



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан
Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський
Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис
Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. А.В. Бойчук
Проф. С.Р. Галіч
Проф. С.М. Геряк
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. Ю.О. Дубосарська
Проф. Н.М. Рожковська

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ВОЛЯНСКАЯ А. Г., МАРИЧЕРЕДА В. Г., ЛУНЬКО Т. А., КОЛОМИЕЦ Л. А.....	53
РОЛЬ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ПАТОГЕНЕЗІ СИНДРОМУ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ ВОРОНЕНКО Н.Ю., ІСЛАМОВА Г.О., ГАНЖИЙ І.Ю.	56
ПРИМЕНЕНИЕ СТИМУЛЯТОРОВ ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗАВ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ГАЙВОРОНСКАЯ С.И., ТАНЬКО О.П., ПАРАЩУК В.Ю.	61
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ САУНОТЕРАПИИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕМАТОМЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ГАЙДАЙ Н.В.	62
РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЇДНОЮ ХВОРОБОЮ ТА РИЗИКИ ІНТРАПАРТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГАЛИЧ С.Р., КАЛАНЖОВА О.М., ЧУЄВА Т.П.	63
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНЬЮ БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ГЕЙНЦ Н.Е., ГЕЙНЦ Э.А.....	68
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОСТУ ПЛОДА НА ФОНІ НИРКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ГЕРЯК С.М., КУЗІВ І. Я., СТЕЛЬМАХ О.Є., КОРДА І.В., ПЕТРЕНКО Н.В.	70
АНАЛІЗ ЕКСПРЕСІЇ ПРОТООНКОГЕНУ STAT3 У ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ ГЛАДЧУК В.І., БУБНОВ В.В.,МАРІЧЕРЕДА В.Г.....	73
АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У РОДИЛЬНИЦ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ЯИЧНИКАХ В АНАМНЕЗЕ ГОВОРУХА И.Т., АКИМОВА И.К., ДЕМИНА Д.В.	77
ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА НОРМАЛІЗАЦІЯ ОКИСЛЮВАЛЬНО-ВІДНОВНИХ ПРОЦЕСІВ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ГОВОРУХА І.Т.	80
СОХРАНЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКУЮ НЕОПЛАЗИЮ ГОРДИЕНКО Е. В., КОРНИЕЦ Н. Г., ГУПТА АКРУТИ, БРИКМАН Е. Ю.....	83
РЕПРОДУКТИВНІ ВТРАТИ, ЩО СПЕЦИФІЧНІ ДЛЯ ВАГІТНОСТІ ДВІЙНЕЮ ГОРДІЄНКО І.Ю., ГРЕБІНІЧЕНКО Г.О., ТАРАПУРОВА О.М., СКРИПЧЕНКО Н.Я., НОСКО А.О.....	85
СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА КАК МАРКЕР ОВАРИАЛЬНОГО ОТВЕТА В ЦИКЛАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ГРАДИЛЬ О.Г.	88
ГОРМОНАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ У ЖІНОК З ВИПАДІННЯМ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ ГРИГОРЕНКО А.П., ШИМАНСЬКА-ГОРБАТЮК О.Г., ШАТКОВСЬКА Н.С., ГАРБУЗЮК В.В.....	93
СИСТЕМИ АТЕСТАЦІЇ ТА ОБЛІКУ КОЛЬПОСКОПІЧНИХ МАРКЕРІВ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКУ ШИЙКИ МАТКИ ГРОМОВА А. М., КРУТІКОВА Е. І.	97
ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ БАТЬКА ВІТЧИЗНЯНОГО АКУШЕРСТВА НЕСТОРА МАКСИМОВИЧА МАКСИМОВИЧА-АМБОДИКА ГРОМОВА А.М., ШКОДЕНКО Г.І., ЯРУТА С.Л.....	99
ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРШОГО ЦИКЛУ IVF ГЮЛЬМАМЕДОВА І.Д.....	102
ПЕРЕБІГ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ДИНДАР О.А., БЕНЮК В.О., СІКАЧОВА І.С., БЕНЮК С.В.....	105
ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС ПОРОДІЛЬ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ДЕМЕНІНА Н.К., МІЛЄВСЬКИЙ О.В., ІЩЕНКО Г.І.....	110
СТАН ІМУНІТЕТУ ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ ДЕМЕНІНА Н. К., ІЩЕНКО Г. І., БАДЗЮК Н. П.	112

