

выраженности и стадии дистрофии сетчатки, а не вследствие различной длительности затраченной ультразвуковой энергии.

Ключевые слова: возрастная катаракта, возрастная макулодистрофия, толщина сетчатки, ультразвуковая факоемульсификация, оптическая когерентная томография.

Резюме

Капшук Н. І., Дмитрієв З. К. *Зміни товщини сітківки (за даними спектральної оптичної когерентної томографії) після ультразвукової факоемульсифікації у хворих на вікову макулопатію і макулодистрофію.*

В роботі досліджувався вплив ультразвукової факоемульсифікації вікової катаракти на морфометричні параметри центральної області сітківки, а також на гостроту зору у хворих з раніше діагностованою віковою макулопатією та віковою макулодистрофією. Виявлено, що фовеола є самою чутливою зоною макулярної ділянки до ультразвукової енергії в результаті УЗ ФЕК. Виявлено фактор ризику прогресування дистрофії сітківки та зниження гостроти зору в післяопераційному періоді на 0,1 і більше. Розвиток макулярної набряку, а також його тривалість залежить від вираженості та стадії дистрофії сітківки, а не внаслідок величини затраченої ультразвукової енергії.

Ключові слова: вікова катаракта, вікова макулодистрофія, товщина сітківки, ультразвукова факоемульсифікація, оптична когерентна томографія.

Summary

Kapshyk N.I., Dmitriev S.K. *Changes of retina thickness (according to the results of spectral optic coherent tomography) after phacoemulsification in patients with age-related macular dystrophy and maculopathy.*

In the course of the research work we studied the effect of ultrasonic phacoemulsification age cataract on morphometric parameters of the central region of the retina and visual acuity in patients that had been earlier diagnosed with age related macular degeneration. Revealed that the foveola is the most sensitive area of the central region of the retina to phacoemulsification. Were detected risk factors for progression of macular degeneration and visual impairment in the postoperative period of 0.1 or more. The development of macular edema as well as its duration depends on the severity and stage of macular degeneration, and not due to different durations of ultrasonic energy expended.

Key words: cataract, age-related macular degeneration, macular thickness, phacoemulsification, optical coherence tomography.

Рецензент: д. мед. н., проф. А. М. Петруня

УДК 618.177:618.11-008.64-08

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З СИНДРОМОМ СЛАБКОЇ ВІДПОВІДІ ЯЄЧНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ ЗА "МОДИФІКОВАНИМ" ПРОТОКОЛОМ

О.О.Логінова

*Харківський національний медичний університет
ДЗ "Український медичний центр акушерства, гінекології
та репродуктології МОЗ України" (Харків)*

Вступ

На сучасному етапі розвитку медичної науки та передових медичних технологій в комплексі обстеження та лікування вдається фактично в 98-99% випадків подолати безпліддя та отримати довгоочікувану вагітність. Однак, існує ряд факторів, які призводять до особливої патологічної відповіді жіночого організму на лікування препаратами стимулюючими зростання фолікулів, коли весь потенціал сучасних допоміжних репродуктивних технологій стає малоефективним або зовсім не ефективним. Таким патологічним станом жіночої репродуктивної системи у відповідь на лікування, що проводиться з використанням гормонів, дія яких направлена на стимуляцію фолікулогенезу, є синдром слабкої відповіді яєчників (ССВЯ) [3,4,5].

Більшістю клінік репродуктивної медицини проводиться розробка алгоритмів обстеження пацієнток з метою визначення можливості розвитку у них ССВЯ ще до проведення циклів контрольованої стимуляції яєчників (КСЯ), також запропоновано велику кількість "модифікованих" протоколів лікування ССВЯ, але вони як правило вказують на ССВЯ вже по факту його розвитку. Цілий ряд аспектів проблеми розвитку ССВЯ потребує глибокого вивчення та послідовного вирішення [2,6,7]. До теперішнього часу так і не встановлено чітких діагностичних критеріїв, які б дозволи в повній мірі передбачувати розвиток ССВЯ при проведенні КСЯ в циклах лікування

безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій. Одні дослідники віддають перевагу гормональним методам діагностики, інші - ультразвуковим, але всі вони не можуть достовірно до початку лікування відповісти на питання, наскільки високим є ризик розвитку ССВЯ у даної конкретної пацієнтки і тому, встановлення діагнозу ССВЯ проходить у більшості випадків постфактум, тобто тільки після розпочатого протоколу КСЯ. Враховуючи це, досі немає чіткої та послідовної концепції в обстеженні пацієнток - кандидаток на проведення КСЯ. Відсутні раціональні, а головне дійові методики попередження (терапії) розвитку ССВЯ. Враховуючи репродуктивний вік пацієнток, на який припадає більшість випадків ССВЯ (35 років та більше), а також обмежений віком час, що залишився їм для реалізації своєї репродуктивної функції, необхідною є подальша розробка максимально ефективних методів та методик виявлення, попередження та лікування ССВЯ.

Нами було запропоновано використовувати з метою для ранньої діагностики ССВЯ метод колірного доплерівського картирування кровообігу у судинах, що живлять яєчники [1]. Отримані результати дозволяють з досить високою ступеню вірогідності прогнозувати можливий розвиток ССВЯ ще до початку протоколу, що дозволило нам виділити групу жінок з потенційно високим ризиком розвитку ССВЯ. По відношенню до них було проведено лікування в основі якого розроблений "модифікований" протокол.

Метою проведеного дослідження стало вивчення ефективності та результативності використання на практиці розробленого нами "модифікованого" протоколу лікування пацієнток з ССВЯ. Критеріями ефективності "модифікованого" протоколу стала кількість преовуляторних фолікулів, ооцитів, ембріонів та кількість клінічних вагітностей.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено обстеження та лікування за "модифікованим" протоколом - 36 жінкам. Вік пацієнток коливався в середньому $37,2 \pm 2,2$ роки. При проведенні доплерометричного обстеження пацієнток встановлено, що на початок обстеження тип структури яєчників був афолікулярним у 15 (41,7%)

пацієнток та фолікулярним у 21 (52,8%). На кінці обстеження і проведення предпротокольної терапії пацієнток з афолікулярним типом будови яєчників стало 4 (11,1%), а з фолікулярним - 32 (89,9%). При проведенні колірного доплерівського картирування було встановлено підвищення індексів судинного опору (PI та RI), як у яєчниковій артерії, так і в її стромальних гілках. Дослідження яєчникового кровообігу проводилося в динаміці спостереження на апараті ультразвукової діагностики експертного класу Philips - HD 11.

Лікування пацієнток проводилося за розробленим нами "модифікованим" протоколом з предпротокольною терапією, що включала в себе комплекс препаратів. В предпротокольну та протокольну терапію входили фармакологічні препарати які давали можливість яєчниковій тканині (і перш за все фолікулярному апарату) тимчасово "відпочити", препарати, які покращували яєчниковий кровообіг за рахунок зниження судинного тону та препарати, які покращували реологічні властивості крові. Середня тривалість стимуляції гонадотропінами до досягнення фолікулами розмірів відповідаючи розмірам преовуляторних фолікулів (діаметр 18 и більш мм) становила $9,1 \pm 0,7$ днів. Загальна кількість доз гонадотропінів, що було використано на стимуляцію пацієнток становила 1044 ампули фолікулостимулюючого гормону, на пацієнтку в середньому було витрачено $29 \pm 0,8$ ампул фолікулостимулюючого гормону.

На 5-ю добу від часу пункційного забору ооцитів було виконано ембріотрансфер 1 ембріона класу А в 24 випадках (75,0%) за бажанням та вимогою пацієнток, двох ембріонів класу А в 5 (15,6%) випадках, двох ембріонів класу А та В в 2 (6,3%) випадках та трьох ембріонів класів А, В и С в 1 випадку клінічного спостереження (3,1%). Після виконаних ембріотрансферів, а це 39 ембріонів (21,9%) перенесених у порожнину матки ембріонів, ті ембріони що залишилися - 139 (78,1%) було кріозаморожено з використанням програмного заморожування та стали резервом ембріонів для пацієнток на випадок невдачі при проведеному ембріотрансфері.

