полля, індекс Гайпеля та дельтовий індекс.

Статистичні методи дослідження

Статистична обробка отриманих результатів дослідження проведена в пакеті "STATISTICA 5.5" (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М.І.Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) з використанням непараметричних методів.

Результати досліджень та їх обговорення. Під час аналізу загального та вікового розподілу гінекологічної, акушерської та соматичної патології в анамнезі жінок Вінницької і Хмельницької областей, у яких спостерігались відхилення у ході вагітності або пологів, встановлено, що у жінок загальної групи виявлена наявність гінекологічної патології в анамнезі у 56%; акушерської патології в анамнезі – у 27,6%; соматичної патології в анамнезі – у 71,6%. Наявність будь-якого анамнезу супроводжується зростанням відсотка патологій інших анамнезів і навпаки, відсутність будь-якого анамнезу супроводжується зменшенням відсотка патологій інших анамнезів. Також встановлено, що із зростанням віку наявність гінекологічної, акушерської або соматичної патології в анамнезі також зростає.

Як у жінок загальної групи, так і у жінок вікових груп від 18 до 25 років і від 26 до 35 років зафіксовані найвищі відсотки наявності в анамнезі ерозії шийки матки (відповідно, у 22,4%, 13,2% і 40,0%); штучного аборту (відповідно, у 18,1%, 7,9% і 37,5%); аднекситу (відповідно, у 16,4%, 13,2% і 22,5%); кольпіту (відповідно, у 11,2%, 10,5% і 12,5%); кісти яєчника (відповідно, у 5,2%, 6,6% і 2,5%) та апоплексію яєчника (відповідно, у 5,2%, 5,3% і 5,0%).

Найбільші відсотки окремих патологічних станів акушерської патології в анамнезі як у жінок загальної групи, так і в групах віком від 18 до 25 років та віком від 26 до 35 років склали: самовільний викидень (відповідно, у 8,6%, 7,9% і 10,0%); пологова травма у дитини (відповідно, у 6,9%, 6,6% і 7,5%); рубець на матці після кесаревого розтину (відповідно, у 5,2%, 1,3% і 12,5%) та передчасні пологи (відповідно, у 5,2%, 5,3% і 5,0%).

Під час визначення відсоткового складу соматичної патології в анамнезі у розгорнутому вигляді встановлено, що найвищі рівні показників як у жінок загальної групи, так і в групах віком від 18 до 25 років та віком від 26 до 35 років припадали на сечокислий діатез (відповідно, у 20,7%, 22,4% і 17,5%); хронічний пієлонефрит (відповідно, у 16,4%, 17,1% і 15,0%); дифузний нетоксичний зоб (відповідно, у 13,8%, 15,8% і 10,0%); ожиріння (відповідно, у 9,5%, 6,6% і 15,0%).

При аналізі відсотка жінок, у яких були встановлені порушення перебігу вагітності,

достовірно не відрізнявся та не мав тенденцій до відмінностей між жінками загальної групи та жінками різних вікових груп. Відсоток жінок у всіх групах з відхиленнями перебігу вагітності був високим і підходив впритул до максимально можливого та коливався від 97,5% до 98,3%, а з відхиленнями у перебігу пологів – від 95,0%, до 96,1%.

Під час аналізу розподілу показників випадків патологічного перебігу вагітності у жінок загальної групи та в групах віком від 18 до 25 і від 26 до 35 років найбільший відсоток патології припадав відповідно на: анемію вагітних – у 63,8%, 65,8%, 60,0%; дистрес плода – у 48,3%, 51,3%, 42,5%; загрозу переривання вагітності – у 44,0%, 43,4%, 45,0%; фетоплацентарну недостатність – у 34,5%, 35,5%, 32,5%; прееклампсію легкого ступеня – у 20,7%, 19,7%, 22,5%; ізоімунізацію за АВО-системою – у 13,8%, 11,8%, 17,5%; багатоводдя – у 12,1%, 10,5%, 15,0%; гестаційні набряки – у 10,3%, 6,6%, 17,5%; маловоддя – у 7,8%, 10,5%, 2,5%; пієлонефрит вагітних – у 6,0%, 5,3%, 7,5%; кольпіт – у 6,0%, 6,6%, 5,0%.

За результатами аналізу розподілу показників випадків патологічного перебігу пологів у жінок загальної групи встановлено, що найбільший відсоток припадав на передчасний розрив плідних оболонок (у 25,0%), кесарів розтин (у 22,4%), обвиття пуповиною навколо шиї плода (у 16,4%), великий плід (у 13,8%). Перинеотомія й епізіотомія були виконані в обох випадках у 9,5% жінок; сідничне передлежання спостерігалося у 8,6% жінок; ручна ревізія стінок порожнини матки та ручне відділення і видалення посліду проведена у 6,9% жінок; розрив шийки матки зафіксований у 6,0% жінок; стерилізація за Кохером виконана у 5,2% жінок.

У жінок віком від 18 до 25 років найбільш часто реєстровані: передчасний розрив плідних оболонок (у 22,4%), кесарів розтин (у 18,4%), обвиття пуповиною навколо шиї плода (у 17,1%), великий плід (у 15,8%), перинеотомія (у 11,8%), епізіотомія (у 11,8%). Ручна ревізія стінок порожнини матки та ручне відділення і видалення посліду була проведена у 7,9% жінок; розрив шийки матки зафіксовано у 7,9% жінок; сідничне передлежання спостерігали у 6,6% жінок; загроза розриву промежини, так само, як загальнорівномірно звужений таз, коротка пуповина, інструментальна ревізія стінок порожнини матки та медпосилення пологів сталися у 5,3% жінок.

У жінок віком від 26 до 35 років найчастіше були зафіксовані: передчасний розрив плідних оболонок, так само як кесарів розтин (у 30,0%); обвиття пуповиною навколо шиї плода (у 15,0%); сідничне передлежання, так само як стерилізація за Кохером (у 12,5%); великий плід (у 10,0%).

Необхідно відзначити, що у жінок віком від 18 до 25 років, порівняно з жінками віком від 26 до 35 років, були зафіксовані більші відсотки випадків великого плода (відповідно, 15,8 і 10,0%), перинеотомій (відповідно, 11,8 і 5,0%), епізіотомій (відповідно, 11,8 і 5,0%), розриву шийки матки (відповідно, 7,9 і 2,5%), інструментальної ревізії стінок порожнини матки (відповідно, 5,3 і 0%). І навпаки, у жінок віком від 26 до 35 років, порівняно з жінками віком від 18

до 25 років, більший відсоток припадав на стерилізацію за Кохером (відповідно, 12,5 і 1,3%), сідничне передлежання (відповідно, 12,5 і 6,6%), кесарів розтин (відповідно, 30,0 і 18,4%).

