

ЛІО® до складу якого входить 200 мкг калію йодиду та 400 мкг фолієво кислоти одноразово на добу та при гіпотиреозі зменшуючи дозу еутироксу® на 25 мкг поєднуючи із прийомом ФОЛІО®, що дозволить зберегти нормотиро дний баланс у дано категорі жінок.

**ВИСНОВОК.** Для підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій в пацієток із безпліддям при дисфункції щитовидно залози необхідна корекція функції та імунотерапія для нормалізації імунного статусу.

#### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Подальше вивчення частоти невдалих спроб запліднення *in vitro* у жінок із безпліддям при дисфункції щитовидно залози зумовлює пошук нових перспективних методів діагностики початкових стадій та субклінічних форм тиро дно недостатності, що дозволить значно покращити допоміжні репродуктивні технології.

Перспективним залишається наукова спрямованість пошуків взаємозв'язку дисфункції щитовидно залози та імунних порушень, що дасть можливість вибору адекватних схем лікування при неплідді.

#### Література

1. Бесплодный брак. Под редакцией В.И. Кулакова / Руководство для врачей. – 2006. – «ГЭОТАР-МЕДИА». – С.613
2. Бостанджян Л.Л. Влияние контролируемой стимуляции суперовуляции у пациенток программы ЭКО на функциональное состояние тиреоидной системы // Проблемы репродукции. – 2004. - №5. – С. 22-24.
3. Варламова Т.М., Соколова М.Ю. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы // Гинекология. - 2004. - Т.6, №1. - С. 32-37.

4. Веропотвелян П.М., Веропотвелян М.П., Завгородня Л.І., Ганев О.І., Горук П.С. Стан тиро дно системи у хворих із звичним невиношуванням вагітності // Акушерство та гінекологія – 2004. - №4. – С. 69-72.
5. Cramer, D.W., Sluss, P.M., Powers, R.D., McShane, P., Ginsburgs, E.S., Hornstein, M.D., Vitonis, A.F. & Barbieri, R.L. (2003) Serum prolactin and TSH in an *in vitro* population: is there a link between fertilization and thyroid function? Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 20, 210–215.

УДК 618.11:618.14-018.73-072.1

О.М. Юзько, П.О. Галайко

## ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ В ОЦІНЦІ СТАНУ ЕНДОМЕТРІЯ ТА ЯЄЧНИКІВ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика кафедра акушерства та гінекології №1*

**ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ В ОЦІНЦІ СТАНУ ЕНДОМЕТРІЯ ТА ЯЄЧНИКІВ.** Проведено оцінку стану репродуктивно системи після ультразвукового, гормонального моніторингу та проведено гістеро- лапароскопі для прогнозування ймовірно відповіді яєчників на стимуляцію. Детально з практично точки зору оцінено отримані результати ультразвукового, гормонального та ендоскопічного моніторингу в жінок із безпліддям для подальшого лікування.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И ЯИЧНИКОВ.** Провели оценку репродуктивной системы после ультразвукового, гормонального мониторинга и гистеро- лапароскопии для прогнозирования возможного ответа яичников на стимуляцию. Детально с практической стороны оценили результаты ультразвукового, гормонального и эндоскопического мониторинга в женщин с бесплодием для дальнейшего лечения.

**ENDOSCOPIC METHODS IN EVALUATION OF ENDOMETRIUM AND OVARY CONDITION.** The condition of reproductive system has been evaluated following ultrasound and hormonal monitoring and hystero- laparoscopy in order to predict the probable ovarian response to stimulation. The article provides a detailed, practical evaluation of the results obtained from ultrasound, hormonal and endoscopic monitoring of women with infertility to assist further treatment.

**Ключові слова:** безпліддя, гормональний гомеостаз, ультразвуковий моніторинг, гістеро- лапароскопія.

**Ключевые слова:** бесплодие, гормональный гомеостаз, ультразвуковой мониторинг, гистеро- лапароскопия.

**Key words:** infertility, hormonal homeostasis, ultrasound monitoring, hystero- laparoscopy.

**ВСТУП.** Розвиток допоміжних репродуктивних технологій в усьому світі обумовлений пріоритетністю проблеми безпліддя в репродуктивній медицині. Настання вагітності в результаті програм запліднення *in vitro* (ЗІВ) коливається від 10 до 60% для різних груп пацієнтів і рідко перевищує 30% бар'єр. Цей показник залежить від багатьох факторів: віку пацієнток, причини безпліддя, застосованої схеми індукції суперовуляції, якості аспірованих ооцитів, показників спермограми, здатності ендометрія до імплантації отриманих ембріонів.

