



ні безпліддя у жінок старшого репродуктивного віку.

Матеріали і методи: у 39 жінок у віці від 35 до 45 років проводили загальноприйняте клінічне та гінекологічне обстеження. З метою визначення оваріального резерву (ОР) досліджували наступні показники: 1) показники фолітропіну (ФСГ), антимюлерового гормону (АМГ), лютропіну (ЛГ), естрадіолу (Е2) на 2-3 день менструального циклу (м/ц); 2) ультразвукові параметри яєчників на початку м/ц - об'єм яєчників (ОЯ) та кількість антральних фолікулів. Всім пацієнткам проводили індукцію суперовуляції в програмі запліднення *in vitro* (ЗІВ), всього 30 циклів: 10 циклів з використанням довгого протоколу з агоністами гонадотропін релізинг гормону (аГнРГ), 20-з використанням короткого протоколу з антагоністами гонадотропін релізинг гормону (ант-ГнРГ). У 9 пацієнток програма ЗІВ проводилася із застосуванням донорських ооцитів.

Результати дослідження: продемонстрована залежність результатів лікування від параметрів ОР пацієнток. І група жінок виявилася перспективною для отримання власних ооцитів та досягнення вагітності

хоча частота настання вагітності виявилася не більше 15%. ІІ група - умовно перспективна, так як у 7 жінок (35%) був отриманий ріст фолікулів та якісні ооцити, хоча частота настання вагітності була лише 5%, у 13 (65%) яєчники не відповідали на індукцію овуляції, або отримані ооцити виявилися непридатними для запліднення. ІІІ група жінок - не перспективна для отримання власних ооцитів. Тому 33,5% пацієнток старшого віку доцільно рекомендувати використання донорських ооцитів.

Висновки: 1) Група пацієнток старшого репродуктивного віку зі збереженим м/ц неоднорідна за функціональним станом репродуктивної системи. Сукупність параметрів оваріального резерву визначає репродуктивний потенціал жінки і є прогностичним фактором можливості настання вагітності у циклах ЗІВ з використанням власних ооцитів. 2) 33,5% жінок старшого репродуктивного віку потребують використання донорських ооцитів. При застосуванні донорських ооцитів частота настання вагітності підвищується у два рази.

УДК: 618.14-006.36(477.85)

Є.В. Михайлюк

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З МІОМОЮ МАТКИ, МЕШКАНОК БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ.

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Міома матки - доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається в м'язевій оболонці, частота якої серед гінекологічних захворювань складає від 10 до 27%. Міома є результатом цілого комплексу патологічних змін в організмі жінки, обумовлених ендокринними порушеннями, хронічними інфекційними та гіпоксичними процесами в міометрії, спадковими факторами, функціональними порушеннями у вищих центрах регуляції на тлі змін гомеостазу, пригнічення неспецифічної імунологічної реактивності організму, порушення кровопостачання яєчників і матки. Клінічний перебіг захворювання залежить від розмірів, локалізації, темпу росту пухлини тощо.

Для вивчення особливостей загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з міомою матки нами проаналізовано 160 медичних карт стаціонарного хворого - мешканок м. Чернівці та Чернівецької області.

Відомо, що характер праці має певний вплив на індекс здоров'я населення, зокрема жінок. Враховуючи цей факт, нами вивчено особливості трудової діяльності хворих та виявлено, що до найчисельнішої групи належали службовці (40,0%), на другому місці знаходились робочі промислових та сільськогоспо-

дарських об'єктів (30,5%), домогосподарки та пенсіонерки становили 29,5%. Вік хворих коливався від 34 до 58 років, середній вік становив 47 років.

З метою уточнення ролі первинного порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції в розвитку міоми у хворих нашого регіону проведено вивчення характеру менструальної функції та встановлено, що вік початку менструації коливався в межах від 11 до 15,5 років (середній показник - 13,7 року). У 80,8% пацієнток менструації з моменту менархе були неболючими, у 19,2% перебігали з болювним синдромом. Аналіз медичних карт показав, що первинним безпліддям страждали лише 3,5% хворих, у 65,0% в анамнезі були штучні аборти, у 20,7% - самовільні викидні. Пологи (фізіологічні та патологічні) мали місце 88,5% жінок.

Проведений аналіз показав, що у жінок Буковинського регіону розповсюдженість міоми матки не виходить за межі популяційних, проте існує тенденція до зростання частоти захворювання. Збережена репродуктивна функція не попереджає захворювання, а внутрішньоматкові інвазії (аборти, самовільні викидні, патологічні пологи) слід розглядати, як фактори ризику міоми матки.

УДК: 618.3-06:616.992.282-08

О.М. Мойсик, Д.Р. Зінкевич

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ У ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - доц. І.Р. Ніцович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вульвовагінальний кандидоз (ВК) являється найбільш частим інфекційним ураженням слизової обо-

лонки піхви. Вульвовагініти у вагітних обумовлені грибковою інфекцією займають від 24% до 36% від