Враховуючи проведений нами аналіз анамнестичних даних обслідуваних, можемо стверджувати, що відхилення у ході вагітності і пологів зумовлені не лише захворюваннями, але й іншими факторами, серед яких важливе місце можуть мати особливості конституції вагітних жінок.

Під час порівняння інструментальних показників оцінки стану плодів, плаценти, кількості навколоплідних вод, об'єму крововтрати під час пологів, групи крові та резус-фактора між вагітними жінками загальної групи та різного віку встановлені такі розбіжності. Серед жінок віком від 18 до 25 років визначено достовірно більший ($p<0,05$) відсоток осіб з шестибальною оцінкою стану плода за даними КТГ (за Фішером), ніж серед жінок віком від 26 до 35 років (відповідно, 27,1 і 7,14%), виражену тенденцію такої ж спрямованості ($p=0,058$) відносно групи жінок загальної групи (19,7%) та незначну тенденцію ($p=0,082$) до меншого відсотка жінок, плоди яких мали нормальні показники частоти серцевих скорочень, ніж у групі віком від 26 до 35 років (відповідно, 69,6 і 86,7%). Встановлено, що у групі віком від 18 до 25 років відсоток резус-позитивних жінок (88,2%) був достовірно більший ($p<0,01$), а резус-негативних (11,8%) – достовірно менший ($p<0,01$), порівняно з групою віком від 26 до 35 років (відповідно, 65,0% і 35,0%). Крім того, у групі жінок загальної групи відсоток резус-позитивних (80,2%) мав виражену тенденцію до більших значень ($p=0,053$), а резус-негативних (19,8%) жінок – виражену тенденцію до менших значень ($p=0,053$), порівняно з групою віком від 26 до 35 років.

У 100% *жінок загальної групи, які мали патологічний гінекологічний анамнез,* зафіксована ступінь зрілості плаценти III, що було достовірно більшим, і не зафіксовано випадків ступеня зрілості плаценти II, що було достовірно меншим, ніж у жінок без наявності такого анамнезу. У *жінок загальної групи, які мали патологічний акушерський анамнез,* встановлені достовірно менші показники маси тіла плода за даними УЗД, маси та довжини тіла дитини, ніж у жінок, які не мали такого анамнезу. Необхідно відзначити, що *у жінок загальної групи з наявністю патологічного соматичного, акушерського або гінекологічного анамнезу* не було жодного випадку оцінки стану плода за даними КТГ (за Фішером) у найвищий бал – 10, на відміну від жінок, які не мали патологічних анамнезів.

Серед жінок *віком від 18 до 25 років з патологічним гінекологічним анамнезом* у 100% випадків зафіксована ступінь зрілості плаценти III, а у жінок, які не мали такого анамнезу, – лише у 88,0%. І навпаки, у жінок без патологічного гінекологічного анамнезу виявлена виражена тенденція до більшого відсотка випадків, коли ступінь зрілості плаценти становив II, порівняно з відсутністю таких випадків у жінок, які мали такий анамнез. У жінок *віком від 18 до 25 років, які мали патологічний*

акушерський анамнез, як і у жінок загальної групи, маса тіла плода за даними УЗД, маса тіла новонародженої дитини та довжина тіла дитини були достовірно менші, ніж у жінок, які не мали такого анамнезу. Частота серцевих скорочень у плодів жінок певного віку, які мали патологічний акушерський анамнез, була у межах норми в 63,0% випадків, а в 34,8% випадків визначена тахікардія; у жінок, які не мали такого анамнезу, частота серцевих скорочень плодів у 100% була нормальною.

У жінок *віком від 26 до 35 років, які мали патологічний гінекологічний анамнез,* зафіксовані лише незначні тенденції до менших показників маси тіла плода за даними УЗД та більшого відсотка випадків наявності кальцифікатів у плаценті, ніж у жінок, які не мали такого анамнезу. У жінок *віком від 26 до 35 років, які мали патологічний акушерський анамнез,* частота серцевих скорочень у плода була у межах норми в 66,7% випадків, що було достовірно меншим, а в 33,3% випадків зафіксована тахікардія, що було достовірно більшим, ніж у жінок без патологічного акушерського анамнезу, у плодів яких частота серцевих скорочень у 100% випадків була нормальною. У жінок *віком від 26 до 35 років з патологічним соматичним анамнезом* встановлена лише незначна тенденція до більшої товщини плаценти, ніж у жінок без такого анамнезу.

Як у групі жінок загальної групи, так і в групах жінок віком від 18 до 25 років та від 26 до 35 років не встановлено достовірних розбіжностей або виражених тенденцій до розбіжностей жодного з показників, що визначали між жінками, які мали патологічний соматичний анамнез, і жінками, які не мали такого анамнезу.

Статистично значимі відмінності рівнів прогестерону, загального естріолу, кортизолу, адреналіну та тестостерону в сироватці крові між групами жінок з наявністю або відсутністю в анамнезі соматичної, гінекологічної та акушерської патології зафіксовані тільки щодо акушерського анамнезу: у жінок загальної групи з наявністю патологічного акушерського анамнезу рівень прогестерону у сироватці крові був достовірно нижчим, ніж у жінок, які не мали такого анамнезу переважно за рахунок осіб віком від 18 до 25 років, де зафіксована достовірна відмінність такої ж спрямованості; крім того, у жінок віком 26-35 років з акушерською патологією в анамнезі виявили достовірно нижчий рівень адреналіну, ніж у жінок без такої патології. Також нами встановлена тенденція до менших показників рівня прогестерону у сироватці крові жінок віком від 26 до 35 років з наявною гінекологічною патологією в анамнезі, ніж у жінок, які її не мали.

Між групами жінок з наявністю або відсутністю *патологічного соматичного анамнезу* достовірних відмінностей або тенденцій до відмінностей рівнів прогестерону, загального естріолу, кортизолу, адреналіну та тестостерону у сироватці крові взагалі не виявлено.

Найбільша кількість та найбільш сильні достовірні зв’язки (переважно середньої сили прямі) для показників оцінки стану плода, стану плаценти, кількості навколоплідних вод та маси

тіла новонародженої дитини зафіксовано у жінок з патологічним акушерським анамнезом. Визначення кореляцій між рівнями прогестерону, загального естріолу, тестостерону, кортизолу, адреналіну у сироватці крові жінок та патологічними соматичним, гінекологічним, акушерським анамнезами показало наявність лише поодиноких достовірних взаємозв'язків між рівнями прогестерону й адреналіну та патологічним акушерським анамнезом.