Не викликає сумніву той факт, що зниження частоти імплантації при тій чи іншій формі безпліддя виникає в результаті одночасно взаємодії цілого комплексу причинно-наслідкових факторів. Формуючи та підтримуючи патологічний процес в репродуктивній системі жінки, вони впливають на розвиток ооцитів та ембріонів і секреторну трансформацію ендометрія – основні складові процесу імплантації.

**Мета роботи.** Діагностично оцінити можливу відповідь яєчників на стимуляцію овуляції за допомогою гормонального, ультразвукового та ендоскопічного методів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Обстежено 54 жінки із безпліддям у віці від 22 до 40 років. Функціональний стан гіпофізарно-яєчничкової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологічних та ендоскопічних методів досліджень. Матеріалом для дослідження були виділення з заднього склепіння піхви та цервікального каналу, циліндричний епітелій з цервікального каналу, а також сироватка крові.

Мікроскопію проводили у світловому мікроскопі з імерсійним об'єктивом. Спостерігали появу запальної реакції: наявність лейкоцитів, слизу, фібрину, при появі мікроорганізмів відмічали ступінь обсіменіння, відношення до забарвлення по Граму та морфологічні особливості. Досліджуваний матеріал, взятий тампоном, засівали на половину чашки Петрі з оптимальними для кожної групи мікроорганізмів поживними середовищами. Результат дослідження був негативним при відсутності росту на всіх живильних середовищах протягом 72 годин.

Ідентифікацію виділених чистих культур проводили за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними властивостями. Популяційний рівень визначали за кількістю колоній, що виростили при висіву 0,1 мл ексудату та з врахуванням розведення, виражали його у Іг КУО/мл або Іг КУО/г.

При ретроспективному дослідженні нами вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчи-

ки 3–5МГц та 5–9МГц) з використанням УЗ системи HAWK 2102 EXL B-K medical (Німеччина). При дослідженні яєчників вимірювали х об'єм та яєчничково-матковий індекс (ЯМІ) (С.Г. Хачкарузов, 1999). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою лапароскопічного апаратури «Karl-Storz». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом за допомогою тест-системи «Хема-медіка» (Росія) на 2–3 день менструального циклу.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакета програм Excel-2007, STATISTICA 5A. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ( $p < 0,05$ ).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.** Середній вік обстежених становив  $29,6 \pm 4,2$  року. Вони мали регулярний менструальний овуляторний цикл, прохідні маткові труби (метросальпінгографія), фертильну сперму чоловіка, позитивний постко-тальний тест. Тривалість безпліддя в середньому становила  $7,9 \pm 4,2$  року. У 26 жінок (61,9%) діагностовано первинне безпліддя, а у 16 (38,1%) – вторинне.

Базальна та циклічна секреція ЛГ не відрізнялась від показників норми та становила  $24,8 \pm 3,81$  МО/л. Рівень ФСГ є одним із маркерів оваріального резерву. При концентрації 3–8 МО/л – яєчники позитивно реагують на контрольовану індукцію, а при концентрації  $>17$  МО/л – не відповідають.

Рівень пролактину в плазмі крові у жінок із безпліддям становив  $397,6 \pm 10,2$  МО/л. Концентрація естрадіолу становила  $219,7 \pm 20,4$  МО/л та  $14,1 \pm 1,2$  пмоль/л прогестерону. Про зміну оптимального балансу стероидних гормонів у жінок із безпліддям, який забезпечує реалізацію генеративно функції жінки свідчить більш низька концентрація нормального значення прогестерону. У випадку «бідно» відповіді на стимуляцію овуляції середня пікова систолічна швидкість (ПСШ) стромальних артерій була в 2 рази нижчою, ніж при позитивній відповіді. Отримали позитивну кореляцію між кількістю введених гонадотропінів, рівнем ФСГ та пульсаційним індексом (ПІ) в стромальних артеріях яєчників, яка становила  $1,6 \pm 0,36$ . Отже, до факторів ризику недостатньої відповіді відносять низьку ПСШ (менше 10 см/с, збільшення ПІ та ІР).