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В.* Перинатальні наслідки багатоплідності // Одеський медичний журнал. – 2005. - № 2(88). – С. 56-60.
2. *Гордієнко І.Ю., Гребініченко Г.О., Тарапурова О.М., Носко А.О.* Рідкісна вроджена патологія плода, що специфічна для монохоріальної моноамніотичної двійні // Клінічна генетика і перинатальна діагностика. - №1. - 2012. - с.93-97.
3. *Топчій М.Є.* Профілактика невиношування і недоношування багато-плідної вагітності: Автореф. дис. канд. мед. наук. – К., 2009. – 19 с.
4. *Baxi L.V., Walsh C.A.* Monoamniotic twins in contemporary practice: a single-center study of perinatal outcomes // *J. Matern Fetal Neonatal Med.* – 2009. – Vol. 27. – P. 1–5.
5. *Glinianaia S.V.* Stillbirth and neonatal mortality in monochorionic and dichorionic twins: a population-based study. / *SV Glinianaia, M.A. Obeysekera, S. Sturgiss et al.* // *Hum Reprod.* – 2011. – V. 26(9). – P 2549-57.
6. *Gordienko I., Grebinichenko G., Nosko A., Nikitchina T., Velichko A.* Prenatal examination of twin pregnancies in 114 patients of high risk group (including IVF) // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine (Book of Abstracts, 1st World Congress Twin Pregnancy).* – Vol.22. - Suppl.1. – 2009. - p.49.
7. *Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation, and Perinatal Outcome, I. Blickstein, L. G. Keith / Informa Healthcare; 2 ed. – 2005. - 976 p.*
8. *Simonazzi G.* Accurate neurosonographic prediction of brain injury in the surviving fetus after the death of a monochorionic cotwin / *G. Simonazzi, M. Segata, T. Ghi et al.* // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* – 2006. – V. 27(5). – P 517–521.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА КАК МАРКЕР ОВАРИАЛЬНОГО ОТВЕТА В ЦИКЛАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

ГРАДИЛЬ О.Г.

г. Харьков

Наиболее эффективным методом вспомогательных репродуктивных технологий признано экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), но, несмотря на достаточно широкое использование этого метода, частота получения высококачественных результатов еще далека от совершенства [3,12]. Основным и неотъемлемым этапом ЭКО является контролируемая овариальная стимуляция (КОС). Этот период можно охарактеризовать как основной и наиболее ответственный, так как с целью формирования фолликулярного пула, стимуляции развития фолликулярной когорты и получения максимального количества ооцитов проводится медикаментозное воздействие на фолликулярный аппарат.

В результате проведения терапии гонадотропинами возможны два варианта негативных последствий: синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) и слабый ответ яичников (СОЯ) [4,14]. Оба осложнения связаны с влиянием гонадотропинов на фолликулярный аппарат яичников. Частота прекращения цикла, где причиной является СОЯ, составляет от 11 до 24%, а при повторных циклах потери составляют более 45%. В случае достижения этапа эмбриотрансфера, частота беременности колеблется от 3 до 16% и иногда достигает 21% [5,14]. Данные обзора литературы по прогнозу овариального ответа свидетельствуют, что предлагаемые сегодня скрининговые тесты не имеют специфичности [1,3,11]. Очевидно, что идеальным тестом является ответ яичников при терапии гонадотропинами, а СОЯ

- это неспособность тканей яичника соответственно реагировать на любое стимулирование, независимо от мощности индукции [13].

Этиология СОЯ досконально не изучена [14]. Считается, что основным физиологическим субстратом этого феномена является уменьшение яичникового резерва [15]. Известными факторами, которые негативно влияют на яичниковый резерв, являются поздний репродуктивный возраст женщины и оперативные вмешательства на яичниках и маточных трубах [6,9]. Исследования показывают, что определенную роль в формировании СОЯ могут играть перенесенные гинекологические заболевания, такие как хронический аднексит, спаечная болезнь органов малого таза, эндометриоз [7,8].

В литературе отдельные сообщения о методах определения овариального резерва появились в конце 80-х годов и с тех пор являются предметом многочисленных научных обсуждений. Работы 90-х годов значительно расширили представления о репродуктивной функции женщины и позволили заговорить об индивидуальном биологическом возрасте яичников (овариальном резерве) [2]. Овариальный резерв - показатель, отражающий величину фолликулярного пула яичников и качество содержащихся в них ооцитов, снижающийся с возрастом и определяющий состояние репродуктивной функции женщины. К.Ю. Боярский определил овариальный резерв как способность яичников адекватно отвечать на овариальную стимуляцию ростом полноценных фолликулов, содержащих здоровые яйцеклетки [3]. Овариальный резерв отражает количество находящихся в яичниках фолликулов (примордиальный пул и растущие фолликулы) и зависит от физиологических и патофизиологических факторов.