У жінок загальної групи, які мали в анамнезі соматичну патологію, порівняно з жінками, які не мали патологічного соматичного анамнезу, встановлені достовірно більші значення міжостьового та міжвертлюгового розмірів таза, поздовжнього та поперечного розміру ромба Міхаеліса та тенденції до більших значень міжгребеневої відстані, зовнішньої кон'югати, прямого розміру виходу таза, правого та лівого косих розмірів таза. Причому, практично всі ці відмінності виникли за рахунок жінок віком від 18 до 25 років, у яких зафіксовані такі ж особливості антропометричних відмінностей, на відміну від жінок віком від 26 до 35 років, у яких не встановлено статистично значимих відмінностей або тенденцій до відмінностей антропометричних показників, що визначали між групами з наявністю або відсутністю патологічного соматичного анамнезу.

Між групами жінок, які мали або не мали обтяженого гінекологічного або акушерського анамнезу як загальної групи, так і в окремих вікових групах, лише один з антропометричних показників мав статистично значиму відмінність – зафіксоване достовірно менше значення індексу Соловйова у жінок віком від 26 до 35 років, в анамнезі яких спостерігали акушерську патологію, ніж у жінок без наявності патологічного акушерського анамнезу.

Нами встановлено, що практично усі достовірні зв'язки між антропометричними показниками жінок та наявністю патологічних анамнезів виявлені між розмірами тазу та патологічним соматичним анамнезом (переважно слабкі зв'язки зворотного характеру).

У зв'язку із перспективністю використання дерматогліфічних ознак як генетичних маркерів для раннього прогнозування ускладнень перебігу вагітності та протікання пологів було поставлене завдання з'ясувати, чи характеризується акушерський анамнез певним дерматогліфічним комплексом ознак, який опосередковано вказував би на наявність схильності до нього, чи він зумовлений іншими факторами, зокрема наявністю соматичного чи гінекологічного анамнезів.

Аналіз якісних ознак пальцевої дерматогліфіки. Отримані нами дані щодо частоти, з якою трапляються різні типи візерунків на десяти пальцях, свідчать, що вона не набувала достовірних відмінностей у досліджуваних групах і коливалась навколо середньостатистичних значень, характерних для європейців, для яких частота петлевих візерунків складає біля 65%, завиткових – біля 30%, а дугових – біля 5 відсотків.

Однак, локальні частоти окремих візерунків досягали достовірної різниці. Так, у жінок *із*

наявністю акушерського анамнезу на І пальці правої кисті центральні кишені трапляються вірогідно частіше, ніж у жінок без нього і зовсім не трапляються на І пальці лівої кисті, на якому вірогідно частіше помічаємо випадкові візерунки. Також виявлена виражена тенденція до зменшення частоти ульнарних петель на IV пальці правої кисті.

Для вагітних жінок *із наявністю гінекологічного анамнезу* характерне достовірне зниження частоти ульнарних петель на І пальці лівої кисті та виражена тенденція до її зниження на ІІІ пальці лівої кисті. На ІІІ пальці правої кисті не трапляються подвійні петлі. Виявлена суттєва відмінність між частотою випадкових візерунків, що являють собою комбінацію двох простих візерунків і які трапляються на І пальці лівої кисті в цій групі і не зустрічаються у жінок без гінекологічного анамнезу, та низькою частотою радіальних петель на ІІ пальці правої кисті.

Для вагітних жінок *з наявністю соматичного анамнезу* характерна дещо менша загальна частота однодельтових візерунків. Суттєва відмінність групи жінок із наявністю соматичного анамнезу від групи жінок із його відсутністю встановлена за частотою ульнарних петель на ІІІ пальці правої кисті та виявлена стійка тенденція до їхнього зниження на І пальці лівої кисті. Привертає увагу виражена тенденція до збільшення частоти центральних кишень на V пальці правої кисті. Зазначимо, що на відміну від групи жінок із наявністю соматичного анамнезу або завитки, або центральні кишені, або подвійні петлі, тобто складові родини дводельтових візерунків, жодного разу не траплялись у жінок без соматичного анамнезу на V, IV і ІІІ пальцях, і ця закономірність проявляється на обох кистях. Загальна частота дуг у жінок із наявністю соматичного анамнезу також перевищує таку у жінок без нього з вираженою тенденцією на ІІ пальці лівої кисті.

Отже, дані за частотою різних типів візерунків не виявились яскравими, вони стосувались незначної кількості локальних ознак і не дали змогу виявити сподіваного комплексу відхилень пальцевої дерматогліфіки у жінок з наявністю різних анамнезів.

Тому ми вважали за необхідне проаналізувати як узагальнювальний показник індекси візерункових типів, що відображають ступінь їхньої складності. Застосування індексів полегшує порівняння різних груп. Так, індекс Данкмейєра і Полля тим більший, чим простіший візерунок, тобто чим вища частота, з якою трапляється найбільш простий візерунок – дуга відносно найскладнішого завитка – в першому випадку і петлі – в другому. А радіально-ульнарний завитковий індекс (індекс Гайпеля) вказує на розподіл завитків по пальцях і не залежить від їхньої загальної частоти.

Дерматогліфічні індекси у жінок *із наявністю та відсутністю акушерського анамнезу* виявились близькими і не досягали достовірної відмінності (табл. 1). Серед 5-ти визначених індексів в групі жінок з *гінекологічним анамнезом* привертають увагу підвищені індекси

Данкмейєра, Полля та Гайпеля, тобто в масиві дуги+завитки, дуги+петлі частка дуг збільшена, а завитки локалізовані радіально. У групі жінок *з соматичним анамнезом* частка дуг як в масиві завитків, так і в масиві петель також збільшена, порівняно із групою жінок без соматичного анамнезу. Індекс Фуругати при цьому перебуває в межах норми; у групі жінок, що не мають соматичного анамнезу, фіксуємо відхилення у співвідношенні завитків і петель. Частка завитків у масиві петель є зниженою, а фенотиповий прояв їхнього співвідношення зумовлений складовою наявності як акушерського, так і гінекологічного анамнезів.

Таблиця 1

Індекси візерункових типів у жінок із наявністю або відсутністю патологічних соматичного, гінекологічного й акушерського анамнезів

Індекси	Соматичний		Гінекологічний		Акушерський	
	ні	так	ні	так	ні	так
Фуругати	**27,19**	40,42	32,14	38,75	36,89	32,77
Данкмейєра	17,57	**33,93**	24,96	**33,73**	24,65	25,66
Полля	6,78	**13,71**	8,02	**13,07**	9,09	8,41
Dl_{10}	5,63	**6,22**	6,05	6,11	6,1	5,94
Гайпеля (радіально-ульнарний)	360,81	432,05	365,38	**527,53**	409,74	392,07

Що стосується дельтового індексу, то зазначимо, що його індивідуальні коливання перебувають у межах 0-20, при цьому групові коливання індексу незначні. Отримані нами дані щодо кількості дельт, що припадають на одну людину, перебувають у логічному зв'язку із даними щодо індексу Фуругати: дельтовий індекс виявляється найбільшим серед усіх груп із демонстрацією достовірних відмінностей на правій кисті. Дані за індексом Гайпеля засвідчують наявність особливостей розподілу завитків у групі жінок з соматичним анамнезом, зокрема – про тяжіння завитків до переважної радіальної локалізації.

