



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

ВИПУСК 2 (36) 2015

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

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

Випуск 2 (36) 2015

Київ
ТОВ “Видавництво “ЮСТОН”
2015

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

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

- Головний редактор** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «ААГУ», Віце-президент НАМН України, ректор Одеського національного медичного університету.
- Відповідальний науковий редактор** – 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 ім.П.Л.Шупика.
- Виконавчий редактор** – Борис О.М., д.мед.н., професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика.
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.техн.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО ім.П.Л.Шупика.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- Геряк С.М.** – д.мед.н., завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Тернопільського державного медичного університету ім.Горбачевського;
- Голяновський О.В.** – д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Горovenko Н.Г.** – чл.-кор., д.мед. н., професор, завідувач кафедри медичної та лабораторної генетики НМАПО ім. П.Л.Шупика;
- Дубініна В.Г.** – д.мед.н., професор, проректор Одеського національного медичного університету з лікувальної роботи та післядипломної освіти, завідувач кафедри онкології;
- Дубоссарська З.М.** – д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
- Жук С.І.** – д.мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л.Шупика
- Нагорний О.Є.** – д.мед.н., старший науковий співробітник відділу сексопатології та андрології Інституту урології НАМН України;
- Носенко О.М.** – д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького;
- Рожковська Н.М.** – д.мед.н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету;
- Шатилевич К.Л.** – д.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

РЕКОМЕНДОВАНО: Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 7 від 09.09.15

ТЕЗИ (матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання охорони материнства та дитинства в Україні», 24-25 вересня, м.Київ)	
ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТА ПОРУШЕННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ <i>БОЙЧУК О.Г.</i>	271
СОСТОЯНИЕ ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИХ ФУНКЦИЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ <i>ГАНЧЕВА Е.В., ГОРБАЧ Т.В.</i>	271
СТАНДАРТИЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ <i>ЗАПОРОЖАН В.М., ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОЖАКОВ В.Л., ВОЛЯНСЬКА А.Г.</i>	272
ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ <i>КАМІНСЬКИЙ В.В., АНОШИНА Т.М.</i>	273
ОЦІНКА АКТИВНОСТІ ПРОЦЕСІВ АНГІОГЕНЕЗА І АПОПТОЗА У ВАГІТНИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ПРЕЕКЛАМПСІЇ <i>КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В., ЯРОЦЬКА Ю.О.</i>	274
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ АНОМАЛІЯХ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ <i>КУЗЬМІНА І.Ю.</i>	274
ПІДГОТОВКА ДО ПОЛОГІВ ВАГІТНИХ З РИЗИКОМ РОЗВИТКУ АНОМАЛІЙ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАТКИ <i>КУЗЬМІНА О.О.</i>	275
ФАКТОРИ РИЗИКУ ІНТРАНАТАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ НЕДОНОШЕНОГО ПЛОДА <i>МАРКІН Л.Б., ГИЧКА Н.М.</i>	275
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ <i>ПОТАПОВА Л.В., БОРОДАЙ І.С., СКОРБАЧ О.І., ДИННІК О.О.</i>	276
АБДОМІНАЛЬНЕ РОЗРОДЖЕННЯ У СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ <i>ТАРАСЮК О.К.</i>	276
ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ <i>ХМІЛЬ С. В., ХМІЛЬ М. С., МИКУЛА Р.П.</i>	277
АД'ЮВАНТНА МЕЛАТОНІН-ГОРМОНОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПОКРАЩЕННЯ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У «ПОГАНИХ ВІДПОВІДАЧІВ» В ЦИКЛАХ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ <i>ЩЕРБИНА М.О., ГРАДІЛЬ О.Г.</i>	277
ЦИТОКІНОВИЙ ДИСБАЛАНС У ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ <i>ЩЕРБИНА М.О., СКОРБАЧ О.І.</i>	278
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ <i>ЩЕРБИНА І.М., ДИННІК О.О., БОРОДАЙ І.С.</i>	279
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ	281

