

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології

**Науково-практичний журнал
заснований в 2008 р.**

1(11)/2013

ТДМУ, "Укрмедкнига"
Тернопіль – 2013

Редакційна колегія

Банадига Н.В., Бойчук А.В., Геряк С. М., Жиляєв М.І., Маланчук Л. М.,
Павлишин Г.А., Слободян Л.М., Сміян І.С., Федорців О.Є., Франчук А.Ю., Хміль С.В.

Редакційна рада

Бегош Б.М. (Тернопіль), Беш Л.В. (Львів), Вадзюк С.Н. (Тернопіль), Венцківський Б.М. (Київ),
Гнатейко О.З. (Львів), Грищенко О.В. (Харків), Добрянський Д.О. (Львів), Жук С.І. (Київ),
Коломійцева А. Г. (Київ), Корчинський Ю.С. (Львів), Лобода В.Ф. (Тернопіль),
Макарчук О.М. (Івано-Франківськ), Маляр В.А. (Ужгород), Маркін Л.Б. (Львів),
Масик О.М. (Тернопіль), Медвідь В.І. (Київ), Нагорна В.Ф. (Одеса),
Няньківський С.Л. (Львів), Подольський В.В. (Київ), Поворознюк В.В. (Київ),
Пирогова В.І. (Львів), Синицька В.О. (Тернопіль), Сорокман Г.В. (Чернівці),
Татарчук Т.Ф. (Київ), Хлібовська О.І. (Тернопіль), Юрцева А.П. (Івано-Франківськ)

Головний редактор – А. В. Бойчук

Замісник головного редактора – Л. М. Маланчук

Відповідальний секретар – Б. М. Бегош

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія КВ № 13686-2660

Передплатний індекс: 99879

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт з медицини (додаток до Постанови Президії ВАК України від 27.05.09 № 1-05/2).

Відповідальність за зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології» посилання на журнал обов'язкове.

Рекомендовано до видання Вченою радою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (протокол № 11 від 26.02.2013 р.)

Технічний редактор
Комп'ютерна верстка
Дизайн обкладинки

*Демчишин Світлана
Яскілка Зоряна, Левченко Світлана
Кушик Павло*

Підп. до друку 27.02.2013. Формат 60×84/8. Папір офсет №1. Гарнітура Pragmatica.
Друк офсет. Ум. друк. арк. 23,48. Обл.-вид. арк. 28,50. Тираж 600. Зам. № 58.

Видавець і виготівник ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА
Тел.: (0352) 43-49-56; Fax: (0352) 52-41-83
E-mail: appag@mail.ru

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», 2013.
© «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології», 2013.

