



**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

ВИПУСК 2 (38) 2016

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ – ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Науковий, медичний збірник
Виходить 2 рази на рік
Збірник засновано у березні 1998 р.

Випуск 2 (38) 2016

Київ
ТОВ “Видавництво “ЮСТОН”
2016

Засновники:
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л.ШУПИКА
(НМАПО ім.П.Л.ШУПИКА)

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
(ГО «ААГУ»)

- Головні редактори** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», ректор Одеського національного медичного університету
Вороненко Ю.В., академік НАМН України, д.мед.н., професор, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
- Заст.головного редактора** – Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний науковий редактор** – Борис О.М., д.м.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.т.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО імені П.Л.Шупика

НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ

- Антипкін Ю.Г., академік НАМН України, д.мед.н., професор
Венцківський Б.М., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Резніков О.Г., академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, д.мед.н., професор
Вдовиченко Ю.П., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Татарчук Т.Ф., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Чайка В.К., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Маркін Л.Б., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Дубініна В.Г., д.мед.н., професор.
Подольський В. В., д.мед.н., професор.
Медведь В.І., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.
Горovenko Н.Г., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Авраменко Т.В., Бенюк В.О., Бойчук А.В., Булавенко О.В., Венцківська І.Б., Вовк І.Б., Галіч С.Р., Геряк С.М., Гладчук І.З., Гнатко О.П., Говсєєв Д.О., Голяновський О.В., Горбунова О.В., Гордієнко І.Ю., Грищенко М.Г., Грищенко О.В., Давидова Ю.В., Дронова В.Л., Дубосарська З.М., Дубосарська Ю.О., Дубчак А.Є., Жабченко І.А., Жилка Н.Я., Железна Г.О., Жук С.І., Занько С.М., Зелінський О.О., Квашенко В.П., Корнацька А.Г., Лакатош В.П., Лук'янчук О.В., Макаренко М.В., Моїсенко Р.О., Нагорний О.Є., Назаренко Л.Г., Носенко О.М., Паращук Ю.С., Педаченко Н.Ю., Пирогова В.І., Потапов В.О., Резніченко Г.І., Рожковська Н.М., Романенко Т.Г., Ромащенко О.В., Савченко С.Є., Свінцицький В.С., Сенчук А.Я., Скрипченко Н.Я., Суслікова Л.В., Суханова А.А., Ткаченко А.В., Ткаченко Р.О., Товстановська В.О., Туманова Л.Є., Ципкун А.Г., Шатилович К.Л., Щербина М.О., Юзько О.М., Яроцький М.Є.

МІЖНАРОДНА РЕДАКЦІЙНА РАДА
INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

ГОЛОВА МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ
CHAIRMAN OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Prof (em) Juriy Wladimiroff, MD, PhD, FRCOG, FCNGOF, FEBCOG, FAOGU, FISUOG, FAIUM, Dr Hon. Causa, Cambridge, United Kingdom

MEMBERS OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD
ЧЛЕНИ МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Prof Frank Chervenak, MD, Given Foundation Professor and Chairman Department of Obstetrics and Gynecology Weill Medical College of Cornell University, Obstetrician and Gynecologist-in-Chief New York Presbyterian Hospital New York, New York USA

Dr Tahir Mahmood CBE, MBBS, MD, FRCPI, FFSRH, MBA, FACOG, FRCPE, FRCOG, Kirkcaldy, Scotland

Prof. Dr.med. Dr.h.c.mult. Wolfgang Holzgreve, MD, FRCOG, FACOG, MBA, Professor of Obstetrics and Gynaecology, Medical Director and CEO University of Bonn Medical Center, Bonn, Germany

Радзінський В.Є., д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології з курсом перинатології Російського Університету дружби народів, віце-президент Російського товариства акушерів-гінекологів, Російська Федерація.

РЕКОМЕНДОВАНО: Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 9 від 14.09.2016.

За рішенням Атестаційної колегії МОН України № 1021 від 7.10.2015 «Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України» включено до **переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук**, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт

ЗМІСТ

POSITION STATEMENT FROM THE EUROPEAN BOARD AND COLLEGE OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY (EBCOG) THE USE OF MEDICINES DURING PREGNANCY CALL FOR ACTION <i>KRISTEL VAN CALSTEREN, KSENIJA GERSAK, HILDRUN SUNDSETH3, INGRID KLINGMANN, LODE DEWULF, ANDRE VAN ASSCHE, TAHIR MAHMOOD</i>	10
ОСОБЛИВОСТІ БАГАТОПЛІДНИХ ВАГІТНОСТЕЙ ПІСЛЯ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) <i>АЙЗЯТУЛОВА Е.М.</i>	14
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ АДЕНОМІОЗИ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ <i>АЛТИБАСВА Д.М., КУРОЧКА В.В., ПЕТРЕНКО Т.Г.</i>	17
ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ ВІЛНІФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ <i>АНОШИНА Т.М.</i>	21
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ <i>АРТЬОМЕНКО В.В., НОСЕНКО В.М.</i>	26
ПОКАЗАТЕЛИ ДОЛГОСРОЧНОЇ ВИЖИВАЕМОСТІ БАЗОВИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ В ГИНЕКОЛОГИИ <i>АРТЁМЕНКО В.В., НОСЕНКО В.М.</i>	32
УЛЬТРАЗВУКОВІ АСПЕКТИ ПІСЛЯАБОРТНОГО ЕНДОМЕТРИТУ У ЖІНОК З ЗАВМЕРЛОЮ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНІСТЮ <i>БАЛА О.О., КОВАЛЮК Т.В., НИКОНЮК Т.Р., БЕНЮК С.В.</i>	39
РАЦІОНАЛЬНА ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ <i>БЕНЮК В.О., ГОНЧАРЕНКО В.М., МЕЛЬНИЧУК О.П., ГИЧКА Н.М.</i>	42
РОЛЬ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) <i>БЕРБЕЦЬ А.М., ЮЗЬКО О.М.</i>	48
ДИНАМІКА ЯКІСНОЇ ТА КІЛЬКІСНОЇ ЗМІНИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ У СТРУКТУРІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА 10 РОКІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ КОМУНАЛЬНІЙ МІСЬКІЙ ЛІКАРНІ №2 <i>БОЙЧУК А.В., ЯКИМЧУК Ю.Б.</i>	53
ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЇДНИМИ КІСТАМИ <i>БОЙЧУК А.В., КУРИЛО О.Ю.</i>	60
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАФЕРОМАКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА <i>БОРИС Е.Н., ГЕРВАЗЮК О.А.</i>	66
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И БЕРЕМЕННОСТИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) <i>БОРИС Е.Н., СУСЛИКОВА Л.В., ПРЯДКО Н.Г.</i>	76
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ <i>БОРИС О.М., СУСЛИКОВА Л.В., ПРЯДКО Н.Г.</i>	87