К физиологическим факторам, определяющим овариальный резерв, относится в первую очередь количество примордиальных фолликулов (примордиальный пул), находящихся в яичниках девочки к моменту становления менструальной функции. В норме оно составляет 270 000 - 470 000 фолликулов [3].

Другим физиологическим фактором, определяющим овариальный резерв, является частота элиминации примордиальных фолликулов в яичнике. Хорошо известно, что с каждым менструальным циклом общее количество фолликулов уменьшается, и при исчезновении последних фолликулов наступает менопауза. Проведенные в последние годы исследования показали, что частота элиминации фолликулов удваивается, когда примордиальный пул сокращается до 25000 фолликулов, что в норме соответствует возрасту 37,5 лет. Этот возраст определяется как критический, после которого овариальный резерв резко снижается [10,15].

Остаются невыясненными многие аспекты лечебной тактики у женщин, страдающих СОЯ. Практически единственным методом коррекции СОЯ считается модификация протоколов КОС [2,12]. Для улучшения яичникового ответа у плохих ответчиков предлагаются различные режимы стимуляции: использование коротких протоколов стимуляции, уменьшение дозы агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (а-ГтРГ), использование антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона (ант-ГтРГ) и прочее [14].

Таким образом, СОЯ является симптомокомплексом, который возникает вследствие воздействия различных факторов с частично известными этиологическими механизмами, он требует усовершенствования методов прогнозирования, диагностики и коррекции.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняло участие 96 женщин репродуктивного возраста. Основную (А) группу составили 66 женщин в возрасте от 24 до 45 лет с длительным бесплодием (более 5 лет), преимущественно трубно-перитонеального генеза. Контрольную (В) группу составили 30 здоровых женщин. Путем опроса изучались особенности менструальной функции (продолжительность, регулярность менструального цикла, изменения характера менструаций), наличие в прошлом оперативных вмешательств на придатках матки и их характер.

Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы оценивали по уровню гипофизарных гормонов - лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина (ПРЛ) и половых стероидных гормонов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона) в сыворотке крови. Овуляцию подтверждали данными УЗИ.

Состояние гипоталамо - гипофизарно-надпочечниковой системы определяли по наличию и выраженности признаков гиперандрогении (акне, гирсутизма), уровню кортизола, тестостерона в сыворотке крови.

Оценка функционального состояния щитовидной железы, наряду с общеклиническим обследованием, включала исследования ТТГ, Т3, Т4. Исследования проводились по показаниям преимущественно в группе пациенток с нарушениями менструального цикла. Кровь для исследования набирали из локтевой вены на 3-5 день менструального цикла, содержание прогестерона определяли на 4-6 день после положительного теста на овуляцию.

Дополнительным методом оценки овариального резерва стало определение уровней антимюллерового гормона (АМГ) в сыворотке крови на 2-3 день менструального цикла методом ИФА.

На 2-4 день спонтанной менструации или индуцированной комбинированными оральными контрацептивами менструально - подобной реакции всем пациенткам проводили оценку овариального резерва путем трансвагинального ультразвукового исследования яичников. Исследования выполняли на аппарате Pie Medical Equipment BV «Picus» с использованием трансвагинального датчика с частотой 6,5 МГц в режимах сканирования В - mode. Все измерения проводились в первой половине суток (до 12.00) при опорожненном мочевом пузыре. Для каждого яичника при сканировании определяли следующие показатели: объем яичника, который вычисляли по формуле $0,5236 \times L \times W \times T$, где L - продольный, W - переднезадний и T - поперечный размер яичника (функция Volume в режиме двойного окна), количество антральных фолликулов диаметром 2 - 10 мм, средний диаметр наибольшего фолликула половины суммы его двух перпендикулярных размеров. При обнаружении в малом тазу объемных патологических образований оценивали их локализацию, форму, размеры и внутреннюю структуру, а также устанавливали нозологическую форму заболевания. Эхографию при первичном обследовании производили в раннюю фолликулиновую фазу цикла, в процессе последующего наблюдения - по показаниям.

