продукції мелатоніну, що, як вважається, зумовлено тим, що мелатонін не гальмує вироблення гіпоталамусом пролактин-інгібуючого гормону.

Отже, мелатонін відіграє надзвичайно важливу роль в розвитку вагітності. Більш детальної уваги вимагають ускладнення вагітності, як-от прееклампсія, і роль даного гормону в їх розвитку.

Соколов Б.В.

ЕФЕКТ МЕЛАТОНІНУ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет

В останні роки є тенденція зростання інтересу до вивчення науковцями мелатоніну. Гормон, що відіграє важливу роль у регуляції гомеостазу, є універсальним регулятором біологічних ритмів, впливає на процеси старіння, стимулює функціонування імунної системи. За хімічною структурою мелатонін (N-ацетил-5-метокситриптамін) являє собою похідне біогенного аміну серотоніну, який синтезується з амінокислоти триптофану, що надходить з їжею. Утворюється за участі ферменту ацетилтрансферази, який міститься в епіфізі та сітківці ока. Секретується в кров в темний час доби – вночі; у світлі години вироблення гормону різко пригнічується.

Мета дослідження: проаналізувати сучасні дані вітчизняної та закордонної літератури щодо ефекту мелатоніну в гінекології. У дослідженні використано аналітичний та бібліосемантичний методи.

Аналізуючи інформацію з літературних джерел отримано переконливі дані участі мелатоніну у процесах статевого дозрівання і репродукції. В органах репродуктивної системи було виявлено рецептори до даного гормону, аналогічно в епіфізі наявні рецептори до гормонів статевих залоз. Існують думки про антигонадотропні властивості мелатоніну. Дані свідчать, що різке зниження рівня мелатоніну в період статевого дозрівання, сприяє активації гонадотропної функції гіпофіза, тобто утворення фолікулостимулюючого гормону і лютеїнізуючого гормону, які стимулюючи впливають на статеві залози, тобто активізуються репродуктивні функції. Дозрівання і розвиток статевих органів, регуляція менструального циклу, старіння репродуктивної системи – все це можливе лише за участі мелатоніну. Секреція гормонів під час вагітності та стан плоду невід'ємно поєднано з гормоном мелатоніном. Guerrero M.O. та співавтори повідомили, що видалення шишкоподібної залози призводить до переривання вагітності у щурів. При дефіциті тромбоцити активуються, порушується периферійний кровообіг, що призводить до зниження опору судин, підвищенням проникності судинної стінки і як наслідок – порушення мікроциркуляції. У дослідженні О.Н. Аржанової і співавторів виявлена експресія рецепторів мелатоніну у всіх структурних елементах ворсинчастого хоріона. При фетоплацентарній дисфункції та гестозі – зниження площі експресії мелатоніну у 2,1 рази, що пов'язане з порушенням мікроциркуляції, живлення та проліферації клітинних елементів плаценти.

Щодо мелатоніну та клімактеричного синдрому – десинхронізація циклічності роботи епіфіза, тобто зниження амплітуди нічних піків мелатоніну, може бути причиною настання менопаузи. Постійне освітлення призводить до порушення гормонального балансу, прискорює процеси старіння. Ключова роль у цих порушеннях відводиться порушенню циклічної продукції гонадотропінів і статевих стероїдів на фоні зміни рівня мелатоніну. Відомо, що циркадна природа мелатоніну має захисну дію на прогресування раку репродуктивної системи в жінок, а саме: рак молочної залози та яєчників. Крім того, виявляється інгібуючий вплив на розвиток та прогресування лейоміоми матки.

Важливим є те, що на рівень гормону впливає спосіб життя, хвороби репродуктивної системи, початок менархе, тривалість менструального циклу, нейровегетативними розладами, хронічний стрес, вік та старіння організму в цілому.

Отже, мелатонін володіє унікальними адаптивними, регулюючими можливостями, тому порушення його продукції в будь-якому віці може призвести до серйозних розладів

функціонування репродуктивної системи. Вивчення рівня мелатоніну на всіх вікових групах жінок стає актуальним у зв'язку з широким спектром його участі в багатьох життєво важливих процесах.

