

ВИСНОВКИ 1. У вагітних з прееклампсією на тлі загальноприйнятого лікування у 28,75 % випадків розвиваються клінічні прояви дисбіозу, що у клінічному відношенні поєднуються з погіршенням загального стану, фетоплацентарною недостатністю, з більш частим ускладненням пологів та післяпологовий період.

2. Включення симбіотеру до схеми традиційного лікування прееклампсії приводить до швидшого зменшення клінічних симптомів гестозу, а на лабораторному рівні – до повного відновлення мікробіологічних показників.

3. Приймання симбіотеру вагітними з прееклампсією є обґрунтованим щодо "стресового" дисбіозу, дозволяє зменшити кількість акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з пізніми гестозами.

4. Метою наступної роботи буде вивчення взаємозв'язку дисбіозу кишечника та піхви на тлі прееклампсії з фетоплацентарною недостатністю та оцінка лікувального ефекту симбіотеру при даній патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дудін О.О., Жилка Н.Я., Петрович Л.М. та ін. Основні результати діяльності акушерсько-гінекологічної служби України у 2003 році (ситуаційний аналіз) // Здоров'я жінчини. – 2004. – № 3 (19). – С. 9-19.

2. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Каминский В.В. и др. Поздние токсикозы (гестозы) беременных (Клиническая лекция, часть 1) // Здоровье женщины. – 2004. – № 3 (19). – С. 20-23.

3. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посіб. – К.: Аконті, 2002. – 112 с.

4. Шифман Е.М. Прееклампсія, еклампсія, HELLP-синдром. – Петрозаводск: Изд-во "ИнтелТек", 2003. – 432 с.

5. Антонова О.Л. Взаємозв'язок показників рН-півного середовища у вагітних зі змінами мікробіоценозу піхви, перебігом та наслідками вагітностей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 1. – С. 74-75.

6. Маянский А.Н. Дисбактериоз: современный взгляд на проблему // Новые медицинские технологии. – К., 2002. – № 2. – С. 28-30.

7. Сімрок В.В., Белкіна О.В. Вплив глугаргіну на стан фагоцитарної активності моноцитів у вагітних з дисбіозом кишечника // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: 36. наук. праць. – Київ, Луганськ, Харків, 2004. – Вип. 4 (57). – С. 289-295.

8. Сімрок В.В., Белкіна О.В. Пробиотикотерапевтична корекція симбіотером дисбіозу вагітних з гестозами // "Наука і освіта '2004": Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції: Том 47. Медицина. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2004. – С. 18-19.

9. Богатирьова Р.В., Венцківський Б.М., Шашкевич В.С. Ведення вагітності та пологів при пізніх гестозах, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика: // Методичні рекомендації. – Київ, 1999. – 42 с.

10. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 535 от 22 апреля 1995 г. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях, лечебно-профилактических учреждениях.

Юзько О.М., Вітюк А.Д.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ ПРИ СТИМУЛЯЦІЇ СУПЕРОВУЛЯЦІЇ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНІННЯ

Буковинська державна медична академія

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ ПРИ СТИМУЛЯЦІЇ СУПЕРОВУЛЯЦІЇ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНІННЯ – Проведено обстеження у 40 пацієнток з різними формами безплідності у віці (33,2±2,3) роки. В I групі проаналізовано 20 циклів стимуляції суперовуляції у 20 пацієнток з вихідним нормальним тиреоїдним статусом. II групу склали 20 пацієнток, які в анамнезі мали порушений тиреоїдний статус, або діагностований дифузний нетоксичний зоб і були включені в програму штучного запліднення після корекції у них тиреоїдного статусу. Результати дослідження свідчать про необхідність проведення обов'язкового дослідження функціонального стану тиреоїдної системи у всіх пацієнток з безплідністю, які готуються в програмі штучного запліднення.

FUNCTIONAL STATE OF THE THYROID SYSTEM IN STERILE WOMEN AT STIMULATING OF SUPEROVULATIONS IN A PROGRAM OF IN VITRO FERTILIZATION – The authors have carried out an examination of 40 patients with different forms of sterility aged 33,2±2,3 years. Twenty cycles of superovulation stimulation were analyzed in group I in 20 patients with the initial normal thyroid status. Group II consisted of 20 patients with disturbed thyroid status in anamnesis or diagnosed diffuse nontoxic goiter and they were included in to a program of artificial fertilization following a correction of their thyroid status. The results of the study testify to the necessity of an obligatory examination of the functional status of thyroid system in all the patients with sterility in a program of in vitro fertilization.

Ключові слова: жінки з безплідністю, тиреоїдний статус, екстракорпоральне запліднення.

Key words: sterile women, thyroid status, in vitro fertilization.