ФАКТОРЫ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ ПЛОДА <i>ВЕРОПОТВЕЛЯН П.Н., ВЕРОПОТВЕЛЯН Н.П., ЦЕХМИСТРЕНКО И.С.</i>	95
СПІВВІДНОШЕННЯ СТАТИ ПРИ ЗАВМЕРЛИХ ВАГІТНОСТЯХ З АНЕМБРІОНІЯМИ ТА НАЯВНІСТЮ ЕМБРІОНУ В ПОРІВНЯННІ З ІНДУКОВАНИМИ МЕДИЧНИМИ АБОРТАМИ І ТРИМЕСТРУ <i>ВЕРОПОТВЕЛЯН М.П., КОДУНОВ Л.О., ПОГУЛЯЙ Ю.С.</i>	104
СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДРТ <i>ВИГІВСЬКА Л.М., НИКОНЮК Т.Р., КОВАЛЮК Т.В., ЛАСТОВЕЦЬКА Л.Д.</i>	109
ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ У ЖІНОК – ЧИ ЗАВЖДИ НЕОБХІДНЕ ЛІКУВАННЯ? (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) <i>ВОДОДЮК О.В., ВОДОДЮК В.Ю.</i>	114
ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВОЇ ПЕРИСТАЛЬТИКИ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ, МІОМОЮ МАТКИ ТА ЇХ ПОЄДНАННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗМІРІВ ДОМІНАНТНОГО ФОЛКУЛА <i>ГАРБУЗЕНКО Н.Д., СТАМОВА Н.О.</i>	118
СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНІ ДАНІ) <i>ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОСЕЙ Т.В.</i>	123
СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНІ ДАНІ) <i>ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОСЕЙ Т.В.</i>	130
ЗВ'ЯЗОК БАКТЕРІАЛЬНОГО ОБСІМЕНІННЯ СПЕРМИ З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ, ЯКА НАСТАЛА В ЦИКЛАХ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО <i>ГОЛОВАТЮК К.П.</i>	136
РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>ГРИЩЕНКО О.В., БОБРИЦКАЯ В.В., КОРОВАЙ С.В., ЖЕЛЕЗНЯКОВ А.Ю., ЧЕРНЯК О.Л.</i>	141
РОЛЬ МАРКЕРНИХ БІЛКІВ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПРОГНОЗУВАННІ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ <i>ДИНДАР О.А.</i>	144
ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ГРУП ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТАМІННОМІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ <i>ДОБРЯНСЬКА В.Ю., ГЕРЯК С.М., ПЕТРЕНКО Н.В., КУЦЕНКО І.В., БАЗЯН І.Г., БАГНІЙ Н.І., КОРДА І.В.</i>	148
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА НА ФОНІ ТРОМБОФІЛІЇ <i>ДОЛА Л.Л.</i>	153
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ РЕЦИДИВУЮЧОЮ ХЛАМІДІЙНОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ ГЕНІТАЛІЙ <i>ДРОНОВА В.Л., ЩЕРБА О.А., БУ ВЕЙВЕЙ, БОЙЧУК Ю.І.</i>	156
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НЕАТИПОВОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ ПРЕПАРАТІВ, ЩО МІСТЯТЬ ТАРГЕТНІ СЕЛЕКТИВНІ ФІТОМОЛЕКУЛИ, НА СТАН МАТКОВОГО КРОВОПЛИНУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ <i>ДУБІНІНА В.Г., ВІЗІР К.М.</i>	162
КЛІНКОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОЗНИХ ЕПТЕЛІАЛЬНИХ ЦИСТАДЕНОМ ЯЄЧНИКІВ НЕЕНДОМЕТРІОЇДНОГО ПОХОДЖЕННЯ <i>ДУБІНІНА В.Г., ЛИСЕНКО М.А.</i>	166
ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ (ЦИТОЛОГІЧНІ, ЕНДОСКОПІЧНІ, МОРФОЛОГІЧНІ) У ПАЦІЄНТОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ ЕКТОПІЄЮ З ТА БЕЗ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ <i>ДУБІНІНА В.Г., ЛУК'ЯНЧУК О.В., ПАЦКОВА А.О., КУЗЕВА Н.Г.</i>	172