Оскільки до складу групи жінок з акушерським анамнезом входять жінки з соматичним та гінекологічним анамнезами, то показники індексів цих груп є результатом показників усіх досліджуваних груп. У зв'язку з тим, що достовірної різниці за індексами у групах із та без акушерського анамнезів нами не виявлено, то і підстав стверджувати, що знижений індекс Фуругати і підвищені індекси Данкмейєра і Полля є притаманними суто акушерському анамнезу, у нас немає. Фенотиповий прояв частки завитків у масиві петель у жінок з акушерським анамнезом зумовлений складовою наявності як акушерського, так і гінекологічного анамнезів, а фенотиповий прояв частки дуг як в масиві завитків, так і в масиві петель є відображенням складової наявності соматичного та

гінекологічного анамнезів.

Аналіз дерматогліфічних індексів дав змогу виявити своєрідність пальцевої дерматогліфічної конституції жінок *із наявністю акушерського анамнезу*, яка зумовлена більшою мірою супутніми соматичним і гінекологічним анамнезами і фенотипово проявляється спрощенням папілярних візерунків та радіальною локалізацією завитків.

Аналіз кількісних показників *пальцевої дерматогліфіки* в групах з наявністю соматичного, гінекологічного, акушерського анамнезів або без них націлює на розгляд груп з наявністю або відсутністю соматичного анамнезу, оскільки відмінностей в інших групах не було виявлено. У групі вагітних без соматичного анамнезу тотальний гребінцевий рахунок не відрізняється від популяційної норми і складає 129,4±43,2. У жінок із соматичним анамнезом проглядається виражена тенденція до його збільшення (143,2±46,1). Зазначимо, що внесок показників лівої кисті більший, ніж правої, оскільки локальні гребінцеві рахунки на ній I і II пальців достовірно більші в групі жінок із соматичним анамнезом. Серед показників правої кисті відзначена більша кількість гребінців на II пальці.

Оскільки гребінцеві рахунки в групах із або без гінекологічного та із або без акушерського анамнезів близькі до тих, що виявлені у вагітних з соматичним анамнезом і ці групи сформовані таким чином, що до їхнього складу входять вагітні з соматичним анамнезом, можемо припустити, що саме складова фенотипічного прояву пальцевої дерматогліфіки, яка відображає наявність соматичного анамнезу, робить вирішальний внесок у прояв дерматогліфіки жінок як з гінекологічним, так і з акушерським анамнезом.

Порівнюючи групи між собою з наявністю і відсутністю акушерського анамнезу для переважної більшості *показників долонної дерматогліфіки* ми не виявили достовірних відмінностей. Серед долонних кутів привертає увагу ∠btc правої кисті та ∠atd обох кистей. Величина ∠btc прямо залежить від віддалі між трирадіусами, що розташовані під III і IV пальцями, а також від локалізації вісьового трирадіуса, відображеного у лінії ct. I хоча достовірної різниці за цим показником між групами з акушерським анамнезом і без нього та з гінекологічним анамнезом і без нього не виявлено, зазначимо, що абсолютні значення ∠btc у цих групах близькі до таких, що реєструються у жінок із супутнім соматичним анамнезом. При цьому, у жінок з соматичним анамнезом він достовірно більший, порівняно із таким у жінок без зазначеного анамнезу. Виявлена закономірність дає нам підстави припустити, що фенотиповий прояв величини ∠btc у жінок як з акушерським, так і з гінекологічним анамнезом зумовлений складовою наявності соматичного анамнезу.

Загальний долонний ∠atd в групі жінок з гінекологічним анамнезом є найбільшим серед обстежуваних груп і достовірно відрізняється від такого у групі жінок без гінекологічного

анамнезу. Разом з тим, його величина близька до такої, яка помічена у групі жінок з акушерським анамнезом. Тому високі значення ∠atd в групі жінок з акушерським анамнезом можна інтерпретувати як відображення складової гінекологічного анамнезу.

Під час аналізу *кореляційних залежностей дерматогліфічних параметрів із наявністю соматичного, гінекологічного та акушерського анамнезів* на фоні відсутності виражених зв'язків з акушерським анамнезом виявлені слабкі, переважно зворотні, кореляції вказаних параметрів з групами соматичного і гінекологічного анамнезів. Так, негативний зв'язок характеризує локальний гребінцевий рахунок вказівного пальця (II) обох кистей та величина кута ∠btc правої кисті з соматичним анамнезом. Гінекологічний анамнез негативно пов'язаний з ознаками, які належать лише долоні, а саме: з величиною кута ∠atd та наявністю візерунка на гіпотенарі однобічної локалізації (права кисть).

Отже, застосований кореляційний метод дослідження не дав змогу виявити безпосереднього зв'язку дерматогліфічних ознак з наявністю акушерського анамнезу. Однак опосередковано можна констатувати, що виявлені зв'язки ∠btc і ∠atd у першому випадку формуються в результаті наявності соматичного, а в другому – гінекологічного анамнезів.

Для побудови моделей, які дають змогу передбачити, до якої сукупності (жінок з наявними або відсутніми патологічними анамнезами) буде належати кожна окрема жінка, залежно від показників її пальцевої і долонної дерматогліфіки та групи і резус-фактора крові, нами був застосований метод покрокового дискримінантного аналізу.

Побудовано сім достовірних моделей, які надають можливість виділити групи жінок з наявністю або відсутністю акушерської, гінекологічної та соматичної патології в анамнезі і комбінацій таких анамнезів. Однак, високозначима дискримінація отримана лише у двох моделях – а саме, між жінками з наявними або відсутніми патологічними гінекологічним (статистика Уілкса Лямбда = 0,356) або акушерським (статистика Уілкса Лямбда = 0,118) анамнезами, але в обох випадках без патологічного соматичного анамнезу. Так, при урахуванні показників пальцевої і долонної дерматогліфіки дискримінантна функція охоплює 86,7% жінок з наявністю патологічного гінекологічного анамнезу, але без наявності патологічного соматичного анамнезу та 94,4% жінок без патологічного гінекологічного та соматичного анамнезів. Визначення показника класифікації (Df), за допомогою якого можна віднести належність показників, що вивчалися, до „типових" для жінок з патологічним гінекологічним анамнезом або до „типових" для жінок без гінекологічної патології в анамнезі, наведено у вигляді рівнянь, у яких віднесення до жінок з наявністю гінекологічної патології в анамнезі, але без соматичної патології можливе при значенні Df, близькому до 290,1, а до жінок без гінекологічної і соматичної патології в анамнезі – при значенні Df, близькому до 342,2.