ВСТУП Функція щитоподібної залози (ЩЗ) знаходиться в тісній взаємодії з системою гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, що обумовлено єдиним центральним механізмом регуляції [1]. Недостатня кількість гормонів ЩЗ знижує чутливість яєчників до гонадотропінів гіпофіза [2] та порушує метаболізм естрадіолу [E₂] в естрон [E₁] [3]. Це, в свою чергу, призводить до зміни секреції гонадотропінів. Відомо, що естрогени підсилюють стимуляцію тиреотропінів гіпофізом [4].

Діагностика початкових стадій та субклінічних форм порушення функції щитоподібної залози складна, оскільки клінічні симптоми гіпо- та гіпертиреозу мають стертий ха-

рактир і не є строго специфічними. Враховуючи, що порушення функції щитоподібної залози зустрічаються досить часто (40 %), є доцільним проводити аналіз стану щитоподібної залози у жінок з тривалим безпліддям, особливо у жінок, які готуються до лікування в програмі штучного запліднення [5].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 40 пацієнток з різними формами безплідності у віці (33,2±2,2) роки. В першій групі проаналізовано 20 циклів стимуляції суперовуляції у 20 пацієнток з вихідним нормальним тиреоїдним статусом. Другу групу склали 20 пацієнток, які мали порушення тиреоїдного статусу.

Десенситизація гіпофіза досягалась щоденним підшкірним введенням 0,1 мг агоніста ГнРГ (декапептид 0,1 мг) з 21 – 23 дня менструального циклу (залежно від тривалості менструального циклу) до дня введення овуляторної дози хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

Стимуляцію суперовуляції проводили з 2 – 3-го дня менструального циклу препаратами людського менопаузального гонадотропіну (ЛМГ; меногон, пурегон) по 2 – 4 ампули, що становить 150 – 300 МО ФСГ+ 150 – 300 МО ЛГ. Дозу ЛМГ визначали індивідуально залежно від даних ультразвукового та гормонального моніторингу. Стимуляцію проводили до досягнення фолікулами діаметру 18 – 21 мм, товщини ендометрія 10 – 12 мм та при рівні E₂ більше 1000 пмоль/л на кожний фолікул діаметром більше 15 мм. Досягнення цих показників було підставою для введення овуляторної дози препаратів ЛХГ (5000 – 10000 МО) залежно від кількості та розмірів фолікулів, а також рівня E₂ у сироватці крові. Пункцію фолікулів проводили через 35 – 36 год після введення препаратів ЛХГ. Перенесення ембріонів (ПЕ) в порожнину матки здійснювали на 3-тю або 5-ту добу після пункції.

Функціональний стан тиреоїдної системи оцінювали за рівнем тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т₃) та тироксину (Т₄) у сироватці крові при проведенні первинного гормонального обстеження в першу фазу менстру-

Таблиця. Вміст ТТГ, T₃, T₄, E₂ в сироватці крові при стимуляції супероуляції

Показники	Вихідний		День пункції		День очікуваної менструації (тест на вагітність)	
	1 група	2 група	1 група	2 група	1 група	2 група
ТТГ мМО/л	1,9±0,2	2,0±0,3	2,9±0,3	2,8±0,2	2,7±0,4	3,1±0,5
T ₃ нмоль/л	1,6±0,2	1,7±0,3	1,9±0,2	1,9±0,2	2,0±0,2	1,9±0,2
T ₄ нмоль/л	108,0±6,5	109,1±7,1	128,1±7,2	131,2±7,1	141,2±7,3	153,3±7,6
E ₂ ПГ/мл	78,3±4,2	79,5±4,1	3510,6±390,4	3002,8±310,7	3498,7±375,4	3076,4±327,5

ального циклу (2 – 7-й день циклу), а потім після закінчення стимуляції в день пункції фолікулів, а також через 14 – 16 днів – в день визначення вагітності.

Концентрацію гормонів визначали імуноферментним методом з застосуванням тест-систем фірми "Алкор Біо" на аналізаторі "Уніплан".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Отримані результати (табл.) свідчать, що рівень ТТГ вірогідно підвищувався в обох групах на день пункції фолікулів та залишався на такому рівні через 2 тижні після ембріотрансфера. Підвищення рівня ТТГ в крові пацієнток пов'язано з прямою дією препаратів, які використовуються в програмі екстракорпорального запліднення на центральні механізми регуляції ТТГ в гіпофізі.

Рівень T₃ вірогідно підвищувався в 1-й групі на день пункції фолікулів і далі на 14-й день після ембріотрансфера. В 2-й групі рівень T₃ вірогідно не змінювався. Рівень T₄ підвищувався в обох групах на 14-й день після ембріотрансфера. Підвищення рівня T₄ може бути пов'язано з підвищеною секрецією ТТГ. Вірогідно також, що естрогени опосередковано через підвищення синтезу в печінці тироксинзв'язуючого гормону (ТЗГ) можуть підвищувати рівень загального T₄. Дані щодо дослідження E₂ в крові у

пацієнток свідчать, що рівень цього гормону вірогідно підвищувався в обох групах. Це пов'язано з механізмом стимуляції супероуляції. Високий рівень E₂ призводить до підвищення рівня T₄.