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ПЕРИОДА <i>ДУБОССАРСКАЯ З.М., НАГОРНИЮК В.Т.</i>	177
КЛІНІКОГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ <i>ДУБОССАРСЬКА Ю.О., ПУЗІЙ О.М., ГУБАР І.О.</i>	183
РОЛЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У РОЗВИТКУ ІСТМІКОЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ <i>ЖАБЧЕНКО І.А., ОЛЕШКО В.Ф., МАГОМЕДОВ О. М.</i>	188
РОЛЬ ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ В ПРАКТИЦІ СУЧАСНОГО РЕГІОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ <i>ЖЕЛЕЗОВ Д.М.</i>	193
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ И МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>ЗАБОЛОТНОВ В.А., ШАТИЛО В.Й., РЫБАЛКА А.Н., АНИКИН С.С.</i>	198
НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) У ПАЦІЄНТОК З НИЗЬКИМ ОВАРІАЛЬНИМ РЕЗЕРВОМ <i>ЗАХАРЕНКО І.Л., СЕЙЛОВА А.І., ГРІЦЕНКО Г.С.</i>	202
РОЛЬ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШКІВНИКА У ВИНИКНЕННІ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПЕЧІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ <i>КАМІНСЬКИЙ В.В., КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В., БОЙЧУК О.Г.</i>	208
СЕЛЕКТИВНЫЕ МОДУЛЯТОРЫ ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>КАМИНСКИЙ В.В., ПРОКОПОВИЧ Е.В.</i>	216
ВИКОРИСТАННЯ «ХОЛОДНОЇ» ПЛАЗМИ В ЛІКУВАННІ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ВПЛІНФЕКЦІЄЮ <i>КАШТАЛЬЯН Н.М.</i>	224
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ТИРЕОИДНЫХ КАРЦИНОМ У БЕРЕМЕННЫХ <i>КОВАЛЕНКО А.Е., МЕДВЕДЬ В.И., ТАРАЩЕНКО Ю.Н., ЯНЮТА С.Н.</i>	228
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА <i>КОРНАЦЬКА А.Г., ВОВК І.Б., ЧУБЕЙ Г.В.</i>	234
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПРЕМENOПАЗУАЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>КОРНИЕНКО С.М.</i>	240
КЛІНІКОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ <i>КОРНІЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.</i>	245
ДВА ЕТАПИ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ СТРЕСОВОМУ НЕТРИМАННІ СЕЧІ З ПОЗИЦІЙ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ТЕОРІЇ <i>КОРОВАЙ В.І., ТАНЬКО О.П., ЧЕРНЯК О.Л., САМОЙЛОВА М.В.</i>	249
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ВАГІТНИХ З НИЗЬКИМ РОЗМІЩЕННЯМ ПЛАЦЕНТИ <i>КРАВЧЕНКО О.В.</i>	253
ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА <i>ЛЕСОВОЙ В.Н., ПАРАЩУК Ю.С., ЩУКИН Д.В., САФОНОВА И.Н., САФОНОВ Р.А., ДИДЕНКОВА К.В.</i>	257
РІВЕНЬ ПРОЛАКТИНУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ <i>ЛИМАР Л.Є., ВДОВИЧЕНКО Ю.П., МАЛАНЧИН І.М., ЛИМАР Н.А., КУЧМА З.М.</i>	262

■	ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ, ЩО ФОРМУЮТЬ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ МІОМЕТРІО <i>МАКАРЧУК О.М., ГАВРИЛЮК Г.М., АБДУЛРАХМАН АБДУЛБАСЕТ МОСЛЕМ.</i>	266
■	ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В АНАМНЕЗІ <i>МАКАРЧУК О.М., ДЗЬОМБАК В.Б.</i>	270
■	РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ВТРАТИ ПЛОДА <i>МАЛАНЧУК Л.М., КРИВИЦЬКА Г.О.</i>	273
■	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З ДИСГОРМОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ <i>МАЛАНЧУК Л. М., МАРТИНЮК В. М.</i>	276
■	ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК В ТЕРМІНІ 22-28 ТИЖНІВ, УСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕДЧАСНИМ РОЗРИВОМ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК <i>МАЛАНЧУК О.Б., ЛАКАТОШ В.П., КОСТЕНКО О.Ю., ПОЛАДИЧ І.В., ЛАКАТОШ П.В.</i>	280
■	ОСОБЛИВІСТЬ КРОВОПЛИНУ В СУДИННОМУ БАСЕЙНІ АРТЕРІЙ ПУПОВИНИ ПРИ ПОМІРНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ МАЛО І БАГАТОВОДДІ <i>МАЛЯР В.В.</i>	286
■	СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я, БІОЕКОЛОГІЇ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК З РАННІМИ ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТІ <i>МАЛЯР В.А., ФЕДИШИН Т.В., МАЛЯР В.В.</i>	289
■	ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ У ПЛОДА <i>МАРУЩАК О.В.</i>	292
■	СОЦІАЛЬНІ ТА МЕДИКОБІОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ ВУЛЬВИ У ДІВЧАТ <i>МИРОНЕНКО Н. О., ДЖУРАЄВА Л. С., ГАПОНОВА К.В.</i>	297
■	ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D <i>МІЩЕНКО В.П., РУДЕНКО І.В., ЗАПОРОЖЧЕНКО М.Б., ЛАВРИНЕНКО Г.Л.</i>	301
■	КОМПЛЕКСНА ПАРАКЛІНІЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТИПОВ ВЛАГАЛИЩНОГО БІОТОПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>НАГОРНАЯ В.Ф., МОСКАЛЕНКО Т.Я., ГРИЦЕНКО А.А.</i>	304
■	МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЕНДОМЕТРІЯ ПІД ЧАС ВІКНА ІМПЛАНТАЦІЇ В ЦИКЛАХ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО, УСКЛАДНЕНИХ РАННІМ ПОМІРНИМ АБО ВАЖКИМ СИНДРОМОМ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ <i>НОСЕНКО О.М., АЙЗЯТУЛОВА Д.Р.</i>	309
■	МАГНІТНОРЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ ПРИ АДЕНОМІОЗІ <i>НОСЕНКО О.М., ОРАЗОВ М.Р., КОСЮГА О.М.</i>	314
■	МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СПІРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ДЕЦИДУАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ ЗА НАЯВНОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ <i>ПАРАЩУК Ю.С., БОРЗЕНКО І.Б., ГАРГІН В.В.</i>	320
■	ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ З ВІРУСНОБАКТЕРІАЛЬНИМИ МІКСТІНФЕКЦІЯМИ ГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ ЯК ШЛЯХ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРІОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ <i>ПИРОГОВА В.І., КОЗЛОВСЬКИЙ І.В., МАЛАЧИНСЬКА М.Й., ЛИТВИНЮК С.І.</i>	324
■	БЕЗОПАСНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ АБОРТ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>ПОСОХОВА С.П., ТУРЕНКО А.В., НАДЕЖДИН М.В., ВАПНЯРЧУК О.В.</i>	329
■	СЕЛЕКТИВНІ МОДУЛЯТОРИ РЕЦЕПТОРІВ ПРОГЕСТЕРОНУ ЯК НОВИЙ КРОК В ЛІКУВАННІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ <i>РАКША І.І., КОЛЕСНІЧЕНКО І.С., БАРАНЕЦЬКА І.О.</i>	333
■	ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА <i>РОМАНЕНКО І.Ю., РОМАНЕНКО І.В., НЕЧЕПОРЧУК Н.П., ДІВІТАЄВА Г.О.</i>	338