Df (для жінок з гінекологічною патологією, але без соматичної патології в анамнезі) = відстань між трирадіусами c-t на лівій кисті х 4,0 + наявність долонного трирадіуса лівої кисті у зоні t х 54,63 – міжпальцевий гребеневий рахунок a-b на лівій кисті х 1,50 + величина кута dat на правій кисті х 4,0 + міжпальцевий гребеневий рахунок c-d на лівій кисті х 1,57 + тип візерунка на третьому пальці правої кисті х 2,09 – 290,1;

Df (для жінок без гінекологічної і соматичної патології в анамнезі) = відстань між трирадіусами c-t на лівій кисті х 4,45 + наявність долонного трирадіуса лівої кисті у зоні t х 61,15 – міжпальцевий гребеневий рахунок a-b на лівій кисті х 1,92 + величина кута dat на правій кисті х 4,41 + міжпальцевий гребеневий рахунок c-d на лівій кисті х 1,79 + тип візерунка на третьому пальці правої кисті х 0,41 – 342,2, де (тут і надалі), відстань між трирадіусами – в міліметрах;

наявність долонного трирадіуса – 1 – наявність ознаки, 2 – відсутність ознаки; *міжпальцевий гребеневий рахунок* – в абсолютних одиницях.

Встановлено, що з урахуванням показників пальцевої і долонної дерматогліфіки дискримінантна функція охоплює 100,0% жінок з наявністю патологічного акушерського анамнезу, але без наявності патологічного соматичного анамнезу та 100,0% жінок без патологічного акушерського та соматичного анамнезів. Загалом модель, яка враховує показники пальцевої і долонної дерматогліфіки для жінок зазначених груп, є коректною в 100,0% випадків.

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді таких рівнянь, в яких віднесення до жінок з наявністю акушерської патології в анамнезі, але без соматичної патології можливе при значенні *Df*, близькому до 308,6, а до жінок без акушерської і соматичної патології в анамнезі – при значенні *Df*, близькому до 459,6:

Df (для жінок з акушерською патологією, але без соматичної патології в анамнезі) = гребеневий рахунок на четвертому пальці правої кисті х 7,36 – тип візерунка на четвертому пальці правої кисті х 46,57 + величина кута dat на правій кисті х 11,35 + тип візерунка на п’ятому пальці правої кисті х 50,90 + тип візерунка на другому пальці правої кисті х 23,75 – наявність долонного трирадіуса лівої кисті у зоні t` х 60,43 – наявність долонного трирадіуса правої кисті у зоні t х 32,89 – гребеневий рахунок на третьому пальці правої кисті х 10,02 + дельтовий індекс на правій кисті х 43,83 – гребеневий рахунок на першому пальці лівої кисті х 4,766 – 308,6;

Df (для жінок без акушерської і соматичної патології в анамнезі) = гребеневий рахунок на четвертому пальці правої кисті х 10,00 – тип візерунка на четвертому пальці правої кисті х 61,67 + величина кута dat на правій кисті х 14,35 + тип візерунка на п’ятому пальці правої кисті х 65,63 + тип візерунка на другому пальці правої кисті х 32,08 – наявність долонного трирадіуса лівої кисті у зоні t` х 84,90 – наявність долонного трирадіуса правої кисті у зоні t х 52,67 – гребеневий рахунок на третьому пальці правої кисті х 12,94 + дельтовий індекс на правій кисті х 55,68 –

гребеневий рахунок на першому пальці лівої кисті x 6,361 – 459,6.

Загалом, до семи побудованих дискримінантних моделей найчастіше входили такі показники: тип візерунка на IV пальці правої кисті (до складу чотирьох моделей), величина кута ctd на лівій кисті (до складу чотирьох моделей), тип візерунка на I пальці лівої кисті (до складу трьох моделей), група крові за системою АВО (до складу трьох моделей).

Необхідно відзначити, що дерматогліфічні показники правої і лівої кисті однаково часто входили до складу дискримінантних моделей – по 24 випадки з загальних 48 для дерматогліфічних показників. Серед показників пальцевої дерматогліфіки, що вивчали, жодного разу не ввійшли до складу моделей показники I пальця правої кисті, IV і V пальців лівої кисті, сумарні гребеневі рахунки як правої, так і лівої кистей.

Враховуючи, що показники пальцевої і долонної дерматогліфіки особи, так само, як і її група крові за системою АВО є незмінними протягом життя (100% генетично детермінованими), отримані дискримінантні моделі надають певну можливість прогнозування у конкретної дівчини розвитку у майбутньому гінекологічної або акушерської патології за відсутності в анамнезі соматичної патології.

Найчастіше до моделей, що ґрунтуються на індивідуальних антропометричних показниках і віку жінок загальної групи та різних соматотипів (усього побудовано 9 моделей, λ= від 0,474 до 0,928) входили такі показники: вік жінок (до складу 4 моделей), маса тіла у III триместрі вагітності, висота лобкової точки, ширина плечей, міжостьовий та міжгребеневий розміри таза, прямий розмір виходу таза та поздовжній розмір ромбу Міхаеліса (до складу 2 моделей). Привертають увагу такі особливості моделей:

- у представників крайніх соматотипів (астенічного й пікнічного) моделі мали більш високий рівень дискримінації (λ= від 0,517 до 0,686), ніж у представників нормостенічного соматотипу (за винятком моделі можливості виникнення гінекологічної патології при відсутності соматичного анамнезу, де λ=0,474) та загальної групи жінок (λ= від 0,850 до 0,928);
- у представників загальної групи та жінок із нормостенічним соматотипом до моделей входили вік та, за винятком маси тіла, усі групи антропометричних показників, що вивчали (висота антропометричних точок, діаметри тулуба та параметри таза), в астеніків – лише параметри таза, а у представників пікнічного соматотипу – лише маса та зріст жінок.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичного завдання, яке полягає у встановлені інструментальних, лабораторних та конституціональних особливостей плода і вагітних жінок з наявністю або відсутністю соматичної,

гінекологічної й акушерської патології та побудові дискримінантних моделей можливості виникнення цих захворювань за допомогою дерматогліфічних показників, антигенів крові, а також від особливостей антропометричних показників у загальних групах жінок та у представників різних соматотипів, що дає змогу проводити ранню оцінку стану здоров'я жінок і плода.

1. У 56% жінок з порушеним перебігом вагітності або пологів виявлений обтяженний гінекологічний (ерозія шийки матки – 22,4%; штучний аборт – 18,1% та аднексит – 16,4%); акушерський– у 27,6% (самовільний викидень – 8,6%, пологова травма у дитини – 6,9%, рубець на матці після кесаревого розтину – 5,2%, передчасні пологи – 5,2%) та соматичний анамнези – у 71,6% (сечокислий діатез – 20,7%; хронічний пієлонефрит – 16,4% та дифузний нетоксичний зоб – 13,8%).

