



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 ≥ 40 років або будь-який інший фактор ризику «бідної відповіді» (резекціоновані яєчники та ін.); «бідна відповідь» на стандартну (звичайну) стимуляцію яєчників в анамнезі (≤ 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