випадках показом до КР були також екстракорпоральне запліднення з перетинкою у матці та рак шийки матки *in situ*. Нами встановлено, що у 51% прооперованих жінок мав місце обтяжений акушерський анамнез, стільки ж були з обтяженим соматичним анамнезом і лише 24,5% мали гінекологічну патологію. Серед екстрагенітальної патології частіше виявлялися анемія та ожиріння (по 10,2%), спайкова хвороба – 8,2%, ВСД – 6,1%. З боку плодів та новонароджених, крім дистресу відмічалися також ЗВУР – 10,2%, асфіксія – 12,2%, обвиття пуповиною – 22,5%. Вагою до 2,5 кг при КР народилося 20,4% дітей, вагу більше 4 кг мали 14,3%.

Згідно діючого Протоколу МОЗ України, техніка проведення операції включала доступ по Joel Cohen, що зменшило ускладнення післяопераційного періоду ($p < 0,05$). Перевага надавалася регіональній (спинно-мозковій) анестезії.

В 2014 р. у ВМКПБ № 1 після попереднього КР природним шляхом вдало народили 6 жінок, без ускладнень у післяпологовому періоді.

Висновки

Враховуючи вище перераховані данні, можна провести відбір кандидатів для спроби вагінальних пологів після КР, керуючись проти-показами та факторами, що впливають на успішність таких пологів. Бажано ці пологи проводити у перинатальному центрі.

УДК 615.2/3.001.26:616.11-002.191-06:618.111-007.1-085.357

ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

ХМІЛЬ С. В., ХМІЛЬ М. С., МИКУЛА Р. П.

Тернопільський державний медичний
університет ім. І. Я. Горбачевського, Кафедра
акушерства та гінекології № 1, м. Тернопіль

Медичний центр «Клініка професора С. Хміля»

Синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) є ускладненням, що найчастіше зустрічається при проведенні протоколу стимуляції суперовуляції, його профілактика є одним із ключових питань програм допоміжних репродуктивних технологій. До групи ризику належать пацієнтки із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ). Використання коротких протоколів з антагоністами ГнРГ та тригером - агоністом ГнРГ дає можливість уникнути синдрому гіперстимуляції, а вітрифікація ембріонів та ембріотрансфер у кріоциклі підвищують шанси настання вагітності. Відомо, що якість яйцеклітин у пацієнток із СПКЯ при використанні тригера овуляції - агоніста ГнРГ, у порівнянні з хоріонічним гонадотропіном, є суттєво нижчою, знижується частота

запліднення, дроблення, кількості бластоцист та відповідно настання вагітності. З метою покращення якості яйцеклітин та, відповідно, ембріонів, ми використовували інозитол (Vit. B8).

Нами було проведено клініко-лабораторне обстеження 46 жінок віком 25-38 років із СПКЯ, які отримували гонадотропіни у поєднанні з антагоністом та тригером - агоністом.

Пацієнтки були розділені на 2 групи, у першій (22 жінки) - отримували фолієву кислоту 400 мг на добу протягом 2-3 місяців, а в другій групі додатково призначали інозитол (Vit. B₈) 2000 мг щоденно протягом 2-3 місяців до початку протоколу стимуляції овуляції гонадотропінами. Оцінку ефективності якості лікування проводили за такими показниками: коефіцієнт пунктованих фолікулів без промивання до числа отриманих ооцитів в першій групі – 0,55 %, а в другій – 0,60%. Сумарний коефіцієнт ефективності отримання ооцитів, включаючи ооцити після промивання фолікулів, у першій групі – 0,68 %, а в другій групі – 0,73 %. Ступінь зрілості ооцитів: у 1-ій групі незрілих яйцеклітин – 25 %, у 2-ій – 22 %. Частота запліднення у 1-ій групі – 70,2 %, у 2-ій – 74,5 %; частота дроблення ембріонів у 1-ій групі – 68 %, а в 2-ій групі – 72,5 %, вихід бластоцист у 1-ій групі – 39,2 %, а в 2-ій – 43,3 %. У всіх пацієнток синдром гіперстимуляції яєчників не спостерігався, а вітрифікацію ембріонів проводили на п'ятий день культивування.