Стимуляция проводилась до дня достижения лидирующими фолликулами диаметра 18-20 мм, определяемого при трансвагинальной эхографии и соответствующей активности стероидогенеза, после чего назначали инъекцию «овуляторной» дозы хорионического гонадотропина. В этот же день проводилась оценка качества овариального ответа на проводимую стимуляцию. Количество зрелых фолликулов (менее 5) использовали как критерий оценки СОЯ. Количество фолликулов от 5 до 16 - оценивали как нормальный ответ на проводимую стимуляцию, более 16, с учетом клинического состояния, - как СГЯ.

В зависимости от применяемого протокола КОС основная группа была поделена на две подгруппы. В I подгруппе (n=32) использовалась схема стимуляции суперовуляции с препаратами агониста гонадотропин - релизинг гормона и человеческого менопаузального гонадотропина (а-ГнРГ + чМГ) - длинный протокол. Во II подгруппе (n =32) использовалась схема стимуляции с препаратами человеческого менопаузального гонадотропина и антагониста гонадотропин - релизинг гормона (ант-ГнРГ+чМГ) — короткий протокол.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные позволили нам сформулировать понятие овариального резерва и выделить характеристики нормального, сниженного и крайне низкого овариального резерва, а также изучить корреляцию между овариальным резервом и СОЯ. Овариальный резерв мы определили как важную составляющую часть репродуктивного потенциала женщины, которая характеризует функциональное состояние репродуктивной системы и оценивается при помощи биохимических и ультразвуковых параметров. Нормальный овариальный резерв регистрируется при наличии у пациенток следующих показателей: регулярный менструальный цикл 28-31 день, уровень ФСГ не более 9 МЕ / л, уровень АМГ не менее 1,0 нг/мл, объем яичников не менее 5см, число антральных фолликулов не менее 5 в каждом яичнике. Сниженный овариальный резерв: укорочение менструального цикла на 2-3 дня, эпизоды повышения уровня ФСГ > 15 МЕ / л, уровень АМГ <1,0 нг / мл, объем яичников от 3 до 5 см, число антральных фолликулов не более 3 в каждом яичнике. Крайне низкий овариальный резерв: стойкие нарушения менструального цикла, стойкое повышение уровня

ФСГ > 15 МЕ / л, уровень АМГ менее 0,01 нг / мл, объем яичников < 3 см, число антральных фолликулов не более 2 в каждом яичнике.

В формировании СОЯ важную роль занимает возраст женщины. Наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа женщин позднего репродуктивного возраста, обращающихся по поводу лечения бесплодия. У пациенток старше 31 года высокий риск возникновения СОЯ. Неблагоприятными факторами также являются оперативные вмешательства на яичниках, сопровождающиеся резекцией овариальной ткани.

Как в I, так и во II подгруппе, после проведения КОС с использованием различных схем, наблюдалась корреляционная связь между показателями овариального резерва, возраста женщины и качеством овариального ответа на проводимую стимуляцию.

У женщин до 34 лет нормальный овариальный резерв имел место в 76%, в возрасте от 34 до 38 лет только в 30% случаев, а у всех пациенток старше 38 лет был обнаружен сниженный или крайне низкий овариальный резерв. В обеих подгруппах с нормальными показателями овариального резерва СОЯ наблюдался не более чем 25%, средний возраст таких пациенток составил 31,5 лет. У женщин со сниженными показателями овариального резерва СОЯ наблюдался более чем в 65-70% случаев, средний возраст этих пациенток составил 36,4 года. У всех пациенток с крайне низкими показателями овариального резерва наблюдался недостаточный ответ на КОС, 3 пациентки на этапе контроля за растущими фолликулами были исключены из программы в связи с абсолютной резистентностью.

Полученные данные свидетельствуют о том, что качество овариального ответа не зависит от схемы применяемой стимуляции у женщин старше 35 лет, а определяется состоянием овариального резерва пациенток.

Состояние овариального резерва полностью отражает прогноз для формирования СОЯ при проведении КОС. Прогностическими критериями СОЯ являются: укорочение менструального цикла, эпизоды повышения уровня ФСГ более 15 МЕ/л, уровень АМГ менее 1,0 нг/мл, объем яичников менее 5 см³, число антральных фолликулов менее 5 в каждом яичнике.

Выводы

С возрастом происходит физиологическое снижение репродуктивных возможностей, что диктует необходимость точной оценки репродуктивного потенциала пациенток с целью определения тактики и прогнозирования успеха лечения бесплодия.