Порушення перебігу вагітності у різних групах жінок коливалось в межах від 97,5 до 98,3% (анемія вагітних – 63,8%; дистрес плода – 48,3%, загроза переривання вагітності – у 44,0%, фетоплацентарна недостатність – 34,5%), а порушення перебігу пологів – від 95,0 до 96,1% (передчасний розрив плідних оболонок – 25,0%; кесарів розтин – 22,4%).

2. Серед вагітних жінок віком від 18 до 25 років, порівняно з групою жінок віком від 26 до 35 років, встановлено достовірно більший відсоток осіб з дистресом плода за даними КТГ (відповідно, 27,1 і 7,14%), а також достовірно більший відсоток резус-позитивних жінок (відповідно, 88,2 і 65,0%) та менший – резус-негативних (відповідно, 11,8 і 35,0%)

У обслідуваних жінок, які мали патологічний гінекологічний анамнез зафіксовано достовірно більший відсоток ступеня зрілості плаценти III (у 100% жінок), ніж у жінок без такого анамнезу (у 91,2% жінок).

У жінок загальної групи з патологічним акушерським анамнезом рівень прогестерону у сироватці крові достовірно нижчий, ніж у жінок, які не мали такого анамнезу (відповідно, 64,23±8,09 і 69,51±6,91 нг/мл); у жінок віком 26-35 років з акушерською патологією в анамнезі встановлено достовірно нижчий рівень адреналіну, ніж у жінок без акушерської патології (відповідно, 65,91±23,90 і 84,06±18,37 нг/мл).

3. У жінок із соматичною патологією встановлені достовірно більші значення міжостьової (відповідно 25,30±1,40 см і 24,39±1,48 см) та міжвертлюгової відстані (відповідно, 31,63±2,06 см і 30,79±1,49 см), поздовжнього та поперечного розміру ромба Міхаеліса (відповідно, 10,99±0,44 см і 10,75±0,48 см та 10,83±0,62 см і 10,55±0,60 см), ніж у жінок без соматичної патології. Величина індексу Соловйова у жінок віком від 26 до 35 років із акушерською патологією була достовірно меншою, ніж у жінок відповідного віку без акушерського анамнезу (відповідно, 16,15±1,12 і 16,80±0,67).

4. Виявлена своєрідна пальцева дерматогліфічна конституція у жінок із наявністю акушерського анамнезу, яка, значною мірою, зумовлена супутніми соматичним і гінекологічним анамнезами і фенотипово проявляється спрощенням папілярних візерунків та радіальною локалізацією завитків, а також характеризується наявністю центральних кишень на І пальці правої кисті і випадкових візерунків – на І пальці лівої кисті (відповідно, у 18,8% проти 3,6%). Доведено, що у фенотиповий прояв кількісних ознак пальцевої дерматогліфіки вирішальний внесок робить складова соматичного анамнезу.

5. Найчисельніші та найсильніші (переважно середньої сили прямі) достовірні зв'язки показників оцінки стану плода та плаценти, кількості навколоплідних вод та маси тіла новонародженої дитини зафіксовано з наявністю у жінок патологічного акушерського анамнезу. Визначення кореляцій між рівнями гормонів у сироватці крові жінок з різними анамнезами показало наявність лише поодиноких достовірних взаємозв'язків між рівнями прогестерону й адреналіну та патологічним акушерським анамнезом. Практично усі, переважно слабкі зворотного характеру, достовірні зв'язки між антропометричними показниками вагітних жінок та наявністю патологічних анамнезів виявлені між розмірами тазу та патологічним соматичним анамнезом. Результати кореляційного аналізу генетичних маркерів із наявністю патологічних анамнезів вказують на те, що величина кута btc зумовлена складовою соматичного анамнезу, а високі значення кута atd є відображенням складової гінекологічного анамнезу.

6. Із семи достовірних дискримінантних моделей, які, ґрунтуючись на показниках пальцевої і долонної дерматогліфіки та належності до певної групи крові, надають можливість виділити групи жінок з різним анамнезом, високозначимі моделі побудовані лише для жінок з наявними або відсутніми патологічними гінекологічним (статистика Уілкса Лямбда=0,356) або акушерським (статистика Уілкса Лямбда=0,118) анамнезами, але без патологічного соматичного анамнезу. До побудованих моделей найчастіше входили тип візерунка на IV пальці правої кисті і на І пальці лівої кисті, величина кута ctd на лівій кисті та група крові за системою АВО.

Найчастіше до моделей, що ґрунтуються на індивідуальних антропометричних показниках і віку жінок загальної групи та різних соматотипів (всього побудовано 9 моделей, λ= від 0,474 до 0,928) входили такі показники: вік, маса тіла у III триместрі вагітності, висота лобкової точки, ширина плечей, міжостьовий та міжгребеневий розміри таза, прямий розмір виходу таза та поздовжній розмір ромбу Міхаеліса. У представників астенічного й пікнічного соматотипів моделі мали більш високий рівень дискримінації (λ= від 0,517 до 0,686), ніж у нормостеніків та загальної групи жінок. У представників загальної групи та жінок із нормостенічним соматотипом до моделей входили вік та усі групи антропометричних показників, що вивчали (висота антропометричних точок, діаметри тулуба та параметри тазу), у астеніків – лише параметри тазу, а

у представників пікнічного соматотипу – лише маса та зріст жінок.

ПАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Враховуючи, що показники пальцевої і долонної дерматогліфіки особи, так само, як і її група крові за системою АВО є незмінним протягом життя (100% генетично детермінованими), отримані дискримінантні моделі надають певну можливість прогнозування у конкретної дівчини розвитку у майбутньому гінекологічної або акушерської патології за відсутності в анамнезі соматичної патології (Деклараційний патент на корисну модель №42708). Також побудовані достовірні дискримінантні моделі, які ґрунтуючись на антропометричних показниках, надають можливість виділити групи жінок з наявністю або відсутністю акушерської, гінекологічної та соматичної патології в анамнезі і комбінацій таких анамнезів.

2. Для застосування результатів моделювання у практичній роботі лікарів акушер-гінекологів в умовах жіночих консультацій розроблена комп'ютерна програма, де після введення дерматогліфічних показників і групи крові, а також антропометричних даних автоматично вираховуються коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, які надають можливість обчислити показник класифікації (Df), за допомогою якого можна віднести належність показників до „типових" для жінок з патологічним акушерським анамнезом або до „типових" для жінок без акушерської патології в анамнезі, завдяки чому можливе прогнозування розвитку акушерської патології або прогнозування відсутності схильності до цієї патології.

3. Результати досліджень рекомендуємо використовувати в лекційних курсах медичних ВУЗів за дисциплінами „нормальна анатомія", „акушерство та гінекологія".