У обстежених жінок оперативні втручання на органах черевно порожнини і малого таза були в 23 (42,6%) випадках. Частіше відмічена операція апендектомія - 12 (22,2%), при цьому ускладнений апендицит був у 2 (3,7%) хворих, а ускладнений післяопераційний період у 3 (5,5%). Оперативні втручання гінекологічного характеру були у 13 (24,0%) жінок основної групи. Перенесена 4 (7,4%) жінками позаматкова вагітність, з приводу

яко операція тубектомії була проведена 5 (9,2%) хворим, 2 (3,7%) - лапароскопічні органозберігаючі операції з евакуацією плідного яйця та пластиком маткової труби можуть бути маркером висхідного генітального інфікування з ураженням маткових труб. Лапароскопічні операції були у 7 (12,9%) обстежених жінок (з них 2 - діагностичні). На маткових трубах проведені у 2 хворих, комбіновані (сальпінгоостомія, сальпінгооваріолізис) - у 5 випадках.

Дані ГСГ наступні: двобічна непрохідність маткових труб у різних відділах виявлена нами у 14 (25,9%) жінок із безпліддям, з них з первинним безпліддям - у 6 (11,1%), з вторинним безпліддям - у 8 (14,8%). Прохідність однієї маткової труби при оклюзії другої встановлено у 7 (12,9%) жінок, з них з первинним безпліддям - у 2 (3,7%), з вторинним безпліддям - у 5 (9,2%) жінок. Часткова прохідність маткових труб була у 8 (14,8%) жінок із безпліддям. Прохідність маткових труб була збережена у 25 (46,3%) жінок із безпліддям. Перитубарні спайки за даними ГСГ встановлено в 8 (14,8%) жінок із безпліддям.

Детальний аналіз анамнезу, даних клінічного дослідження, результатів обстеження спеціальними методами жінок із безпліддям у шлюбі показав, що тільки ретельне обстеження згідно існуючих алгоритмів дозволяє попередньо верифікувати можливі чинники безпліддя, підготувати хворих для проведення інвазивних методів обстеження при зведенні до мінімуму можливих ускладнень. У двох третин обстежених жінок на первинному етапі дослідження та лікування не були прийняті до уваги

клініко-анамнестичні дані та не проведені вчасно специфічні методи дослідження та лікування.

Під час лапароскопії у 8 (14,8%) жінок діагностовано перший (мінімальний) ступінь важкості спайкового процесу, у 7 (12,9%) - другий (середній) ступінь тяжкості спайкового процесу, у 9 (16,7%) - третій (помірний) ступінь тяжкості спайкового процесу, у 6 (11,1%) - четвертий (тяжкий) ступінь спайкового процесу. Всього спайковий процес діагностовано у 30 (55,5%) жінок. У 24 (44,5%) обстежених жінок спайковий процес у ділянці придатків матки був відсутнім, з них у 3 (5,5%) жінок, які мали в анамнезі лікований урогенітальний хламідіоз і тривалість безпліддя у шлюбі до 2 років. Дані проведеного дослідження свідчать, що найбільш виражений спайковий процес мав місце у жінок із змішаним інфікуванням і частими рецидивами ЗЗОМТ в анамнезі.

**ВИСНОВОК.** Проаналізувавши отримані дані проведеного нами дослідження слід сказати, що ґрунтовний підхід до оцінки оваріально відповіді дасть змогу правильно вибрати тактику лікування та дозу препаратів, а також відслідкувати х відповідь. Багатофакторність даного питання передбачає необхідність проведення комплексно, поетапно та індивідуально підібраної терапії, яка дозволить відновити репродуктивну функцію.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Вивчити показники імунного гомеостазу для корекції виявлених змін з метою підвищення ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій. Оцінити ефективність запропонованого лікування в жінок із безпліддям.

#### Література

1. Босацький Я.В. Лапароскопічне лікування жіночого безпліддя різного генезу / Босацький Я.В., Воробій В.Д., Сніжко Т.Б. / Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. – Вип. 14, книга 4. – Київ, 2006. – С. 161-162.
2. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новое направление в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агенство, 2002. – 782с.

3. Shifren J. L. The role of androgens in female sexual dysfunction // Mayo Clin Proc. – 2004. – Vol. 79. – P. S19-S24.
4. Nelson H. D. Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review // J Am Med Assoc. – 2004. – Vol. 7. – P. 1610-1620.
5. Laml T., Schulz-Lobmeyr I., Obruca A. et al. Premature ovarian failure: etiology and prospects // Gynecol Endocrinol. – 2000. – Vol. 14. – P. 292-302.