Состояние овариального резерва коррелирует с возрастом пациенток. У женщин до 34 лет нормальный овариальный резерв имел место в 76%, в возрасте от 34 до 38 лет - только в 30% случаев, а у всех пациенток старше 38 лет был обнаружен сниженный или крайне низкий овариальный резерв.

При нормальном овариальном резерве, характеризующимся регулярным менструальным циклом через 28 - 31 день, уровнем ФСГ не более 9 МЕ / л, уровнем АМГ более 1,0 нг / мл, объемом яичников не менее 5 см, числом антральных фолликулов не менее 5 в каждом яичнике, пациенток, независимо от возраста, можно рассматривать как перспективных для реализации репродуктивной функции в программах ВРТ и использовать стимуляцию функции яичников по длинному протоколу или протоколу с антагонистами ГнРГ. Эффективность лечения достоверно не различается при применении различных схем стимуляции функции яичников.

При сниженном и крайне низком овариальном резерве получение собственного ооцита затруднено, и пациентка может быть ориентирована на использование ооцитов доноров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боярский, К.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.Ю. Боярский - Санкт-Петербург, 2000. - 26 с.

2. *Боярский, К.Ю.* Овариальная стимуляция и фолликулогенез в конце 90-х: на пороге будущего / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. - 1997.- №4.-С. 61 -68.
3. *Боярский, К.Ю.* Фолликулогенез и современная овариальная стимуляция (обзор литературы) / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. - 2002.-№1-С. 36-43.
4. *Боярский, К.Ю.* Функциональные тесты, определяющие овариальный резерв / К.Ю. Боярский // Пробл. репрод.-1998.-№3.-С. 3.
5. *Воробьева, О.А.* Особенности оплодотворения ооцитов и развития эмбрионов в культуре у женщин с недостаточностью яичников / О.А. Воробьева, А.А. Кирсанов, В.В. Потин // Пробл. репрод. - 1999. 4.- С.17- 21.
6. *Грищенко В.И., Козуб Н.И.* Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия./ Харьков: Основа, 1998.- 216 с.
7. *Калинина, Е.А.* Резервы повышения эффективности экстракорпорального оплодотворения при лечении бесплодия у женщин с гинекологическими заболеваниями: автореф. дис...д-ра мед. наук: 14.00.01 / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН; Калинина Е. А.; науч. конс. В.И. Кулаков, Б.В. Леонов. - М., 2005. – 32с.
8. *Кулаков, В.И.* Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова . - М.: МИА. - 2000. - 336 с.
9. *Кустаров, В.Н.* Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / В.Н. Кустаров, К.Ю. Боярский // Пробл. репрод. - 1999. - Т. 5. -№ 1. - С. 46 - 49.
10. *Мишиева, Н.Г.* Бесплодие у женщин позднего репродуктивного возраста: принципы диагностики и лечения в зависимости от овариального резерва: автореф. дис... д. мед. н / Н.Г. Мишиева. - М., 2008.- 36 с.
11. *Шарапова, О.В.* Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В.Шарапова // Вопр. гинек. акуш. перинат. -2003. - Т. 2. - №. 1. - С.7-10.
12. *Фанченко, Н.Д.* Об эффективности экстракорпорального оплодотворения / Н.Д. Фанченко [и др.] // Пробл. репрод. - 2000. - Т. 2. - № 3. - С.22-26.
13. *Broekmans F.* A systematic review of tests predicting ovarian reserve and IVF outcome [text] / F.J. Broekmans [et al.] // Hum Reprod Update. - 2006. - Vol. 12. -P.685-718.
14. *Check, M.L.* Outcome of in vitro fertilization—embryo transfer according to age in poor responders with elevated baseline serum follicle stimulation hormone using minimal or no gonadotropin stimulation [Text] / M.L. Check [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. - 2004. - Vol. 31. - P. 183-184.
15. *Muttukrishna S.* Markers of Ovarian Reserve [Text] / S. Muttukrishna //BJOG.-2004.- Vol. 111.-P. 1248- 1253.

Наукове видання

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
Асоціації акушерів-гінекологів України

Верстка
Коваленко І.В.

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 № 2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Підписано до друку 13.09.2013. Формат 60×84 1/16
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Друк. арк. 58,0. Обл. вид. арк. 58,97.
Тираж 1000 прим. Замовлення № 130913

ТОВ «Поліграф плюс»
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.
тел./факс: (044) 502-39-78 (доб.119)
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua
www.poligraph-plus.kiev.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
№ 2148 (серія ДК) від 07.04.2005 р.