СПИСОК НАУКОВИХ РОБІТ, НАДРУКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Пролигіна О. В. Аналіз гінекологічної, акушерської та соматичної патології в анамнезі вагітних жінок / О. В. Пролигіна // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2008. – № 12 (1). – С. 58–61. (*Здобувачем самостійно проведений збір матеріалу та його аналіз).*

2. Отримання та обробка дерматогліфічних відбитків : складнощі та інтерпретація / Л. А. Клімас, М. П. Костенко, Н. А. Камінська, О. В. Пролигіна, О. М. Вовчук, І. В. Ольхова, О. І. Башинська, І. В. Пролигіна, О. М Шаповал // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. – № 13 (2). – С. 433–438. (*Здобувачем проведено огляд літератури).*

3. Пролигіна О. В. Сучасний стан здоров'я жінок дітородного віку та основні причини перинатальної і неонатальної захворюваності і смертності (огляд літератури) / О. В. Пролигіна // Biomedical and biosocial anthropology. – 2009. – № 13. – С. 268–273. (*Здобувачем проведено аналіз літературних джерел, узагальнення даних).*

4. Булавенко О. В. Рівень гормонів у сироватці крові вагітних жінок з наявністю або відсутністю соматичного, гінекологічного і акушерського анамнезів / О. В. Булавенко, О. В. Пролигіна // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – Полтава. – 2010. – Т. 10, №4 (32). – С. 8-10. (*Здобувачем проведено відбір жінок та клінічне спостереження за ними. Особисто провела аналіз результатів).*

5. Пролигіна О. В. Антропометричні показники у вагітних жінок з наявністю або відсутністю в анамнезі соматичної, гінекологічної й акушерської патології / О. В. Пролигіна, О. В. Булавенко, І. В. Пролигіна // Вісник морфології. – 2010. – Т. 16, № 3. – С. 688–692. (*Здобувачем проведено збір матеріалу. Самостійно проведено відбір вагітних жінок та клінічне спостереження за ними, проаналізовані отримані результати).*

6. Пролигіна О. В. Кореляції антропометричних і дерматогліфічних показників жінок у третьому триместрі вагітності з наявністю соматичної, гінекологічної або акушерської патології в анамнезі / О. В. Пролигіна // Медицина сьогодні та завтра. – 2010. – № 2–3. – С. 50–54. (*Здобувачем самостійно проводився збір матеріалу та його аналіз).*

7. Пат. № 42708, Україна, МПК[51] A61B 10/00. Спосіб прогнозування можливої наявності чи відсутності у жінок соматичної, гінекологічної і акушерської патології в залежності від показників пальцевої та долонної дерматогліфіки і групи крові за системою АВО / Пролигіна О. В., Булавенко О. В., Гунас І. В., Дмітрієв М. О. ; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. – № u 2009 05237; заявл. 26.05.09; опубл. 10.07.09, Бюл. № 13. *(Здобувачем сформульовано ідею винаходу, проведено аналіз літератури, здійснено практичну апробацію способу та оформлено заявку на винахід).*

8. Дерматоглифические индексы у женщин с отклонениями в ходе беременности или родов / Л. А. Климас, О. В. Мороз, Е. В. Пролыгина, Н. А. Каминская // Антропология сегодня : теоретические и практические задачи : мат. междунар. науч.-практ. конф., 24-26 июня 2009 г.. – Минск, 2009. – Вып. 4. – С. 164–169. (*Здобувачем самостійно проведено збір матеріалу, узагальнення даних, їх статистична обробка)*

9. Пролигіна О. Деякі особливості ознак долонної дерматогліфіки у жінок з відхиленнями у ході вагітності та пологів / О. Пролигіна, Р. Геращенко // Мат. XIV між нар. мед. конгресу студентів та молодих вчених, 13-15 квітня 2010 р. – Тернопіль, 2010. – С. 162. *(Здобувачем проведено збір матеріалу. Самостійно проведено відбір вагітних жінок та клінічне спостереження за ними, проаналізовані отримані результати).*

АНОТАЦІЯ

Пролигіна О.В. Прогнозування перебігу вагітності, стану плода та новонародженого за антропогенетичними параметрами жінок. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2012.

Встановлено інструментальні, лабораторні та конституціональні особливості плода і вагітних жінок з наявністю або відсутністю соматичної, гінекологічної й акушерської патології та побудовані дискримінантні моделі можливості виникнення цих захворювань за допомогою дерматогліфічних показників та антигенів крові за системою АВО, а також залежно від особливостей антропометричних показників у загальних групах жінок та у представників різних соматотипів. Із семи достовірних дискримінантних моделей, які, ґрунтуючись на показниках пальцьової і долонної дерматогліфіки та належності до певної групи крові, надають можливість виділити групи жінок з різним анамнезом, високо значимі моделі побудовані лише для жінок з наявними або відсутніми патологічними гінекологічним (статистика Уілкса Лямбда=0,356) або акушерським (статистика Уілкса Лямбда=0,118) анамнезами, але без патологічного соматичного анамнезу. До побудованих моделей найчастіше входили тип візерунка на IV пальці правої кисті і на I пальці лівої кисті, величина кута ctd на лівій кисті та група крові за системою АВО.

Найбільш часто до моделей, що ґрунтуються на індивідуальних антропометричних показниках і віку жінок загальної групи та різних соматотипів (всього побудовано 9 моделей, λ= від 0,474 до 0,928) входили такі показники: вік, маса тіла у III триместрі вагітності, висота лобкової точки, ширина плечей, міжостьовий та міжгребеневий розміри таза, прямий розмір виходу таза та поздовжній розмір ромбу Міхаеліса. У представників астенічного й пікнічного соматотипів моделі мали більш високий рівень дискримінації (λ= від 0,517 до 0,686), ніж у нормостеніків та загальної групи жінок. У представників загальної групи та жінок із нормостенічним соматотипом до моделей входили вік та усі групи антропометричних показників, що вивчали (висота антропометричних точок, діаметри тулуба та параметри таза), в астеніків – лише параметри таза, а у представників пікнічного соматотипу – лише маса та зріст жінок.

Ключові слова: вагітні жінки, дерматогліфіка, антропометрія, конституція, математичне моделювання.

АННОТАЦИЯ

Пролыгина Е.В. Прогнозирование протекания беременности, состояния плода и новорожденного по антропогенетическим параметрам женщин. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И.Пирогова МЗО Украины, Винница, 2012.

На базе института последипломного образования врачей Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова проведено комплексное обследование 116 беременных в третьем триместре (76 женщин в возрасте от 18 до 25 лет и 40 – в возрасте от 26 до 35 лет) с наличием или отсутствием соматической, гинекологической и акушерской патологии. Количество женщин с гинекологическим анамнезом – 65 (56%), без него – 51 (44%), с акушерским анамнезом – 32 (27,6%), без него – 84 (72,4%); с соматическим анамнезом – 83 (71,6%), без него – 33 (28,4%). Также было обследовано 116 новорожденных детей.