Юзько О.М.

ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет

Досягнення в будь-якій галузі, в тому числі й репродуктивній медицині, завжди зумовлені об'єктивними причинами, перш за все – потребою суспільства. Так, чисельність наявного населення в Україні, за даними Державної служби статистики, на 1 січня 2018 р. становила 42386,4 тис. осіб. і за десять років скоротилася майже на 9%, жіночого – на 6%. Від розвитку демографічних процесів в значній мірі залежить майбутнє життя суспільства.

Мета дослідження. Аналіз інформаційно-статистичної документації про безпліддя та допоміжні репродуктивні технології в Україні за період з 1999 по 2020 роки. Проведено аналіз статистичних звітів – форми №41 здоров («Звіт про допоміжні репродуктивні технології», затверджено наказом МОЗ України 10.12.2001 №489 та зареєстрованого в Міністерстві юстиції 25.12.2001 за № 1068/6259) ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України».

У 2019 році було розпочато 36984 лікувальних циклів, протягом яких передбачалося проведення лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій і моніторинг росту фолікулів. У порівнянні з 1999 роком кількість розпочатих лікувальних циклів за методами допоміжних репродуктивних технологій у 2019 році збільшилось у 30 разів. У структурі розпочатих циклів у 2019 році ICSI склали 38,5% (інтрацитоплазматичне введення сперматозоїда), ЗІВ – 1,4% (запліднення in vitro – IVF, попередня термін – екстракорпоральне запліднення), цикли з перенесенням кріоконсервованих ембріонів – 34,5%, донація ооцитів – 8,8%, MESA-TESE – 0,8% і цикли з проведенням біопсії ембріона – 13,1%. Серед причин безпліддя при розпочатих циклах у 2019 році частіше реєструвались поєднані чинники (27,60%), інший жіночий чинник (23,84%), потім – тільки трубний чинник (14,61%) та тільки чоловічий чинник (14,15%), неясного походження (6,71%) (рис. 5).

Характеризуючи вік пацієнток слід зазначити, що серед розпочатих циклів вікова група 35-39 років (27,75%) за останній рік склала найбільший відсоток, далі йде вікова група 30-34 роки (25,36%), старші 40 років (18,69%). Пацієнтки віком 25-29 років складають 12,62%, менше 25 років – 2,49%. Частота настання вагітності на 100 розпочатих циклів ДРТ в Україні в 2019 році склала 33,82%. За частотою настання вагітності технології ДРТ розподілились наступним чином: перенесення кріоконсервованих ембріонів – 50,08%, цикли з донацією ооцитів – 41,42%, цикли біопсією ембріона – 31,72% ,ЗІВ – 31,71% та ICSI – 17,25%. На 100 розпочатих циклів ДРТ в 2019 році ектопічна вагітність відмічена в 0,25% випадків, аборт за медичним показанням був у 0,33% пацієнток, аборт спонтанний – у 4,12% випадків. Роди одним живим плодом були в 23,79%, а двома і більше живими плодами у 4,08% пацієнток із безпліддям.

Народилось живими після розпочатих у 2019 році лікувальних циклів за допомогою допоміжних репродуктивних технологій 11827 немовлят, з них у терміні 22-27 тижнів – 67, у терміні 28 тижнів і більше – 11760. Мертвонароджуваність серед немовлят, що народились після розпочатих у 2011 році лікувальних циклів за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, склала 2,45 на 1000 народжених живими і мертвими.

Отже, велика частка безплідних пар пізно звертається для проведення лікування безпліддя методами ДРТ, або їх пізно направляють лікарі. До сих пір відзначаються велика тривалість лікування безпліддя в амбулаторно-поліклінічних закладах різної форми власності, високий середній вік початку лікування. Необхідна зміна підходів до діагностики та лікування безпліддя в шлюбі – потрібні рання діагностика та вчасно розпочате лікування.