Катамнестично стало відомо, що у 17 (53,1%) пацієнток зафіксована біохімічна вагітність на 15-у добу від моменту ви-

конаного ембріотрансферу. В подальшому клінічні вагітності (підтвержені результатами ультразвукових методів дослідження або на підставі кількісного визначення рівня ХГ у крові) спостерігалося у 12 (37,5%) пацієнок, в подальшому 2 (5,6%) вагітності закінчилися самовільним викиднем в терміні гестації 4 і 7 тижнів відповідно. Таким чином, частота кінцевих позитивних результатів лікування серед пацієнок склала 31,3%, що відповідає 10 пацієнткам з прогресуючою вагітністю. В 8 випадках (25,0%) пацієнок було розроджено шляхом операції кесарів розтин в нижньому матковому сегменті в плановому порядку. У 1 (3,1%) пацієнтки пологи протікали передчасно в 33 тижні та ще у однієї (3,1%) в 35 тижнів вагітності. Усі діти, що народилися не мали ознак патології та розвиваються у відповідності з віком без ознак відставання у фізичному та психічному розвитку.

Отримані результати та їх обговорення

При визначенні результатів лікування за "модифікованим" протоколом встановлено, що загальна частота запліднення ооцитів склала 86,4%. Частота випадків, коли ооцити були незапліднені склала 5,9%, що свідчить про позитивний вплив препаратів, що входять до складу "модифікованого" протоколу, частота випадків виникнення поліспермії (одночасне запліднення двома та більш сперматозоїдами одного ооциту) склала 7,8% випадків спостережень ембріологічного розвитку, частота виникнення фрагментації ембріонів - 7,8%. По закінченню 5 доби культивування середня кількість ембріонів була $4,6 \pm 0,4$). Загальна кількість бластоцист склала 178. При цьому бластоцисти А класу - 161 (90,4%), бластоцисти В класу 12 (6,7%), бластоцисти С класу - 5 (2,8%). Відсоток сформованих бластоцист гарної якості (А класу) бів високим - 90,4%, враховуючи це ми мали можливість розділити ембріони на дві спроби проведення ембріотрансфери (один - нативний та другий у випадку невдачі першого ембріотрансферу, як резервними кріоембріонами).

Висновки

Таким чином, можна зробити висновок, що розроблений та запропонований нами "модифікований" протокол дає позитивні

результати в лікуванні пацієнок страждаючих на безпліддя у яких при використанні загальноприйнятих протоколів з високою ступеню вірогідності міг би розвинути синдром слабкої відповіді яєчників. Позитивним є отримання достатньої кількості ембріонів гарної якості (А класу), що дозволило нам отримати 31,3% клінічних прогресуючих вагітностей.

Літератури

1. Абдуллаєв Р.Я. Трансвагінальна доплерографія при ендокринній безплідності / Р.Я.Абдуллаєв, В.В.Грабар, О.В.Грищенко, В.Д.Деджо. - Харків: Нове слово, 2008. - 64 с.
2. Боярский К.Ю. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / К.Ю.Боярский ; под редакцией В.И. Кулакова и др. - М., 2005. - С.53-61.
3. Дахно Ф.В. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя. Навчальний посібник / Ф.В.Дахно, В.В.Камінський, О.М.Юзько. - Київ, 2011. - 338 с.
4. Краснополяская К.В. Феномен "бедного" ответа яичников на стимуляторы суперовуляции в программах ЭКО (обзор литературы) / К.В.Краснополяская, А.С.Калугина // Проблемы репродукции: Ежеквартальный журнал. - 2003. - Том 10, № 1. - С.51-58.
5. Маслій Ю.Б. Етіопатогенетичні чинники синдрому слабкої відповіді яєчників в циклах допоміжних репродуктивних технологій / Ю.Б. Маслій, Г.Б. Лівшиць, І.О. Судома // Здоров'я жінчини. - 2006. - № 4 (28). - С. 152-157.
6. Милютин М.А. Экстракорпоральное оплодотворение у пациенток со сниженным ответом яичников на стимуляцию суперовуляции / М.А.Милютин // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 3. - С.26-28.
7. Судома І.О. Синдром слабкої відповіді яєчників у циклах екстракорпорального запліднення у пацієнок із аденоміозом / І.О. Судома // Український медичний часопис. - 2005. - № 2. - С. 98-100.

Резюме

Логінова О.О. Результати лікування пацієнок з синдромом слабкої відповіді яєчників при лікуванні безпліддя за "модифікованим" протоколом.