УДК 618.177-089.888.11-085.357(043.3)

ЗАХАРЕНКО І.Л., СЕЙЛОВА А.І., ГРИЦЕНКО Г.С.

Одеський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології
№1, Університетська клініка «Центр відновної та реконструктивної медицини», м.
Одеса

НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) У ПАЦІЄНТОК З НИЗЬКИМ ОВАРІАЛЬНИМ РЕЗЕРВОМ

Бідні оваріальні відповідачі становлять 9-24% від усіх жінок, котрі проходить контрольовану оваріальну стимуляцію (КОС) в програмах запліднення ін вітро (ЗІВ).

Мета дослідження – оцінити результати проведення запліднення ін вітро у пацієнток з низьким оваріальним резервом в циклах з використанням підвищених доз гонадотропінів та антагоністів гонадотропін-рилізінг-гормонів (антГнРГ).

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз 64 циклів ЗІВ з використанням підвищених доз гонадотропінів та антГнРГ у жінок з низьким оваріальним резервом. Оцінені репродуктивні результати.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік обстежених пацієнток склав $35,73 \pm 0,56$ років. 43,75% жінок були у віці від до 35 років, 56,25% – старше 35 років. Надлишкову масу тіла мали 10,53% жінок. Середня тривалість безпліддя склала $7,10 \pm 0,73$ роки. «Бідна відповідь» на КОС в анамнезі спостерігалася у 21,9% пацієнток. Серед обстежених подружжів супутній трубний фактор реєстрували в 62,5% випадках; чоловічий фактор – в 34,4%; ендометріоз – в 20,3%; лейоміому матки – в 17,2%; хронічну ановуляцію на тлі синдрому виснаження яєчників – в 12,5%; хронічну ановуляцію, не пов'язану з синдромом виснаження яєчників, – в 10,9%. Кількість антральних фолікулів була у середньому в правому яєчнику $3,33 \pm 0,17$ і в лівому $-3,26 \pm 0,24$; середній вміст ФСГ в сироватці крові – $10,63 \pm 0,50$ мМО/л, АМГ – $0,47 \pm 0,02$ нг/мл. Рівень $ФСГ \geq 10$ мМО/л мали 56,25% пацієнток. При проведенні КОС на одну жінку було витрачено 2752 ± 187 МО гонадотропінів. Середня кількість отриманих овоцитів склала $2,47 \pm 0,13$, кількість перенесених ембріонів – $1,91 \pm 0,04$. Клінічна вагітність настала у 23,44% жінок, народили живих дітей 17,19% пацієнток.

Висновки. Низький оваріальний резерв супроводжується бідною відповіддю на КОС та є одним з найбільш важливих факторів, який суттєво обмежує успіх ЗІВ. Найкращі репродуктивні результати у подружніх пар з низьким оваріальним резервом при проведенні ЗІВ з використанням підвищених доз гонадотропінів та антагоністів ГнРГ реєструються при наявності супутнього чоловічого та трубного факторів безпліддя, найгірші – при наявності супутньої хронічної ановуляції, пов'язаної або непов'язаної з синдромом виснаження яєчників.

Ключові слова: низький оваріальний резерв, запліднення ін вітро, бідна оваріальна відповідь, антагоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів, гонадотропіни, вагітність.

Згідно з показниками Держстатистики, частота безпліддя в Україні складає 17–19,5% від загальної популяції сімейних пар. Одним з ефективних методів лікування безпліддя є запліднення ін вітро (ЗІВ). Після першого успішного живонародження внаслідок проведення ЗІВ в 1978 році, були досягнуті значні успіхи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), спрямованих на поліпшення клінічних результатів ЗІВ. Проте, показники успіху як і раніше, залишаються скромними, з клінічними показників вагітності, як і раніше, у середньому близько 33% [2].

Основою успішного виконання програм ЗІВ є отримання більшого числа повноцінних оволяторних овоцитів, для ре-

алізації яких використовують різні схеми медикаментозної контрольованої оваріальної стимуляції (КОС) [4]. Обґрунтованість призначення індукторів овуляції пов'язана з тим, що ймовірність дозрівання одночасно декількох фолікулів в спонтанних оволяторних циклах становить не більше 5-10%, тоді як в стимульованих циклах розвиток двох і більше фолікулів досягається в 35-60% випадків. При проведенні КОС перевага віддається найбільш ефективним, безпечним і економічним препаратам і схемами їх застосування, однак вторгнення в складний механізм фолікулогенезу призводить до порушення його фізіологічної циклічності і етапності. Незрозумілим до теперішнього часу є феномен «бідної» або неадекватної

відповіді яєчників, крайнім проявом якого є синдром «порожніх» фолікулів [5], особливо у молодих жінок.