Маляр В.В. КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ВОД	115	Malyar V.V. CLINICAL AND DIAGNOSTICAL CHARACTERISTIC OF THE FOCTOPLACENTAL COMPLEX OF AMNIOTIC FLUID PATHOLOGI
Мерцалова О.В., Лазуренко В.В., Горбатовська Е.В. РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ФОРМУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ ВИСОКОГО РИЗИКУ	117	Mertsalova O.V., Lazurenko V.V., Gorbатовська E.V. THE ROLE OF METABOLIC PROCESS IN PATHOGENESIS OF HIGH RISK PREGNANCY
Грищенко Н.Г. ВИБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА КОНТРОЛЮЮМОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЯИЧНИКІВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРИОЗОМ	120	Gryshchenko M.G. THE SELECTION OF OPTIMAL SUPER-OVULATION INDUCTION PROTOCOL IN WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS
Карташова М.А. МИКРОСАТЕЛЛИТНА НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА И МЕТИЛИРОВАНИЕ ГЕНА ESR КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	123	Kartashova M.A. MICROSATELITE INSTABILITY OF GENOME AND METHYLATION OF GENE ESR AS CRITERIA OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF THE ORGANS PRESERVING METHODS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH ATYPICAL ENDOMETRIAL HYPERPLASIA
Щербина І.М., Весіч Т.Л., Таравнех Д.Ш. ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ФОНОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ	126	Shcherbina I.M., Vesich T.L., Tarawneh D.Sh. EFFICIENCY OF DESTRUCTIVE METHODS OF TREATMENT BACKGROUND DISEASES OF THE CERVIX AGAINST THE BACKGROUND OF CORRECTION OF VAGINAL MICROFLORA
Жиляєв М.М. СКЛАД МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ПЛОДОВИХ ОБОЛОНКАХ ПІСЛЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ТА АНТЕНАТАЛЬНОЇ СМЕРТІ ПЛОДІВ	128	Julaev M.M. COMPOSITION OF MACRO- AND MICROELEMENTS IN FETAL MEMBRANES AFTER PREMATURE BIRTH AND ANTENATAL FETAL DEATH
Лимар Л.Є. ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ (ПМФ) НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ (ХВГ)	131	Lymar L. SOME INDICATORS OF LIPID PEROXIDATION IN WOMEN WITH MENSTRUAL DYSFUNCTION (MD) AND CHRONIC VIRUS HEPATITIS (CVH)
Бойчук А.В., Котик А.О., Франчук О.А. ОСОБЛИВОСТІ ДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ	134	Boychuk A.V., Kotuk A.O., Franchuk O.A. PECULIARITIES OF THE DENSITOMETER RESULTS OF WOMEN WITH UTERINE MYOMA
Хлібовська О.І., Курило О.Ю., Дживак В.Г. ПРЕГРАВИДАРНА ПІДГОТОВКА ЖІНОК З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	136	Khlibovska O.I., Kurylo O.Yu., Dzhyvak V.H. PREGRAVIDAR PREPARATION WOMEN WITH HERPES INFECTION
Потапов В.О., Медведєв М.В., Донська Ю.В. ПРОБЛЕМА ПОЄДНАНИХ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ МАТКИ (огляд літератури)	138	Potapov V.O., Medvedev M.V., Donska Y.V. PROBLEM AMALGAMATED HYPERPROLIFERATIVE PROCESS OF UTERUS
Щербина М.О., Мерцалова О.В., Скорбач О.І. ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК ІЗ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ	142	Sherbina N.O., Mertsalova O.V., Skorbach O.I. HEMODYNAMICS ASPECTS OF DIAGNOSIS AND THERAPY OF THE POSTHYSTERECTOMY SYNDROM
Фартушок Т.В. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ	145	Fartushok T.V. MODERN ASPECTS OF TREATMENT KANDIDOVULVOVAGINITIS
Щербина М.О., Кузьміна І.Ю., Ткачова О.В., Кузьміна О.О. ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ В КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	148	Sherbina N.A., Kuzmina I.U., Tkacheva O.V., Kuzmina O.O. EMPLOYMENT OF IMMUNOMODULATING FACTORS IN COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENERATIVE ORGANS
Лоскутова Т.О. СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ГЕННИМИ ПОЛІМОРФІЗМАМИ	151	Loskutova T.O. STATE SYSTEM OF HEMOSTASIS IN PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND GENETIC POLYMORPHISM
Зарічанська Х.В. ВМІСТ ГЛІКОПРОТЕЇНІВ ТА ВУГЛЕВОДНИХ КОМПОНЕНТІВ СЛИЗУ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК ІЗ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	155	Zarichanska H.V. CONTENTS OF GLYCOPROTEINS AND OLIGOSACCHARIDE STRUCTURES IN CERVICAL MUCUS AT THE WOMEN WITH CERVICAL INSUFFICIENCY
Молчанова О.В. ГЕНИТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРИОЗ ЯК «ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ»: ДО ПИТАННЯ СИМПТОМАТИКИ ПАТОЛОГІЇ	158	Molchanova O.V. GENITAL ENDOMETRIOSIS AS A "DISEASE OF CIVILIZATION": TO THE QUESTION OF SYMPTOMS
Онисько О.В. СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ	160	Onusyko O.V. THE STATE OF PLACENTA AND FETUS COMPLEX IN PREGNANT WOMAN WICH HAVE INSYLIN RESISTANCE

©Н.Г. Грищенко

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА КОНТРОЛИРУЕМОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ХНМУ, г. Харьков