Иммуноферментным методом (ELISA) с использованием стандартных наборов в периферической крови определяли следующие гормоны: прогестерон, общий эстриол, кортизол, адреналин, тестостерон. Серологическим методом определяли антигены крови системы ABO. Сонографическое обследование беременных проводили с помощью ультразвукового аппарата „Ultima PA”. Для оценки сердечной деятельности плода и маточных сокращений использовали кардиотокографию. Состояние плода оценивали по критерию Фишера. Проведено антропометрическое исследование. Соматотип женщин определяли по схеме L. Rees – H.J. Eisenck. Дерматоглифическое исследование проводили по методике H. Cummins и Ch. Midlo. Статистический анализ полученных результатов был проведен в пакете „Statistica 5.5” (лицензионный № AXXR 910A374605FA) с применением непараметрических методов оценки полученных результатов.

У 56% женщин с отклонениями в протекании беременности или родов выявили отягощенный гинекологический (эрозия шейки матки, искусственный аборт и аднексит), акушерский – у 27,6% (самопроизвольный аборт, родовая травма у ребенка, рубец на матке после кесарева сечения, преждевременные роды) и соматический анамнезы – у 71,6% (мочекислый диатез, хронический пиелонефрит и диффузный токсический зоб). Патологическое протекание беременности в разных группах женщин колебалось в пределах от 97,5 до 98,3%. Среди беременных в возрасте от 18 до 25 лет установлено достоверно больший процент женщин с дистрессом плода по данным КТГ, а также достоверно больший процент женщин с резус-положительным типом крови в возрасте от 26 до 35 лет.

У обследуемых с отягощенным гинекологическим анамнезом зафиксировано достоверно

больший процент степени зрелости плаценты III, по сравнению с женщинами без такого анамнеза. В общей группе с патологическим анамнезом уровень прогестерона в сыворотке крови ниже, чем у женщин без такого анамнеза. У беременных в возрасте 26-35 лет с акушерской патологией в анамнезе установлен уровень адреналина достоверно ниже, по сравнению с женщинами без акушерской патологии.

У пациенток с соматической патологией значения distantia spinarum и distantia trochanterica достоверно больше, чем у женщин без такой патологии.

У женщин с акушерским анамнезом обнаружена своеобразная пальцевая дерматоглифическая конституция, в значительной степени обусловленная сопутствующими соматическим и гинекологическим анамнезами; фенотипически проявляется упрощением папиллярных рисунков и радиальной локализацией завитков, а также характеризуется наличием центральных карманов на I пальце правой кисти и случайных узоров – на I пальце левой кисти.

Самые многочисленные и наиболее достоверные связи показателей оценки состояния плода, плаценты, количества околоплодных вод и массы тела новорожденного зафиксированы у женщин с патологическим акушерским анамнезом. Результаты корреляционного анализа генетических маркеров с наличием патологических анамнезов указывают на то, что величина угла btc обусловлена составляющей соматического анамнеза, а высокие значения угла atb являются отражением гинекологического анамнеза.

На основе показателей пальцевой и ладонной дерматоглифики, принадлежности к определенной группе крови построено семь достоверных дискриминантных моделей. Высоко значимые модели построены для женщин с отягощенным или неотягощенным гинекологическим (статистика Уилкса Лямбда=0,356) или акушерским (статистика Уилкса Лямбда=0,118) анамнезами, но без патологического соматического анамнеза.

У построенных моделей самым распространенным был тип рисунка на IV пальце правой кисти, на I пальце левой кисти, величина угла ctd на левой кисти, группа крови по системе АВО.

Наиболее часто у моделей, которые основываются на индивидуальных антропометрических показателях и возраста женщин общей группы и разных соматотипов (всего построено 9 моделей, λ= от 474 до 0,928) встречались следующие показатели: возраст, масса тела в III триместре беременности, высота лобковой точки, ширина плеч, distantia spinarum, distantia trochanterica, прямой размер выхода таза и поперечный размер ромба Михаэлиса. У представителей астенического и пикнического соматотипов моделей имели более высокий уровень дискриминации (λ= от 517 до 0,686), по сравнению с нормостениками. У женщин с нормостеническим соматотипом к моделям относили возраст и все группы антропометрических показателей, которые изучались (высота антропометрических точек, диаметры туловища и

параметры таза), у астеников – учитывались только параметры таза, а у представителей пикничного соматотипа – только масса и рост женщин.

Ключевые слова: беременные женщины, дерматоглифика, антропометрия, конституция, математическое моделирование.

ANNOTATION

Prolygina O. V. Prediction of pregnancy course, status of and newborn child's by anthropogenetic of the woman. – As Manuscript.

The dissertation for obtaining a scientific degree of the candidate of medical sciences in speciality 14.01.01 – Obstetrics and Gynaecology. – Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University. Pyrogov. Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2012.

Instrumental, laboratory and constitutional peculiarities of the foetus and pregnant women with or without somatic, gynaecological and obstetrical pathologies were determined; discriminant models of likelihood these conditions appearance were made using dermatoglyphic indices and blood antigens according to AB0 system, and also depending on the anthropometric indices peculiarities in general groups of women and in representatives of various somatotypes. From seven significant discriminant models, based on the indices of dactylar and palmar dermatoglyphics and belonging to a certain blood group, which enable to distinguish groups of women with different anamnesis, highly significant models were created only for women with available or unavailable pathologic gynaecological (statistics according to Wilks lambda = 0,356) or obstetric (statistics according to Wilks lambda = 0,118) anamnesis, but without pathologic somatic anamnesis. The pattern type on the fourth finger of the right hand and on the first finger of the left hand, the size of the angle ctd on the left hand and the blood group according to ABO system were often included in created models.

The following indices were most often used in the models, based on individual anthropometric indices and women's age in the general group and different somatotypes (on the whole 9 models were made, λ= from 0,474 to 0,928): age, body weight in the third term of pregnancy, the hight of the pubic point, the shoulders breadth, interspinal sizes of pelvis, the direct size of pelvic outlet lengthwise size of the Michaelis rhombus. The representatives of asthenic and pyknic somatypes of the model had a higher level of discrimination (λ= from 0,517 to 0,686), than normostenics and the general group of women. In representatives of the general group and the women with normosthenic somatotype the models included age and all groups of anthropometric indices, studied (the height of anthropometric points, diameters of trunk and parameters of pelvis), in asthenics – only the parameters of pelvis, and in representatives of pyknic somatotype – only weight and height of women were included.

Key words: pregnant women, dermatoglyphics, anthropometry, constitution, mathematic modelling.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

КТГ – кардіотокографія
Df – показник класифікації
МТ – маса тіла
ДТ – довжина тіла
ПДГК – поперечний діаметр грудної клітки