Бідна оваріальна відповідь на КОС є одним з найбільш важливих факторів, який суттєво обмежує успіх ЗІВ [9]. Бідні оваріальні відповідачі становлять 9-24% від усіх жінок, котрі проходить КОС в програмах ЗІВ [6].

Робоча група з питань дефініції бідних оваріальних відповідачів Європейського суспільства репродукції людини та ембріології (ESHRE) розробила критерії для визначення поганої відповіді яєчників, то так звані «Болонські критерії» (Bologna criteria) [10]. Ці критерії включають: і. вік жінки ≥ 40 років або будь який інший фактор бідної відповіді; ii. «бідна відповідь» на КОС в анамнезі (≤ 3 овоцитів при застосуванні стандартного протоколу КОС); iii. зниження показників оваріального резерву (кількість антральних фолікулів не більше 5-7, антимюлерів гормон (АМГ) до 1,1 нг/мл, базальний рівень ФСГ в ранню фолікулінову фазу більше за 10 мМО/л). Для постановки діагнозу бідної відповіді яєчників повинні бути присутні дві ознаки з трьох.

Етіологія бідної оваріальної відповіді на КОС не звісна. Доведеними факторами ризику бідної оваріальної відповіді є низький оваріальний резерв, пізній репродуктивний вік, передчасна недостатність яєчників, ендометріоз, операції на яєчниках [1].

Однак бідна оваріальна відповідь часто спостерігається у молодих пацієнок без наявності цих факторів ризику. У такому випадку бідна відповідь на КОС може бути як проявом клінічно вираженої передчасної недостатності яєчників при наявності зниженого оваріального резерву у жінок молодше за 40 років, так і прихованої форми передчасної недостатності яєчників, коли бідна оваріальна відповідь розвивається на фоні нормального оваріального резерву [1]. Бідна оваріальна відповідь реєструється у 56,5 % жінок з епіфізарною дисфункцією і зниженою секрецією мелатоніну [2]. Передбачуваними патогенетичними факторами розвитку бідної оваріальної відповіді можуть бути чисельні і структурні аномалії Х-хромосоми. Роль FMR1 і BMP 15 генів у розвитку цього ускладнення ДРТ представляє значний інтерес. Присутність декілька генів, які відповідають за систему імунітету, а також унікальний спосіб успадкування та

інактивації (особливо невідповідної інактивації) додають Х-хромосомі особливий статус контролю за автоімунними станами [1]. Фізіологічним підґрунтям для бідної відповіді може бути зменшення кількості ФСГ-чутливих фолікулів та зменшена чутливість фолікулярних рецепторів до ФСГ (ожиріння, мутації генів) [7]. Однією з ймовірних причин, що збільшують ризик бідної відповіді, може бути зниження продукції яєчникових андрогенів (тестостерону) [3, 11].

Розробка нових напрямків покращення оваріальної відповіді у хворих на безпліддя жінок з низьким оваріальним резервом є актуальною проблемою ДРТ, яка потребує вирішення. Результати запропонованих пропозицій суперечливі по даним різних авторів. Найбільш суттєвими напрямками покращення результатів КОС у жінок з низьким оваріальним резервом є: використання підвищених щоденних доз гонадотропінів (300-600 МО на добу) та застосування протоколів з антагоністами гонадотропних рилізінг-гормонів (антГнРГ) [5]; промивання фолікулів буферним розчином (наприклад, Flushing Medium фірми «ORIGIO» (MediCult Media)) пацієнткам старше 35 років [4]; введення другої дози ХГЛ з іншої партії при рівні -ХГЛ в крові через 36 годин після першої ін'єкції нижче за 10 мМО/мл [2]; прекурс лікування дегідроепіандростероном 25 мг тричі на день протягом 12 тижнів до початку ЗІВ [18, 11]; прекурс з мелатоніном у максимальних терапевтичних дозах протягом двох тижнів до старту протоколу та під час КОС [2] та ін.

Мета дослідження – оцінити результати проведення запліднення *in vitro* у пацієнок з низьким оваріальним резервом у циклах з використанням підвищених доз гонадотропінів та антагоністів гонадотропін-рилізінг-гормонів.

Матеріал та методи дослідження

Нами проведено аналіз 64 циклів ЗІВ з використанням підвищених доз гонадотропінів та антГнРГ у жінок з низьким оваріальним резервом на базі відділення репродукції Університетської клініки «Центру відновної та реконструктивної медицини» Одеського національного медичного університету. Критеріями включення в дослідження були: безпліддя, прояви якого виключали можливість успішного застосування будь-яких методів відновлення природної

фертильності, та зниження показників оваріального резерву: кількість антральних фолікулів не більше 5-7, сироватковий рівень АМГ – до 1,1 нг/мл, базальний сироватковий рівень ФСГ в ранню фолікулінову фазу більше за 10 мМО/л

Обстеження подружніх пар включало в себе об'єктивне обстеження (загальносоматичне та гінекологічне) за загальноприйнятою методикою з дотриманням вимог протоколу по лікуванню безпліддя, затверженому наказом МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. “Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги” та наказом МОЗ України № 787 від 09.10.2013 р. «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».

Для виконання КОС застосовували протоколи з антГнРГ (цетротид - 0,25 мг, SERONO Europe Ltd, Великобританія). Для стимуляції росту фолікулів використовували рекомбінантні гонадотропіни – рФСГ (фолітропін альфа (Гонал-Ф), SERONO Europe Ltd, Великобританія; коріфолітропін альфа (Елонва), N.V. Organon, Нідерланди; Vetter Pharma-Fertigung, GmbH & Co. KG (Німеччина); МСД (США)), а в якості тригера овуляції – рекомбінантний ХГЛ (рХГЛ) (овітрел, SERONO Europe Ltd, Великобританія). рФСГ починали вводити з 2-5-го дня поточного менструального циклу в протоколах з антагоністами ГнРГ в добовому дозуванні 300-600 МО підшкірно. Тригер овуляції рХГЛ застосовували в дозі 6500 МО підшкірно при наявності одно або двох лідируючих фолікулів 18-20 мм в діаметрі. Введення рХГЛ здійснювалося за 34-36 годин до передбачуваної трансвагінальної пункції фолікулів, яка виконувалась під контролем ультразвукового сканера ESAOTE MyLab 50 XVision (Італія) або Honda Electronics HS-2000 (Японія).

На ембріологічному етапі виконання програми застосовували середовища Vitrolife (Швеція). В усіх випадках запліднення зрілих ооцитів виконувалося методом ІКСІ (інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда в ооцит).

Перенесення ембріонів проводили на 3-у або 5-у добу після трансвагінальної пункції фолікулів з використанням одноразових катетерів (COOK MEDICAL INC. (Австралія)) та під контролем УЗД.

Вибір дня переносу визначався кількістю та якістю ембріонів. Через 14 днів після переносу ембріонів у пацієнток визначався рівень ХГЛ в крові, а через 28 діб після переносу виконувалося УЗД.

Підтримку лютеїнової фази здійснювали за допомогою однодозових аплікаторів мікронізованого прогестерону у вигляді 8% вагінального гелю (кринон, Fleet Laboratories Ltd. для Serono International S.A., Великобританія/ Швейцарія) двічі на добу та 2,5% розчину прогестерону в 1% етилолеаті (інжеста, ПАТ «Фармак», Україна) по 1 мл один раз на добу внутрішньом'язово.

Статистичну обробку матеріалу проводили на IBM PC з використанням програми Microsoft Exel 2010.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік обстежених пацієнток варіював від 28 до 42 років і склав у середньому $35,73 \pm 0,56$ років. Певна роль у формуванні бідної відповіді яєчників на гонадотропну стимуляцію в програмах ЗІВ відводиться віковим фактором пацієнток, так як у віці старше 35 років знижується оваріальний резерв, погіршується якість овоцитів / ембріонів, а також порушується морфологія ендометрія, що обумовлено незбалансованою дією естрогенів і прогестерону [3, 4]. У нашій вибірці 43,75% жінок були у віці від до 35 років, 56,25% – старше за 35 років ($p > 0,05$).

Середня маса пацієнток дорівнювала $60,72 \pm 1,21$ кг, середній зріст $1,67 \pm 0,01$ м, середній індекс маси тіла – $21,80 \pm 0,40$ кг/м². Надлишкову масу тіла мали лише 6 (10,53%) жінок.

Середній вік менархе у обстежених пацієнток дорівнював $13,53 \pm 0,17$ років, середня тривалість менструацій – $4,46 \pm 0,08$ днів, середня тривалість менструального циклу – $26,77 \pm 0,22$ днів. На нерегулярний цикл скаржилися 11 (17,19%) осіб.

У 25 (39,06%) пар безпліддя було первинним, у 39 (60,94%) – вторинним. Середня кількість вагітностей в анамнезі дорівнювала $0,78 \pm 0,11$. Середня тривалість безпліддя склала $7,10 \pm 0,73$ роки. 17 (26,56%) подружжів вже проходили цикл ЗІВ. Кількість попередніх спроб ЗІВ варіювала від 1 до 3 і в середньому в обстеженій групі на одну жінку дорівнювала $0,55 \pm 0,13$. У 5 (7,81%) дійсна спроба ЗІВ була другою,

у 6 (7,38%) – третьою, у 6 (7,38%) – четвертою. «Бідна відповідь» на КОС в анамнезі була у 14 (21,9%) пацієнток.

Серед обстежених подружжів трубний фактор реєстрували в 40 (62,5%) випадках; чоловічий фактор – в 22 (34,4%); ендометріоз – в 13 (20,3%); лейоміому матки – в 11 (17,2%); хронічну ановуляцію на тлі синдрому виснаження яєчників – в 8 (12,5%); хронічну ановуляцію, не пов'язану з синдромом виснаження яєчників, – в 7 (10,9%). У деяких пар відмічали сполучення перерахованих факторів безпліддя. 18 (19,53%) жінок мали в анамнезі оперативні втручання з приводу видалення маткових труб, 3 (4,69%) – з приводу видалення кіст яєчників, неендометрію характеру, а 11 (17,19%) – з приводу видалення ендометрію. Однієї (1,56%) особі була проведена консервативна міомектомія

Середні розміри яєчників склали для правого: довжина – $2,73 \pm 0,06$ см, ширина – $1,78 \pm 0,07$ см, товщина – $1,15 \pm 0,05$ см; для лівого – відповідно $2,93 \pm 0,09$ см, $1,93 \pm 0,07$ см, $1,21 \pm 0,06$ см і вірогідно між правим та лівим яєчниками не відрізнялися. Довжина матки дорівнювала в середньому $5,37 \pm 0,11$ см, ширина – $4,20 \pm 0,12$ см, товщина –

$5,13 \pm 0,11$ см, а М-ехо – $6,90 \pm 0,32$ мм. Кількість антральних фолікулів у яєчниках у ранню фолікулінову фазу варіювала від одного до семи і була у середньому в правому яєчнику $3,33 \pm 0,17$ і в лівому $3,26 \pm 0,24$.

Дослідження базального гормонального профілю сироватки периферичної крові в ранню фолікулінову фазу менструального циклу виявило наступні середні концентрації гормонів: ФСГ – $10,63 \pm 0,50$ мМО/л, ЛГ – $8,82 \pm 0,51$ мМО/л, пролактин – $242,56 \pm 27,32$ мкМО/мл, АМГ – $0,47 \pm 0,02$ нг/мл, естрадіол – $109,03$ пг/мл, вільний тестостерон – $5,83 \pm 1,02$ нг/мл, ТТГ – $1,83 \pm 0,13$ мМО/л. Сироватковий вміст АМГ в жодній жінки не перевищував $1,1$ нг/мл. Рівень $ФСГ \geq 10$ мМО/л мали 36 (56,25%) пацієнток.

При проведенні КОС на одну жінку було витрачено в середньому 2752 ± 187 МО гонадотропінів. Середня кількість отриманих овоцитів склали $2,47 \pm 0,13$, а кількість перенесених ембріонів – $1,91 \pm 0,04$. Клінічна вагітність настала у 15 (23,44%) жінок, народило живими дітей 11 (17,19%) пацієнток. Розподіл результатів настання вагітності в залежності від супутніх чинників безпліддя приведений в таблиці.

Таблиця

Розподіл настання вагітності у обстежених жінок з низьким оваріальним резервом в залежності від супутніх чинників* безпліддя

Фактор безпліддя	Число подружніх пар з даним фактором безпліддя	Число випадків настання клінічної вагітності	Число живонароджень
Трубний фактор	40 (62,5%)	14/40 (35,00%)	10/40 (25,00%)
Чоловічий фактор	22 (34,4%)	8/22 (36,36%)	6/22 (27,27%)
Ендометріоз	13 (20,3%)	3/13 (23,88%)	2/13 (15,38%)
Лейоміома матки	11 (17,2%)	3/11 (27,27%)	3/13 (23,08%)
Хронічна ановуляція на тлі синдрому виснаження яєчників	8 (12,5%)	2/8 (25,00%)	1/8 (12,50%)
Хронічну ановуляція, не пов'язана з синдромом виснаження яєчників	7 (10,9%)	1/7 (14,29%)	1/7 (14,29%)

Примітка. * – у одного подружжя могло мати місце декілька чинників безпліддя.

З приведеної таблиці видно, що найкращі репродуктивні результати у подружніх пар з низьким оваріальним резервом були отримані при наявності супутнього чоловічого та трубного факторів безпліддя, найгірші – при наявності супутньої хронічної ановуляції, пов'язаної або непов'язаної з синдромом виснаження яєчників.

Висновки

Низький оваріальний резерв супроводжується бідною відповіддю на контрольовану стимуляцію овуляції та є одним з найбільш важливих факторів, який суттєво обмежує успіх ЗІВ. Найкращі репродуктивні результати у подружніх пар з низьким оваріальним резервом при проведенні ЗІВ з

використанням підвищених доз гонадотропінів та антагоністів ГнРГ реєструються при наявності супутнього чоловічого та трубного факторів безпліддя, найгірші – при наявності супутньої хронічної ановуляції, пов'язаної або непов'язаної з синдромом виснаження яєчників. Потрібний подальший пошук резервів для підвищення ефективності ЗІВ у подружніх пар з низьким овариальним резервом у жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. «Бедный» овариальный ответ в программах ЭКО [Текст] / Тетрина И.В., Ванян Р.Э., Калинина Е.А. [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 4-12.
2. Градиль О. Г. Овариальный резерв та його гормональна корекція при використанні програм допоміжних репродуктивних технологій [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Градиль Оксана Григорівна; Харків. нац. мед. ун-т. – Харків, 2015. – 23 с.
3. Назаренко Т.А. «Бедный ответ». Тактика ведения пациенток со сниженной реакцией на стимуляцию гонадотропинами в программах ЭКО: монография [Текст] / Назаренко Т.А., Краснопольская К.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 80 с.: ил. ISBN 978-5-98322-826-9.
4. Оценка эффективности методики трансвагинальной пункции яичников с промыванием фолликулов в циклах ЭКО [Текст] / Н.А. Болдонова, Е.Б. Дружинина, Ю.В. Мыльникова [и др.] // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. – 2012. – Т. 3, № 85, Часть 1. – С. 12-17.
5. Факторы риска и пути к преодолению синдрома «пустых» фолликулов [Текст] / Протопопова Н.В., Дружинина Е.Б., Болдонова Н.А. [и др.] // Международный исследовательский журнал. – 2013. – № 7-5 (14). – С. 25-28.
6. Antral follicle count determines poor ovarian response better than anti-müllerian hormone but age is the only predictor for live birth in in vitro fertilization cycles [Текст] / Mutlu M.F., Erdem M., Erdem A. [et al.] // J. Assist. Reprod. Genet. – 2013. – Vol. 30, N 5. – P. 657–665. doi: 10.1007/s10815-013-9975-3.
7. Association of follicle stimulating hormone receptor promoter with ovarian response in IVF-ET patients [Текст] / Dan W., Jing G., Liangbin X. et al. // Iran J. Reprod. Med. – 2015. – Vol. 13, N 11. – P. 715-720.
8. Dehydroepiandrosterone improves the ovarian reserve of women with diminished ovarian reserve and is a potential regulator of the immune response in the ovaries [Текст] / Zhang J., Qiu X., Gui Y. [et al.] // Biosci Trends. – 2015. – Vol. 9, N 6. – P. 350-359. doi: 10.5582/bst.2015.01154.
9. Does the use of gonadotropin-releasing hormone antagonists in natural IVF cycles for poor responder patients cause more harm than benefit? [Текст] / Aksoy S.1., Yakin K., Seyhan A. [et al.] // Hum. Fertil. (Camb). – 2016. – Vol.17. – P.1-5.
10. ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria [Текст] / [Ferraretti A.P., La Marca A., Fauser B.C. et al.] // ESHRE working group on Poor Ovarian Response Definition // Hum. Reprod. – 2011. – Vol. 26, N 7. – P.1616-1624. doi: 10.1093/humrep/der092.
11. Kotb M.M. Does dehydroepiandrosterone improve pregnancy rate in women undergoing IVF/ICSI with expected poor ovarian response according to the Bologna criteria? A randomized controlled trial [Текст] / Kotb M.M., Hassan A.M., AwadAllah A.M. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2016. – Vol. 200. – P. 11-15. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.02.009.