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА КОНТРОЛИРУЕМОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ Комплексное (оперативное + а-ГнРГ) лечение эндометриоза не только не ухудшает, но в ряде случаев позволяет улучшить количественные и качественные показатели контролируемой стимуляции яичников. Введение лютеинового гормона в позднюю фолликулиновую фазу в схеме контролируемой стимуляции яичников улучшает количественные и качественные показатели эмбриологического этапа экстракорпорального оплодотворения, в частности – качество ооцитов и способности их к оплодотворению, качество эмбрионов, что приводит в дальнейшем к увеличению частоты наступления беременности при лечении эндометриоз – ассоциированного бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ КОНТРОЛЬОВАНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ГЕНИТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ Комплексне (оперативне + а-ГнРГ) лікування ендометріозу не тільки не погіршує, але в деяких випадках дозволяє поліпшити кількісні і якісні показники контрольованої стимуляції яєчників. Введення лютеїнової гормону в пізню фолікулярну фазу в схемі контрольованої стимуляції яєчників покращує кількісні та якісні показники ембріологічного етапу екстракорпорального запліднення, зокрема - якість ооцитів і здатності їх до запліднення, якість ембріонів, що приводить до збільшення частоти настання вагітності при лікуванні ендометріозу - асоційованого безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій.

THE SELECTION OF OPTIMAL SUPEROVULATION INDUCTION PROTOCOL IN WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS. The combined (surgery + GnRH-a) treatment of endometriosis provides the opportunity in number of cases to improve the quantitative and qualitative outcome of controlled ovarian stimulation. Introduction of LH in the late luteal phase of controlled ovarian stimulation protocol improves quantitative and qualitative rates of embryological IVF stage, particularly the oocytes quality and fertility, as well as embryos quality that leads to pregnancy rate (PR) increase in ART treatment of endometriosis-associated infertility cases.

Ключові слова: ендометріоз, безпліддя, допоміжні репродуктивні технології.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

Key words: endometriosis, infertility, assisted reproductive technology.

ВСТУП. Генітальний ендометріоз є однією з не рідких причин жіночого безпліддя. При цьому, патогенез порушення репродуктивної функції не досить зрозумілий. Є дані про порушення у цієї групи пацієнтів функції системи гіпоталамус - гіпофіз - яєчники [2]. При цьому відзначаються зміни ритму і рівня секреції гонадотропінів та стероїдних гормонів, що може бути одним з механізмів порушення репродуктивної функції. Особлива увага при ендометріозі приділяється негативному впливу на фертильність, зв'язаному з розладами фолікулогенезу і, як наслідок, зниженням якості ооцитів, а отже зниженням здатності ооцитів до запліднення та погіршенням якості ембріонів. Так при III - IV стадіях ендометріозу виявляють підвищення концентрації гонадотропних гормонів і зниження стероїдогенної активності яєчників [1]. Є вірогідним, що виявлені зміни відображають порушення функціонального стану системи гіпоталамус - гіпофіз з одного боку, і зниженні резервних можливостей яєчників (як у відношенні відповіді на гонадотропну стимуляцію, так і у відношенні формування повноцінного жовтого тіла) з іншого, що диктує необхідність особливо ретельного підбору схеми контрольованої стимуляції яєчників (КСЯ). Згідно з результатами ряду досліджень для всіх груп пацієнтів з безпліддям, обумовленим ендометріозом, більш ефективними вважаються протоколи КСЯ з попередньою десенситизацією гіпофізу препаратами агоністів

гонадотропін рилізінг гормону (а-ГнРГ) [2]. Також в літературі тривають дискусії щодо доцільності лікування ендометріозу при безплідді перед використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Існує думка, що оперативне лікування знижує оваріальний резерв і погіршує прогноз лікування безпліддя, а сам ендометріоз, в т.ч., ендометріоми яєчників, не погіршують результатів екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). З іншого боку, відомо, що ендометріоз сам по собі є часто єдиною причиною порушення репродуктивної функції при збереженій овуляторної функції яєчників і прохідних маткових трубах.