На підставі даних, що були отримані при виконанні колірної доплерівського картування кровообігу яєчників нами було визначено пацієнок

з високою вірогідністю ризику виникнення синдрому слабкої відповіді яєчників у разі застосування у них контрольованої стимуляції яєчників за стандартними протоколами прийнятими у практиці допоміжних репродуктивних технологій. В лікуванні таких пацієнок було застосовано розроблений нами "модифікований" протокол. Оцінюючи результати лікування за даним протоколом у порівнянні з результатами загальноприйнятого лікування за стандартними протоколами було встановлено, що при застосуванні "модифікованого" протоколу отримано більш позитивні результати, що торкається кількості ембріонів та кількості клінічних вагітностей.

Ключові слова: синдром слабкої відповіді яєчників, контрольована стимуляція яєчників, "модифікований" протокол.

Резюме

Логінова О.А. *Результати лічення пацієнок з синдромом слабого ответа яєчників при ліченні бесплодія з використанням "модифіцированного" протокола.*

На основани даних, которые были получены при использовании цветного доплеровского картирования кровообращения яєчників нами было выделены пацієнтки с высокой степенью риска возникновения синдрома слабого ответа яєчників по стандартным протоколам принятым в практике вспомогательных репродуктивных технологий. В лечении таких пацієнок был применен разработанный нами "модифицированный" протокол. Оценивая результаты лечения по данному протоколу в сравнении с результатами общепринятого лечения по стандартным протоколам было установлено, что при использовании "модифицированного" протокола получены лучшие результаты по количеству жизнеспособных эмбрионов и количеству клинических беременностей.

Ключові слова: синдром слабого ответа яєчників, контролируемая стимуляция яєчників, "модифицированный" протокол.

Summary

Loginova O.A. *Treatment outcomes of patients with ovaries syndrome of sick response in the treatment of infertility using the "modified" protocol.*

Based on data that have been obtained with the help of color Doppler mapping of ovarian blood circulation we have identified patients with high risk of the ovaries syndrome of sick response in case of their controlled ovaries stimulation by basic protocols adopted in the practice of ancillary reproductive technology. "Modified" protocol in the treatment of such patients has been developed and used by us. Estimating results of treatment by this protocol in comparison with the results of conventional treatment according to basic protocols, has been established that using of the "modified" protocol obtained better results by the number of viable embryos and the number of clinical pregnancies.

Key words: ovaries syndrome of sick response, controlled ovaries stimulation, "modified" protocol.

Рецензент: д. мед. н., проф. В. В. Сімонок

К ВОПРОСУ ОБ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДИКАХ В СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЯХ

**А.П.Попов, Ю.П.Лановенко, В.В.Жданович,
Т.П.Астахова, Л.А.Левшина, О.В.Колобов**
Филиал № 6 ФБУ "З ЦВКБ им. А.А.Вишневого Минобороны России" (Москва)

Введение

Реформирование здравоохранения предусматривает повышение качества медицинской помощи и снижение на нее затрат, и основой этого стала переориентация значительных усилий на поликлинический этап. Внедрение стационарозамещающих технологий диктуется и экономической и медикосоциальной целесообразностью, так как 80% больных начинают и заканчивают лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Филиал № 6 ФБУ "З ЦВКБ им. А.А.Вишневого Минобороны России" является одним из пионеров внедрения стационарозамещающих технологий. Одним из элементов этих технологий является создание дневного терапевтического стационара и суточного хирургического стационара. Весомым направлением, снижающим поток больных в госпиталя и больницы, является расширение круга патологий, подлежащих оперативному вмешательству в поликлинике: грыжесечение, геморроидэктомия, флебэктомия, пластика носовой перегородки, артроскопия, оперативная коррекция плоскостопия и др. За последние 5 лет выполнено уже 2500 операций в поликлинических условиях, с пребыванием в суточном стационаре, что дало значительный экономический эффект в рамках ведомственных учреждений.

Важным фактором, определяющим эффективность оказанного хирургического пособия, является выбор общей и топической терапии в до- и послеоперационном периоде, с целью предупреждения инфицирования ран, ускорения процессов регенерации, уменьшить пребывание больного на больничном листе, обеспечить лечение и реабилитацию в довольно короткие сроки.

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини