



пуповини (нульовий та реверсний кровоток) та у венозній протоці плодів (реверсний кровоток). Виявлення ознак або підозри на СФФТ має бути приводом до негайного скерування вагітної на III рівень надання допомоги.

Юзько В.О.

ОЦІНКА ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Оваріальний резерв визначається як функціональний потенціал яєчника, що відображається кількістю та якістю фолікулів, які мають добру здатність до відповіді при контрольованій стимуляції овуляції екзогенним гонадотропіном. Слід зазначити, що далеко не у всіх випадках вдається в результаті індукції суперовуляції отримати необхідну або хоча б мінімально достатню кількість ооцитів. Недостатня для ефективності запліднення ін вітро (ЗІВ) відповідь яєчників на стимуляцію - «бідна відповідь» (poor response) - являє собою особливу проблему в клінічній практиці.

Оваріальний резерв безпосередньо залежить від різноманітних фізіологічних чинників. Вік жінок є провідним фактором. Частка жінок у віці 35 років і старше, які вступили в лікувальний цикл програм ЗІВ, становить близько 40%, серед них близько 27% пацієнок у віці 40 років і старше. Прямим наслідком цього факту є порівняно висока серед них частота «бідної відповіді» на стимуляцію яєчників. До інших причин недостатньої відповіді на індукцію суперовуляції належать операції на яєчниках, променева та хіміотерапія, а також «бідна відповідь» може бути генетично зумовлена.

Експерти Європейського співтовариства по репродукції людини і ембріології (ESHRE) дійшли згоди, що потенційно до групи «бідної відповіді» можуть бути віднесені жінки, у яких є як мінімум 2 з 3 критеріїв: вік ≥ 40 років або будь-який інший фактор ризику «бідної відповіді» (резекціоновані яєчники та ін.); «бідна відповідь» на стандартну (звичайну) стимуляцію яєчників в анамнезі (≤ 3 ооцитів при використанні стандартного протоколу стимуляції); зниження показників маркерів оваріального резерву, таких як число антральних фолікулів 5-7 або антимюлеровий гормон (АМГ) 0,5-1,1 нг/мл.

До світового стандарту оцінки функціонального оваріального резерву належать визначення концентрації АМГ в крові, визначення кількості та оцінка діаметра антральних фолікулів при УЗД, визначення обсягу яєчників методом трансвагінального УЗД. Лабораторним відображенням зниженого фолікулярного резерву і потенційно «бідної відповіді» яєчників на стимуляцію також є підвищення рівня ФСГ > 12 мМО/мл.

Нами було досліджено рівень АМГ у 111 пацієнок з безпліддям Медичного центру лікування безпліддя м. Чернівці залежно від віку. У 35% пацієнок віком до 30 років рівень АМГ становив 4,2 нг/мл, у 24% жінок віком від 30 до 35 років – 4,0 нг/мл, а в 41% жінок віком старше 35 років рівень АМГ був дуже низьким і дорівнював 1,1 нг/мл. при рівні АМГ менше 0,45 (22% пацієнок старшої вікової групи) було рекомендовано програму донації ооцитів.

Визначення АМГ високоінформативним методом оцінки оваріального резерву. Його рівень поряд з ФСГ і естрадіолом, має певну прогностичну значимість при лікуванні безпліддя. Своєчасне обстеження дозволяє виявити групи ризику, що дає жінці можливість реалізувати репродуктивні плани і підвищити якість життя.

Юзько О.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕСТРОГЕНІВ У РЕПРОДУКЦІЇ ЛЮДИНИ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед гормональних препаратів, які використовуються в програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), естрогенам належить особливе місце. У практиці ДРТ



використовуються препарати 17 β -естрадіолу в пероральній, трансдермальній та дозованій трансдермальній формах. Трансдермальна форма забезпечує надходження необхідної дози 17 β -естрадіолу і дозволяє уникнути ряду несприятливих ефектів: надлишкової активації факторів коагуляції крові; первинного печінкового метаболізму; надлишкового навантаження на печінку; пікових концентрацій естрогенів в плазмі крові. Якщо призначення препаратів прогестерону з метою підтримки імплантації та ранніх строків вагітності досить чітко визначено і легітимно, то доцільність застосування естрогенів далеко не так очевидна і потребує уточнення. Це стосується застосування естрогенів при тонкому ендометрії, недостатня товщина якого є каменем спотикання при проведенні програм допоміжної репродукції.

Нами було проведено дослідження застосування трансдермального гелю (Дивігель) у пацієнок із безпліддям та тонким ендометрієм в програмах ДРТ. Під спостереженням знаходилось 50 пацієнок основної групи з «тонким ендометрієм», до контрольної групи увійшло 30 пацієнок з чоловічим безпліддям. Тільки за умови відсутності патологічних змін в порожнині матки після завершення відновлювальної терапії приступають до реалізації програм, спрямованих на подолання безпліддя. В усіх пацієнок була виконана гістероскопія для виключення органічних змін в порожнині матки та хронічного ендометриту. Під ультразвуковим контролем оцінювали ріст ендометрія. Обстеження проводили на ультразвуковому апараті «Mindray DC-80-X-Insight» у КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці.

Товщина ендометрію в обстежених жінок основної групи на 5-9-й дні менструального циклу становила $6,2 \pm 0,2$ мм, а на 21-24 дні – $8,1 \pm 0,15$ мм ($p < 0,001$), а в контрольній, відповідно, $6,1 \pm 0,2$ мм та $8,2 \pm 0,2$ мм.

Усім пацієнткам, основної групи, призначали препарат Дивігель по 0,5 мг двічі на добу (1 г), а у 12 пацієнок доза була збільшена до 1,5 г. Динаміка товщини ендометрію в обстежених пацієнок основної групи, до 11-15-го дня циклу склала: у 13 жінок – $9,6 \pm 0,1$ мм, у 12-ти – $10,4 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), у 14-ти – $11,2 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), у 11-ти – $12,3 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$), в середньому $10,9 \pm 0,2$ мм. Гестагени призначали з 16 по 25-й дні циклу. Лікування тривало впродовж 2-4-х циклів.

У 26 пацієнок (52,0%) настала вагітність, з них у 18 після проведення 2-х курсів лікування ($69,2 \pm 6,5\%$) і у 3-х після чотирьох курсів лікування ($30,8 \pm 6,5\%$, $p < 0,01$). В контрольній групі вагітність настала у 26,7% пацієнок.

Наведене вище дозволяє розглядати дозовану трансдермальних форму 17 β -естрадіолу в якості препарату вибору для усунення дефіциту естрогенів в програмах ДРТ. Разом з тим, призначаючи естрогени, необхідно чітко дотримуватися показань та протипоказань для лікування, враховувати механізми дії лікарських засобів, схеми призначення, безпечний шлях введення, терапевтичні ефекти і можливі ускладнення.

Юр'єва Л.М.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА – ПЛІД У ВАГІТНИХ ІЗ ПЕРВИННОЮ ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Вищий державний навчальний заклад

«Буковинський державний медичний університет»

Серед причин, які призводять до антенатального ураження плода, а саме його гіпоксії, гіпотрофії, анте- та інтранатального дистресу є плацентарна дисфункція (ПД) (OkunN, SierraS., 2014). Перинатальна смертність у жінок, які перенесли ПД, серед доношених новонароджених становить 10,3%, серед недоношених сягає 49% (Романенко Т.Г., 2017).

Тому метою роботи було дослідити гемодинамічні особливості у матково-плацентарно-плодовому комплексі вагітних із ПД.