Метою цього дослідження була оцінка відновлення фертильності у жінок з генітальним ендометріозом при лікуванні методом ЕКЗ в залежності від схеми КСЯ і попереднього лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Було проведено 105 циклів КСЯ з попередньою блокадою гіпофіза препаратами а-ГнРГ («довгий» лютеїновий протокол), з них 30 циклів у пацієток, у яких в анамнезі було двох етапне комбіноване лікування (оперативне видалення вогнищ ендометріозу з подальшим призначенням а-ГнРГ-депо протягом 3 циклів) - 1 група, 2 група - 35 циклів у пацієток з ендометріомою яєчника (діаметр ендометріоми не перевищував 20 мм) і 40 циклів у пацієток, в анамнезі у яких було двох етапне комбіноване лікування, аналогічне 1 групі, але з модифікованою схемою КСЯ - 3 група. У пацієток всіх груп

стимуляція суперовуляції проводилася рекомбінантним фолікулостимулюючим гормоном (ФСГ) з 4-го дня менструального циклу. У пацієток 2 і 3 груп в пізню фолікулярну фазу при розмірах фолікулів 15-16 мм додатково призначали 75 МО рекомбінантного лютеїнізуючого гормону (ЛГ). Враховуючи зниження активності процесів фолікуло- і онтогенезу у жінок з поширеними формами ендометріозу, у ряді випадків у період стимуляції використовували половинну дозу щоденної форми а-ГнРГ.

Були використані загальні клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження в рамках, визначених алгоритмом обстеження хворих з безпліддям (Наказ №582 від 15.12.2003 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», розділ «Тактика ведення жінок з безпліддям») та інструкцією по застосуванню допоміжних репродуктивних технологій (Наказ №711 від 23.12.2008р. «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій»).

Інкубацію ооцитів, зигот і ембріонів проводили в секвенційних комерційних середовищах Cook (William A. Cook Australia Pty. Ltd) під мінеральним маслом в CO₂-інкубаторі (Heracell 150i, "Thermo Scientific") при температурі 37 ° C і 5% вмісті CO₂.

Контроль запліднення здійснювали через 18 годин після інсемінації ооцитів. При виявленні чоловічого та жіночого пронуклеусів зиготи переносили у свіже середовище. Темпи дроблення і якість ембріонів контролювали через 48-96 годин після отримання ооцитів.

Морфологічну оцінку ембріонів проводили за шкалою, запропонованою Erenus [12]:

Grade 1 вважали ембріони без будь-яких ознак фрагментації, які мають чіткі, рівні, сферичні бластомери;

Grade 2 - ембріони з незначною фрагментацією цитоплазми і нерівномірним розвитком бластомерів (до 25%);

Grade 3 - ембріони з фрагментацією бластомерів більше ніж 25%. У таких ембріонах відзначали наявність вакуолей, ознаки дегенерації та невідповідність розмірів бластомерів термінами культивування.

Ембріотрансфер виконували на 2 - 5 добу в залежності від кількості, морфологічних характеристик

і темпів розвитку ембріонів. Для переносу ембріонів в порожнину матки використовували катетери Wallace (Classic Embryo Replacement Catheter, Smiths Medical International, UK). У всіх групах жінок з генітальним ендометріозом середня кількість перенесених ембріонів була рівною і становила 2,3 на перенос.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Сумарна доза ФСГ, кількість днів стимуляції і загальна кількість ооцитів на пункцію в групах достовірно не відрізнялися, що свідчить про відсутність негативного впливу попереднього комбінованого лікування ендометріозу на оваріальний резерв, і, як наслідок, на результати КСЯ і ЕКЗ (табл. 1.).

Найнижча кількість фолікулів і найбільша кількість ооцитів з ознаками дегенерації була отримана у жінок з ендометріозами яєчників, яким раніше лікування не проводилося (група 2). У цій групі у двох жінок лікування було припинено через відсутність фолікулярного росту у відповідь на проведену стимуляцію ФСГ. Слід відзначити, що результати лікування, тобто, настання вагітності в результаті ЗІВ, в 2 групі були найгірші – частота настання вагітності складала 26,7%

У пацієток 1 групи, у яких в анамнезі було двох етапне комбіноване лікування (оперативна лапароскопія та подальші 3 цикли а-ГнРГ-депо), відзначалося зменшення частки ооцитів з ознаками дегенерації, завдяки чому було отримано більшу кількість ооцитів з нормальною морфологією що, у наслідку, призвело до збільшення частоти запліднення, якості ембріонів і частоти настання вагітності. Ця тенденція підсилювалася в групі з комбінованим лікуванням та використанням в циклах стимуляції ЛГ (3 група).