ВИСНОВОК Стимуляція супероуляції у пацієнток з безплідністю в програмі екстракорпорального запліднення потребує контролю функціонального стану тиреоїдної системи незалежно від вихідного стану останньої.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ткаченко Н.Н., Потин В.В., Бескровный С.В. Патогенез гормональной недостаточности яичников у женщин с первичным гипотиреозом // Вестн. Росс. ассоц. акуш. - гин. - 1997. - № 3. - С. 37-39.
2. Томоян Э.С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы // Акуш. и гинек. - 1994. - № 1. - С. 8-10.
3. Яворовская К.А., Щедрина Р.Н., Петрович Е. Роль нарушения функции щитовидной железы в реализации программы экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов // Акуш. и гинек. - 2004. - № 6. - С. 8-10.
4. Samuels M.H., Veldhuis J.D., Henry P.M., Ridway E.C. Pathophysiology of pulsatile and copulsatile release of thyroid-stimulating hormone, luteinizing, folliclestimulation, hormone, and alpha-subunit // J.Clin. / Endocrinol. Metab. - 1990. - Vol. 71, № 2. - P. 425-432.
5. Speroff L., Glass R.H., Kase N G. Clinical gynecologic endocrinology and infertility // Sixth edition. - 1999. - 1200. - P. 809-830.

Юзько Т.А.

ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Буковинська державна медична академія

ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ – Проведено аналіз 500 лапароскопічних операцій у жінок з безпліддям. Найбільш часто проводили сальпінгооваріолізис, ендокоегуляцію вогнищ ендометріозу, енуклеацію кіст, біопсію і резекцію яєчників, міомектомію. У більшості хворих одночасно виконували 2-3 лапароскопічних втручання, що обумовлено високою частотою поєднання різних факторів безпліддя. У двох третин хворих діагностована безплідність трубного походження. Зроблено висновок, що лапароскопія зайняла основне місце в діагностиці та лікуванні безплідності, яка триває більше 2-х років.

PROSPECTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN REPRODUCTIVE MEDICINE – Abstract. The analysis of 500 laparoscopic operations in women with sterility has been carried out. The most common procedures included salpingoovariolysis, endoocoagulation of endometriosis foci, cystic enucleation, ovarian biopsy and resection, myomectomy. The majority of patients were simultaneously performed 2-3 laparoscopic interventions, the later being associated with a high rate of sterility. In two thirds of the patients was diagnosed of tubal origin. The conclusion has been made that laparoscopy has the leading position in the diagnosis and treatment of sterility which has lasted for more than two years.

Служба лікаря лапароскопія, репродуктивна медицина.
Служба лікаря лапароскопія, reproductive medicine.

ВСТУП Безплідність є однією з найбільш поширених проблем в гінекології, як за кордоном, так і в нашій державі. Діагностика та оперативна лапароскопія знаходять все більше застосування [1]. Найбільш часто в комплексній діагностиці та лікуванні безплідності використовується при естероїдній вагітності [2]. В **ВІСНИК** – при безплідності [3]. Близько 12% жінок після тривалого віку безплідні,

причому в 30% випадків основною причиною безплідності є патологія маткових труб [4]. Безпосередні зміни в маткових трубах базуються на їх повній або частковій непрохідності, враженні м'язового шару, спайкових перитубарних змін, порушенні скорочувальної функції труб, що в цілому обумовлює неможливість сприйняття яйцеклітини, або її транспорт в матку. У кожній 4-ї пацієнтки з безплідністю неясного походження діагностується ендометріоз [5].

Ендовідеохірургія в репродуктивній медицині сьогодні – це, без сумніву, новий напрямок та новий розділ гінекології, який потребує нових підходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Лапароскопічні операції виконані в 500 пацієнток, які звернулися до Буковинського центру репродуктивної медицини з приводу безплідності. Обстеження подружніх пар виключило безплідність в 75% чоловіків. В 25% випадках було поєднання чоловічого та жіночого факторів порушення репродуктивної функції.

Показаннями до лапароскопії були порушення прохідності маткових труб та злуковий процес у малому тазу, ендометріоз, ендокринні форми безпліддя, пухлини матки або яєчників, вроджена патологія геніталій. Пацієнтки були у репродуктивному віці, тривало та невдало лікувалися з приводу безпліддя. Види та об'єм оперативного втручання у хворих з безпліддям, як правило, залежали від виявленої патології. Найбільш часто проводили сальпінгооваріолізис, ендокоегуляцію вогнищ ендометріозу, енуклеацію кіст, біопсію і резекцію яєчників, міомектомію. У більшості