Жінкам із СПКЯ, які належать до групи ризику розвитку СГЯ, рекомендуємо проводити протокол стимуляції овуляції з антагоністами ГнРГ та тригером - агоністом ГнРГ з подальшою вітрифікацією ембріонів. Це дає можливість уникнути синдрому гіперстимуляції яєчників. Для підвищення якості яйцеклітин рекомендуємо інозитол (Vit. B₈).

УДК 618.177.-089.888.11-085.357-037.71:577.175.349

АД'ЮВАНТНА МЕЛАТОНІН- ГОРМОНОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПОКРАЩЕННЯ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У «ПОГАНИХ ВІДПОВІДАЧІВ» В ЦИКЛАХ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

ЩЕРБИНА М. О., ГРАДІЛЬ О. Г.

Харківський національний медичний
університет, кафедра акушерства та гінекології
№1, м. Харків

Основним і невід'ємним етапом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є контрольована оваріальна стимуляція (КОС). Проблема низької оваріальної відповіді (менше 4 ооцитів) у «поганих відповідачів», спонукає до пошуку нових методів КОС та модифікації існуючих протоколів стимуляції. Ад'ювантна мелатонін-гормонотера-

ція (АМГТ) має здатність пригнічувати активність окисного стресу під час ЕКЗ.

В дослідженні прийняло участь 96 жінок репродуктивного віку. І групу склали 33 жінки з безпліддям трубно-перитонеального генезу, яким проведено стандартний протокол КОС. ІІ групу склали 33 жінки з безпліддям трубно-перитонеального генезу, яким проведено модифікований протокол КОС з АМГТ. Контрольну групу (КГ) склали 30 здорових жінок, що звернулися з метою донорства яйцеклітини. З метою зниження шкідливого впливу окислювального стресу на зріючу яйцеклітину, пацієнтки групи отримували АМГТ: мелатонін 3мг перорально перед сном 4 тижні.

Пацієнтки були обстежені згідно стандартного протоколу, також визначались рівні мелатоніну (МЛТ) та 8-ізопростану в сироватці крові та фолікулярній рідині (ФР). Середні рівні МЛТ сироватки крові в І і ІІ групі склали $20,94 \pm 4,42$ пг/мл та $24,78 \pm 4,75$ пг/мл відповідно, порівняно з КГ $37,05 \pm 3,32$ пг/мл, $p < 0,001$. Середні рівні МЛТ у ФР в І і ІІ групі склали $28,92 \pm 8,14$ пг/мл та $33,66 \pm 9,66$ пг/мл відповідно, порівняно з КГ $66,29 \pm 6,12$ пг/мл, $p < 0,001$. Кількість отриманих яйцеклітин в І групі ($2,0 \pm 3,01$) була в 2,3 рази нижча, ніж у пацієнток ІІ групи, які отримували АМГТ ($4,81 \pm 3,4$), і в 4,5 рази нижча за КГ ($17,48 \pm 7,43$), $p < 0,001$.

АМГТ дозволяє покращити оваріальну відповідь у «поганих відповідачів» в циклах ЕКЗ. 8-ізопростан вірогідний маркер окисного стресу.

УДК 618.14-065.87: 612.017.1

ЦИТОКІНОВИЙ ДИСБАЛАНС У ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТOMІЇ

ЩЕРБИНА М.О., СКОРБАЧ О.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків

Проблема хірургічної менопаузи, яка обумовлена видаленням яєчників і/або матки, залишається актуальною протягом кількох десятиліть. Неабиякий інтерес становлять дослідження, що вивчають стан здоров'я і якість життя жінок, які перенесли гістеректомію (ГЕ) із залишком одного або обох яєчників. У 60–80% хворих розвивається постгістеректомічний синдром (ПГС), який проявляється у вигляді вегето-судинних, психоемоційних та обмінно-ендокринних порушень. Зміни в яєчниках, що відбуваються після операції, призводять до зниження вироблення ними статевих гормонів, що у свою чергу впливає на регуляцію імунологічних реакцій.

Отже метою цього дослідження було виявлення імунологічних розладів у жінок з лейоміомою матки після ГЕ із залишком обох яєчників.