Слід зазначити, що оперативне лікування ендометріом яєчників в 1 та 3 групах було здійснене на базі ендоскопічного відділення клініки ДРТ з використанням значних методів без вилушування ендометрію. Для знищення ендометріюїдних гетеротопій в зонах яєчників використовували мінімальні енергії з виключно біполярною коагуляцією. Отримані результати свідчать про те, що менш радикальний, але більш дбайливий хірургічний похід дозволяє зберегти оваріальний резерв та уникнути негативного впливу ендометріюїдних гетеротопій на ооциту, що зростають в яєчнику в процесі КСЯ. Цей факт підтверджує відсутність суттєвого збільшення курсової дози гонадотропінів, яка потрібна для КСЯ в 1 групі хворих, та відсутністю достовірного збільшення тривалості сти-

Таблиця 1. **Результати КСЯ та ЕКЗ у жінок з генітальним ендометріозом в виділених клінічних групах**

Показники	Двох етапне комбіноване лікування 1 група (n=30)	Ендометріома яєчника без лікування 2 група (n=35)	Двох етапне комбіноване лікування з використанням ЛГ при КСЯ 3 група (n=40)
Доза ФСГ на цикл КСЯ (МО)	2050±320	1832±330	1920±327
Кількість днів стимуляції	10,7±1,2	8,8±1,1	8,7±1,3
Загальна кількість ооцитів на пацієнтку	8,6±1,2	6,5±1,1	8,6±1,3
Кількість ооцитів з ознаками дегенерації	1,4±0,1*	3,5±0,4	0,9±0,1*
Частота запліднення ооцитів, %	81±13,6*	64±11,6	90±9,5*
Доля ембріонів відмінної морфології, %	71±10,1*	55±12,1	81±10,1*
Частота настання вагітності	45,2%	26,7%	48,5%

* - p<0,05 при порівнянні з 2-ю групою

муляції. В 1 групі також була отримана достатня кількість ооцитів, навіть, більша, ніж у 2 групі, де не було хірургічного лікування ендометріоми.

Але при використанні м'якого хірургічного підходу слід чітко регламентувати період між завершенням лікування аГнРГ та началом лікування методами ДРТ в зв'язку з можливим ризиком рецидиву ендометріозу завдяки недостатньої радикальності лікування. Це питання потребує подальшого вивчення.

Відомо, що в основі розвитку фолікула в яєчнику і овуляції лежить складна взаємодія між секрецією ФСГ і ЛГ передньою долею гіпофіза, гормональної зворотним зв'язком у вигляді продукції яєчниками естрогенів, інгібіну, актиїну і дією інших ендокринних, паракринних і аутокринних факторів. Фолікулогенез у людини в нормі призводить до повного дозрівання яйцеклітини кожен цикл шляхом селекції з групи фолікулів одного домінантного і регресу решти фолікулів в когорті. Підвищення рівня ФСГ перед менструацією, якою закінчується попередній цикл, викликає перехід групи фолікулів в фазу швидкого зростання.

Результатом зниження рівня ФСГ в період спонтанної менструації є відбір одного антрального фолікула, який стає домінантним і досягає повного дозрівання і овуляції. Раніше було встановлено, що хоча для адекватного дозрівання фолікула при КСЯ достатньо присутності ФСГ, присутність ЛГ значно прискорює цей процес і необхідна для нормального синтезу стероїдних гормонів в природному циклі [5]. У преовуляторний період у відповідь на викид ЛГ в фолікулярної рідини домінантного фолікула різко зростає вміст прогестерону внаслідок лютеїнізації клітин гранульози, зростає активність протеолітичних ферментів, що забезпечують деструктивні зміни в тканинах фолікула, овуляцію і утворення жовтого тіла. Крім того ЛГ забезпечує синтез стероїдів і адекватне зростання ендометрію, відповідне стадії фолікулярного розвитку [4].

