



компоненту в генезі виникнення гіперпластичних процесів та підтверджує необхідність ретельного інфекційного пошуку на діагностичному етапі вищевказаної категорії пацієнток.

У 18,2% жінок із ГПЕ морфологічна картина гіперплазії поєднується із ознаками хронічного ендометриту, що підтверджує роль інфекційного чинника в генезі виникнення гіперплазій.

Виявлено, що персистуюча в ендометрії урогенітальна інфекція є однією з причин виникнення гіперпластичних процесів ендометрія. Так, у пацієнток із ГПЕ частота та інтенсивність контамінації гіперплазованого ендометрія патогенною та умовно-патогенною бактеріальною флорою була достовірно вищою, ніж у жінок зі здоровим ендометрієм (виявлено 41 штамп мікроорганізмів у 82,0% жінок проти 3 штамів в групі контролю - у  $6,8 \pm 5,65\%$ ,  $p < 0,001$ ). Мікробні агенти з переважно внутрішньоклітинним типом персистенції виявлено лише у пацієнток з гіперплазованим ендометрієм ( $29,27 \pm 7,11\%$ )

Дослідження мікробіоценозу гістеробіопатів ендометрія більш достовірно визначає мікробний агент, що підтримує запальний процес у слизовій оболонці матки.

**Ринжук Л.В.**

## **СИНДРОМ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЇ ТРАНСФУЗІЇ: ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ) – це скид крові від одного плода (донора) до іншого (реципієнта) внаслідок незбалансованості плацентарно-плодового та внутрішньо плацентарного кровообігу за наявності судинних анастомозів у плаценті. СФФТ є характерним для монохоріальної двійні, зустрічається у 5-25% випадків. Є дані, які вказують на те, що СФФТ зустрічається приблизно у 1,7-6,9% всіх типів двінь, однак вважається специфічним ускладнень монохоріальної двійні з частотою до 25%. Перинатальна смертність у разі нелікованого СФФТ може сягати 80-100%, особливо у разі появи симптомів до 20-го тижня вагітності.

Для вагітності, перебіг якої ускладнився СФФТ, характерною є менша кількість анастомозів, навіть поодинокі, та їх виражений артеріо-венозний тип. Останній є найбільш несприятливим, оскільки скид крові відбувається за градієнтом тиску в судинних середовищах. Вено-венозні та артеріо-артеріальні анастомози мають захисну дію, і роблять анастомози збалансованими. Типовими змінами у плода-«донора» є: анемія, гіповолемія, затримка росту, зниження продукції сечі нирками, маловіддя. Типові зміни у плода-«реципієнта» включають: гіперволемію, збільшення виділення рідини (поліурія), багатоводдя, при цьому не відбувається втрат білка та формених елементів крові, що веде до поліцитемії та гіперосмолярності

Донедавна діагноз СФФТ встановлювався за результатами постнатального обстеження, коли різниця у рівнях гемоглобіну між новонародженими складала більше 50г/л, а різниця у масі тіла – більша 20%. На сьогоднішній дані критерії є недійсними.

На сучасному етапі своєчасна діагностика СФФТ базується на ультразвуковому дослідженні. До критеріїв діагностики СФФТ відносяться: монохоріальний тип двійні; плоди однієї статі; маловоддя у одного плода та багатоводдя у другого у II триместрі вагітності; багатоводдя у плода-реципієнта – карман вільної рідини (МВК) більше 8,0 см; маловоддя у плода-донора – карман вільної рідини менше 2,0см. Для встановлення діагнозу обов'язковою є наявність одночасно двох критеріїв.

Слід розуміти, що СФФТ не розвивається миттєво та несподівано. Підґрунтя для його розвитку (судинні анастомози) утворюються задовго до появи клінічних ознак СФФТ. Також додатковими критеріями СФФТ, окрім базових, є: візуалізація сечового міхура (відсутній у плода-«донора»); генералізовані набряки, ознаки серцевої недостатності у плода-«реципієнта»; патологічні доплерометричні показники кровоплину в судинах



пуповини (нульовий та реверсний кровоток) та у венозній протоці плодів (реверсний кровоток). Виявлення ознак або підозри на СФФТ має бути приводом до негайного скерування вагітної на III рівень надання допомоги.

**Юзько В.О.**

### **ОЦІНКА ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Оваріальний резерв визначається як функціональний потенціал яєчника, що відображається кількістю та якістю фолікулів, які мають добру здатність до відповіді при контрольованій стимуляції овуляції екзогенним гонадотропіном. Слід зазначити, що далеко не у всіх випадках вдається в результаті індукції суперовуляції отримати необхідну або хоча б мінімально достатню кількість ооцитів. Недостатня для ефективності запліднення ін вітро (ЗІВ) відповідь яєчників на стимуляцію - «бідна відповідь» (poor response) - являє собою особливу проблему в клінічній практиці.

Оваріальний резерв безпосередньо залежить від різноманітних фізіологічних чинників. Вік жінок є провідним фактором. Частка жінок у віці 35 років і старше, які вступили в лікувальний цикл програм ЗІВ, становить близько 40%, серед них близько 27% пацієнток у віці 40 років і старше. Прямим наслідком цього факту є порівняно висока серед них частота «бідної відповіді» на стимуляцію яєчників. До інших причин недостатньої відповіді на індукцію суперовуляції належать операції на яєчниках, променева та хіміотерапія, а також «бідна відповідь» може бути генетично зумовлена.

Експерти Європейського співтовариства по репродукції людини і ембріології (ESHRE) дійшли згоди, що потенційно до групи «бідної відповіді» можуть бути віднесені жінки, у яких є як мінімум 2 з 3 критеріїв: вік  $\geq 40$  років або будь-який інший фактор ризику «бідної відповіді» (резекціоновані яєчники та ін.); «бідна відповідь» на стандартну (звичайну) стимуляцію яєчників в анамнезі ( $\leq 3$  ооцитів при використанні стандартного протоколу стимуляції); зниження показників маркерів оваріального резерву, таких як число антральних фолікулів 5-7 або антимюлеровий гормон (АМГ) 0,5-1,1 нг/мл.

До світового стандарту оцінки функціонального оваріального резерву належать визначення концентрації АМГ в крові, визначення кількості та оцінка діаметра антральних фолікулів при УЗД, визначення обсягу яєчників методом трансвагінального УЗД. Лабораторним відображенням зниженого фолікулярного резерву і потенційно «бідної відповіді» яєчників на стимуляцію також є підвищення рівня ФСГ  $> 12$  мМО/мл.

Нами було досліджено рівень АМГ у 111 пацієнток з безпліддям Медичного центру лікування безпліддя м. Чернівці залежно від віку. У 35% пацієнток віком до 30 років рівень АМГ становив 4,2 нг/мл, у 24% жінок віком від 30 до 35 років – 4,0 нг/мл, а в 41% жінок віком старше 35 років рівень АМГ був дуже низьким і дорівнював 1,1 нг/мл. при рівні АМГ менше 0,45 (22% пацієнток старшої вікової групи) було рекомендовано програму донації ооцитів.

Визначення АМГ високоінформативним методом оцінки оваріального резерву. Його рівень поряд з ФСГ і естрадіолом, має певну прогностичну значимість при лікуванні безпліддя. Своєчасне обстеження дозволяє виявити групи ризику, що дає жінці можливість реалізувати репродуктивні плани і підвищити якість життя.

**Юзько О.М.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ЕСТРОГЕНІВ У РЕПРОДУКЦІЇ ЛЮДИНИ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Серед гормональних препаратів, які використовуються в програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), естрогенам належить особливе місце. У практиці ДРТ