Поступила 10.07.2016

РЕЗЮМЕ

НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ИН ВИТРО (ОИВ) У ПАЦИЕНТОК С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

ЗАХАРЕНКО И.Л., СЕЙЛОВА А.И.,
ГРИЦЕНКО А.С.

Бедные овариальные ответчики составляют 9-24% от всех женщин, проходящих контролируемую овариальную стимуляцию (КОС) в циклах ОИВ.

Цель исследования – оценить результаты проведения ОИВ у пациенток с низким овариальным резервом в циклах с использованием повышенных доз гонадотропинов и антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов (антГнРГ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ 64 циклов ОИВ с использованием повышенных доз гонадотропинов и антГнРГ у женщин с низким овариальным резервом. Оценены репродуктивные результаты.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст обследованных пациенток составил 35,73±0,56 лет. 43,75% женщин были в возрасте до 35 лет, 56,25% – старше 35. Избыточную массу тела имели 10,53% женщин. Средняя продолжительность бесплодия составила 7,10±0,73 года. «Бедный ответ» на КОС в анамнезе наблюдался у 21,9% пациенток. Среди об-

следованных супругов сопутствующий трубный фактор регистрировали в 62,5% случаях; мужской фактор – в 34,4%; эндометриоз – в 20,3%; лейомиому матки – в 17,2%; хроническую ановуляцию на фоне синдрома истощения яичников – в 12,5%; хроническую ановуляцию, не связанную с синдромом истощения яичников, – в 10,9%. Количество антральных фолликулов было в среднем в правом яичнике $3,33 \pm 0,17$ и в левом $3,26 \pm 0,24$; среднее содержание ФСГ в сыворотке крови – $10,63 \pm 0,50$ мМЕ/л, АМГ – $0,47 \pm 0,02$ нг/мл. Уровень $ФСГ \geq 10$ мМЕ/л имели 56,25% пациенток. При проведении КОС на одну женщину было потрачено 2752 ± 187 МЕ гонадотропинов. Среднее количество полученных овоцитом составило $2,47 \pm 0,13$, количество перенесенных эмбрионов – $1,91 \pm 0,04$. Клиническая беременность наступила у 23,44% женщин, родили живых детей 17,19% пациенток.

Выводы. Низкий овариальный резерв сопровождается бедным ответом на КОС и является одним из наиболее важных факторов, который существенно ограничивает успех ОИВ. Лучшие репродуктивные результаты у супружеских пар с низким овариальным резервом при проведении ОИВ с использованием повышенных доз гонадотропинов и антагонистов ГнРГ регистрируются при наличии сопутствующего мужского и трубного факторов бесплодия, наихудшие – при наличии сопутствующей хронической ановуляции, связанной или не связанной с синдромом истощения яичников.

Ключевые слова: низкий овариальный резерв, оплодотворение ин витро, бедный овариальный ответ, антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, гонадотропины, беременность.

SUMMARY

OUR EXPERIENCE OF THE FERTILIZATION IN VITRO (IVF) IN PATIENTS AT LOW OVARIAN RESERVE

ZAKHARENKO I.L., SEYLOVA A.I., GRITSENKO
A.S.

Poor ovarian responders make up 9-24% of all women undergoing controlled ovarian stimulation (COS) in cycles of IVF.

STUDY OBJECTIVE – to evaluate the results of IVF in patients with low ovarian reserve in cycles with high doses of gonadotropins and antagonists of gonadotropin-releasing hormone (antGnRH).

Material and methods. The analysis of 64 cycles of IVF was carried out with the use of high doses of gonadotropins and antGnRH in women with low ovarian reserve. It were estimated reproductive results.

Results. The mean age of the examined patients was $35,73 \pm 0,56$ years. 43.75% of the women were under the age of 35 years, 56.25% – over 35. Excess body weight were 10.53% women. The mean duration of infertility was $7,10 \pm 0,73$ years. «Poor response» on COS in history was observed in 21.9% of patients. Among surveyed spouses accompanying tubal factor were recorded in 62.5% of cases; male factor – 34.4%; endometriosis – 20.3%; uterine leiomyoma – 17.2%; chronic anovulation amid ovarian wasting syndrome – 12.5%; chronic anovulation unrelated to ovarian wasting syndrome – 10.9%. The number of antral follicles were in the right ovary 3.33 ± 0.17 and in the left one – 3.26 ± 0.24 ; serum average FSH – 10.63 ± 0.50 mIU/L, AMG – 0.47 ± 0.02 ng/ml. Levels of $FSH \geq 10$ mIU/L were in 56.25% of the patients. During the COS one woman spent 2752 ± 187 IU of gonadotropins. The average number of produced oocyte was $2,47 \pm 0,13$, number of transferred embryos – $1,91 \pm 0,04$. Clinical pregnancy was achieved in 23.44% of women, 17.19% of the patients gave birth to living children.

Conclusions. Low ovarian reserve is accompanied by the poor response to the COS and is one of the most important factors, which greatly limits the success of IVF. The best reproductive outcomes in couples with low ovarian reserve during IVF with the use of high doses of gonadotropins and GnRH antagonists are recorded in the presence of concomitant male and tubal infertility factors, the worst – in the presence of concomitant chronic anovulation associated or not associated with the ovarian wasting syndrome.

Keywords: low ovarian reserve, in vitro fertilization, poor ovarian response, antagonists of gonadotropin-releasing hormone, gonadotropins, pregnancy.