Матеріал і методи дослідження

До дослідження увійшло 55 жінок у віці 40-51 років. До І групи (основна) залучено 30 жінок, яким було проведено ГЕ із залишком обох яєчників. До ІІ групи (контрольна) увійшли 35 здорових жінок.

Дослідження гормонального статусу здійснювали шляхом визначення в сироватці крові концентрації гонадотропних і статевих гормонів методом імуоферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія).

Визначення вмісту ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-10, ФНП- α , ІНФ- γ в периферійній крові проводили із застосуванням твердофазного імуоферментного аналізу за допомогою комерційних тест-систем виробництва ТОО «Протеїновий контур» (СПб, Росія). Для визначення Fas-L використовували набір реактивів фірми «MedSystems» (Австрія).

Результати дослідження та їх обговорення

При дослідженні гормонального статусу в жінок І групи спостерігалось достовірне підвищення рівня гонадотропних гормонів проти зниження рівня вмісту статевих стероїдних гормонів, порівняно з величиною цього показника в жінок ІІ групи ($p < 0,05$).

Вивчення цитокінового статусу у всіх жінок після ГЕ спостерігалось підвищення майже у 2 рази вмісту ІЛ-1 β , ІЛ-6 та зниження у 1,4 раза ІЛ-4, ІЛ-10 порівняно з ІІ групою контролю ($p < 0,05$). Але більш суттєві зміни в концентраціях цитокінів у динаміці спостерігалися при визначенні ФНП- α , ІНФ- γ та Fas-L. Концентрація ФНП- α у жінок І групи була збільшена майже в 4 рази порівняно з жінками ІІ групи (з $0,81 \pm 0,09$ пг/мл до $3,01 \pm 0,13$ пг/мл, $p < 0,05$). Концентрація ІНФ- γ в сироватці крові пацієнток І групи збільшилася майже в 3,5 рази порівняно з показниками ІІ групи (з $8,8 \pm 0,07$ пг/мл до $2,8 \pm 0,09$ пг/мл, $p < 0,05$). Було відзначено збільшення Fas-L у жінок І групи в 4 рази, порівняно з І гр. (з $0,12 \pm 0,03$ до $0,49 \pm 0,03$ пг/мл., $p < 0,05$).

Висновки

Таким чином, аналізуючи всі ці порушення, можна зробити висновок, що перебіг ПГС, який проявляється естрогендіфіцитним станом, може впливати на імунну систему жінки та призводити до значних імунологічних порушень, а саме: підвищення концентрації ІНФ- γ , що спричиняє підвищення інших цитокінів – ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6, а також маркера апоптозу Fas-L.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації:
серія КВ № 21036 – 10836 ПР від 14.11.2014

Замовник:

Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Адреса редакції: 04210 м. Київ, пр. Героїв Сталінграда 16

Телефон: (044)411-92-33, +38 050 389 55 20,

E-mail: assistant@aagu.com.ua,

сайт: www.aagu.com.ua/publisher.php

«Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» приймає до публікації закінчені оригінальні статті, що висвітлюють власну точку зору та огляди літератури в галузі акушерства і гінекології та суміжних дисциплін. В редакції здійснюється відбір, спецредагування та літературне редагування статей. Рішення про можливість публікації статті приймається лише після її рецензування редакційною колегією.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей в публікаціях несуть автори. Відповідальність за зміст реклами та її відповідність вимогам законодавства несуть рекламодавці. Редакція і видавці не несуть відповідальності за достовірність інформації, опублікованої в рекламних матеріалах.

Висловлені у надрукованих статтях думки можуть не збігатися з поглядом редакційної колегії.

Передрук матеріалів можливий тільки з письмового дозволу редакції. При передруці посилання на «Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» обов'язкове.

Підписано до друку 09.10.2015. Формат 60×84 1/8
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Умов. друк. арк. 33,0. Обл. вид. арк. 35,5.
Тираж 1000 прим. Замовлення № 091015

ТОВ «Видавництво «ЮСТОН»
01034, м. Київ, вул. О. Гончара, 36-а
т: 044-360-2266
www.yuston.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія дк № 497 від 09.09.2015 р.