

Останнє обумовлює доцільність подальшого удосконалення моніторингу скоротливої діяльності матки, методів профілактики та корекції дисфункції матки при ПП.

УДК 618.39-073.432.19-085

### **ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

*ПОТАПОВА Л.В., БОРОДАЙ І.С.,  
СКОРБАЧ О.І., ДИННИК О.О.*

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

Серед найважливіших проблем практичного акушерства, одне з перших місць посідає проблема звичного невиношування вагітності (ЗНВ). Питанням дослідження даної патології присвячено велику кількість праць, однак, до теперішнього часу ця проблема далека від вирішення.

#### **Мета дослідження**

Зменшення репродуктивних втрат у жінок з ЗНВ і розробка нових підходів до комплексного лікування даної патології.

#### **Матеріал і методи дослідження**

Проведено доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодового кровообігу у 85 жінок із загрозою переривання вагітності зі ЗНВ в анамнезі, що були розподілені на 2 клінічні групи, залежно від методу лікування. I гр. - 43 вагітні, які отримували стандартну терапію. II гр. - 42 вагітні, яким проводилася комплексна терапія із застосуванням екстракту клітин плацентарної тканини (ЕКПТ).

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

У жінок із ЗНВ спостерігалось збільшення периферичного опору в маткових артеріях (ПІ-2,69±0,02), підвищення судинного опору спіральних артерій (ПІ-0,78±0,05), артерії пуповини (ПІ-3,53±0,16), зниження швидкостей кровотоку в венозній протоці у плода. Поліпшення гемодинамічних показників швидше відбувалося у жінок II гр.

Кращі результати вагітності були в II гр. пацієнток: терміновими пологамі закінчилися вагітності у 38 (90,5%) жінок, тоді як в I гр. - у 29 (67,4%) жінок ( $p < 0,05$ ); передчасні пологи відбулися у 4 (9,3%) жінок I гр., а в II гр. - у 2 (4,8%) жінок ( $p < 0,05$ ); викидні сталися у 10 (23,3%) жінок I гр., а в II гр. - лише у 2 (4,8%) жінок ( $p < 0,05$ ).

#### **Висновки**

Комплексна терапія із застосуванням ЕКПТ дозволяє значно знизити число ускладнень і поліпшити результат вагітності.

### **АБДОМІНАЛЬНЕ РОЗРОДЖЕННЯ У СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ**

*ТАРАСЮК О.К.*

Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І. Пирогова. Кафедра акушерства  
та гінекології № 1, м. Вінниця

У всьому світі спостерігається виражена тенденція до збільшення частоти використання кесаревого розтину (КР) з метою розродження. Однак, будь-яке оперативне втручання гірше фізіологічного перебігу процесу. Плановий КР супроводжується збільшенням цілого ряду ризиків, материнських та перинатальних ускладнень. Материнська смертність у рази вище, ніж при усіх видах вагінальних пологів. В Україні частота КС постійно зростає, за останні 10 років - у 1,66 разів. Наразі зустрічається з частотою близько 16%, що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

#### **Мета дослідження**

Вивчити покази до КР, перинатальні наслідки та ускладнення, для прогнозування і профілактики негативних наслідків операції, особливо бажаним повторно народити природним шляхом після попереднього КР.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Проведений ретроспективний аналіз опрацьованої звітної-статистичної документації ВМКПБ №1 за останній рік.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

У 2014 р. було проведено 290 КР, що складає 14,7% від загальної кількості пологів. Цей показник залишається практично незмінним за останні 3 роки. Нами встановлено, що КР проводився жінкам віком від 17 до 42 років, з них віком 21-25 та 26-30 років була рівна кількість - по 30,6%, віком старше 30 років - дещо більше (34,7%). Першими пологи були у 57,1% жінок, це пояснюється великою кількістю ускладненого перебігу вагітності та пологів, що відображає загальну тенденцію усіх пологів. Передчасними пологи були у 10,2% жінок, в терміні 40 і більше тижнів були прооперовані 22,5%. Серед показів до КР частіше виявлялися: рубець на матці - 20,4%, тазове передлежання - 16,3%, дещо менше, але однаково за частотою зустрічалися дистрес плода та клінічно вузький таз (по 14,3%). Також показами були вторинна слабкість пологової діяльності, що не піддавалася лікуванню, а також задній вид потиличного передлежання (по 10,2%). Передчасне відшарування плаценти, прееклампсія важкого ступеня були причиною проведення КР у 8,2% випадків; ніжне передлежання плода, багатопліддя зустрічалися з частотою 6,1%; крайове передлежання плаценти з кровотечею відмічалось у 4,1%. У поодиноких



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 супероуляції, 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 яйцеклітини 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. B<sub>8</sub>) 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 оцити 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. B<sub>8</sub>).

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-