За даними деяких авторів, у великій групі пацієнток старше 35 років з недостатнім «запасом» фолікулів і базальним рівнем ЛГ і ФСГ на верхніх межах норми, застосування чистого ФСГ не давало задовільних результатів [3]. Використання рекомбінантного ФСГ призводило лише до збільшення числа дрібних фолікулів без їх росту і лише застосування в схемі препаратів сечових гонадотропінів (лМГ), що містять ЛГ, в корені міняло ситуацію [3]. Можна припустити, що додаткове введення ЛГ позитивно впли-

ває на внутріорганну регуляцію росту фолікулів та якість ооцитів і у пацієнток, які страждають на генітальний ендометріоз.

ВИСНОВКИ. Таким чином, можна зробити висновок про те, що ефективність реалізації програм ЕКЗ у жінок з генітальним ендометріозом залежить як від повноцінності проведення попередніх етапів лікування, так і від вибору методу КСЯ при ЕКЗ. Дбайливе органозберігаюче оперативне лікування не призводить до істотного зниження оваріального резерву. У комбінації з адекватної медикаментозної терапією і при використанні схеми КСЯ з введенням ЛГ у пізню лютеїнову фазу воно покращує результати відновлення репродуктивної функції пацієнток з генітальним ендометріозом.

Введення ЛГ у пізню фолікулярну фазу в схемі КСЯ покращує кількісні та якісні показники ембріологічного етапу ЕКЗ, зокрема - якість ооцитів і здатності їх до запліднення, якість ембріонів, що приводить надалі до збільшення частоти настання вагітності при лікуванні ендометріоз - асоційованої безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Механізм позитивного впливу додавання ЛГ до протоколів КСЯ не є достатньо вивченим. Потрібно проведення додаткових досліджень для встановлення оптимальних схем його використання в протоколах стимуляції. Активні дискусії в літературі присвячені можливому призначенню рекомбінантного ЛГ в ранню фолікулярну фазу.

Слід провести порівняння дії препаратів ЛГ при використанні антагоністів ГнРГ, та інших схем з аГнРГ. Не є досить зрозумілим, як буде відрізнитися дія рекомбінантного ЛГ та урінарного ЛГ, який входить до складу урінарних препаратів, що потребує подальшого вивчення.

Визиває значний інтерес перспектива вивчення тривалості ремісії при різних хірургічних тактиках лікування ендометріом, та їх віддалені наслідки в вигляді можливого рецидиву, відновлення природної фертильності, збереження оваріального резерву, вірогідність спонтанної вагітності в різні післяопераційні періоди, що дозволить запропонувати протокол етапного відновлення фертильності у цієї когорти хворих.

Перспективним здається вивчення результатів ДРТ у хворих з різною тактикою лікування ендометріозу в разі настання вагітності, можливий вплив основного патологічного процесу на течію індукованої вагітності, частоту втрати вагітності та перинатальні наслідки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Маргиани ФА., Назаренко ТА. и др. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов // Акуш. и гин. - 2001 - №3. - С.33-39.
2. Киндарова Л.Б. Оптимизация программы экстракорпорального оплодотворения у женщин с наружным генитальным эндометриозом 1-2 степени распространения: Дис. канд. мед. наук. - М., 2001. - 156 с.

3. Козлова А.Ю. Особенности фолликулогенеза при различных схемах стимуляции суперовуляции с помощью обычного ЧМГ и рекомбинантного ФСГ у пациенток программы ЭКО и ПЭ. Дис...канд. мед. наук. - М., 2000.
4. Кулаков В.И., Леонов В.В., Кузмичева Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. - М.: МИА, 2005. - 347с.
5. Чен П.Т., Гоулдстайн М., Роузенвэкс З. Секреты репродуктивной медицины. - М.: Медпресс-информ, 2006. - 245с.

Отримано 02.02.13