

2. Необхідно поставити за мету довести кількість циклів ДРТ в Україні до науково обґрунтованих згідно рекомендаціям ВООЗ (не нижче 800 циклів на 1 млн. населення).
3. Є доцільною розробка перспективного плану наукових досліджень в галузі ДРТ на рівні світових стандартів із залученням клінік ДРТ всіх форм власності та план підготовки фахівців в галузі репродуктивної медицини (клінічна ординатура, аспірантура, резидентура, підвищення кваліфікації та ін.).
4. Існує необхідність продовжити роботу над формуванням правової бази для розвитку репродуктивної медицини.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / [Юзько О.М., Жилка Н.Я., Руденко Н.Г. та ін.] : зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. Випуск 16, книга 3. – К., 2007. – С.26-29.
2. Организация системы оказания специализированной помощи бесплодным супружеским парам в Украине / [Чайка В.К., Акимова И.К., Попова М.В. и др.]. // Современные направления амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии. – Донецк: ООО Лебедь, 2003. – С.108-109.
3. Юзько Т.А. Ефективність запліднення ін вітро при безплідді на фоні дисбіозу піхви та цервікального каналу / Т.А. Юзько // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2007. – №1. – С.130-133.
4. Юзько О.М. Подолання безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – №3 (20). – С.50-55.
5. Юзько О.М. Допоміжні репродуктивні технології в лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Здоровье женщины. – 2009. – №3 (39). – С.201-204.
6. Юзько О.М. Застосування допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Жіночий лікар. – 2010. – №2 (28). – С.30-34.

УДК 618.3-06:616.972]-036

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИФІЛІСУ У ВАГІТНИХ

*ЯРЕМЧУК Т.П., СІРА О.Т.*

м. Львів

Останні роки характеризуються зменшенням частоти випадків антенатальної загибелі плода внаслідок сифілісу у вагітних у м. Львові та Львівській області. Однак, притаманні даній перинатальній інфекції акушерські та перинатальні ускладнення впливають на показники перинатальної захворюваності та смертності, чим зобов'язують проводити дослідження клінічних особливостей сифілісу у вагітних та визначати напрями профілактики перинатальних ускладнень [1,2,3,4,5,6].

Метою дослідження було визначення клінічних особливостей сифілісу у вагітних в 2012-2013 роках та на цій основі визначення заходів, спрямованих на зменшення перинатальної захворюваності та смертності.

## Матеріали і методи дослідження

Матеріалом дослідження були показники перебігу гестаційного процесу у 90 хворих на сифіліс жінок, які в 2012-2013 роках лікувалися у ЛОКШВД № 1 та народжували у пологових відділеннях лікарень м. Львова та Львівської області. Методами дослідження були клінічні методи та методи медичної статистики з застосуванням комп'ютерної програми «Статистика».

## Результати дослідження та їх обговорення

Серед хворих на сифіліс вагітних у 2012-2013 роках, як і в попередні роки, суттєво переважав прихований ранній сифіліс. Звертає увагу збільшення кількості вагітних хворих прихованим пізнім сифілісом. Кількість випадків вторинного рецидивного сифілісу та випадків серорезистентності залишається в межах показників попередніх років. У всіх вагітних був статевий шлях зараження. Виявлені особливості клінічних форм сифілісу з переважанням прихованих форм хвороби свідчать про діагностичну цінність серологічного скринінгу та необхідність дотримання термінів його проведення в межах I та II триместрів вагітності. Клінічні форми сифілісу у вагітних в 2012-2013 роках представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

### Показники клінічних форм сифілісу та частоти серорезистентності у вагітних ЛОКШВД № 1 в 2012-2013 р.р., (%)

Форма сифілісу/роки	2012	2013
Прихований ранній сифіліс	70,59+6,44	76,92+6,83
Прихований пізній сифіліс	11,76+4,56	10,26+4,92
Вторинний рецидивний сифіліс	7,84+3,8	10,26+4,92
Частота серорезистентності	9,80+4,21	2,56+2,56

Надалі характерною особливістю сифілісу у вагітних є пізні звернення в Ж/К з приводу доношування вагітності внаслідок чого існують невисокі показники діагностики хвороби в I триместрі вагітності. Однак, показники діагностики сифілісу в I половині вагітності збільшилися вище 50 % випадків, що привело до суттєвого зменшення показника перинатальної смертності та невиношування вагітності. Термінами діагностики вторинного рецидивного сифілісу в 2012 році були - 20-21 та 30-31 тиждень вагітності, в

2013 році - 8-15 тижнів вагітності. Показники термінів діагностики сифілісу у вагітних представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

### Показники термінів діагностики сифілісу у вагітних, (%)

Терміни/роки	2012	2013
I триместр	23,53±6,0	30,77±7,49
II триместр	54,25±6,84	48,72±8,11
III триместр	21,57±5,82	20,51±6,55
I половина вагітності	60,78±6,9	56,41±8,04
Аntenатальний період, пологи	39,22±6,9	43,59±8,04

Показники місця мешкання хворих вагітних представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

## Показники місця мешкання хворих на сифіліс вагітних, (%)

Місце мешкання/роки	2012	2013
Місто	39,22±6,9	33,33±7,65
Село	60,78±6,9	66,67±7,65

Серед хворих на сифіліс вагітних переважали мешканки сільської місцевості. Це свідчить про необхідність проведення організаційних та санітарно-просвітницьких заходів серед жінок сільської місцевості, в тому числі щодо раннього звернення в Ж/К з приводу доношування вагітності та раннього звернення в Ж/К жінок, які перехворіли сифілісом раніше.

Сифіліс найчастіше був діагностований у жінок віком 25-29 та 30-35 років. Відмічається збільшення кількості випадків хвороби у жінок старших 35 років. Вік хворих вагітних представлений в таблиці 4.

Таблиця 4

## Вік хворих на сифіліс вагітних, (р.)

Вік/роки	2012	2013
До 18 років	-	-
18-19 років	1,96±1,96	-
20-24 роки	11,76±4,56	23,08±6,83
25-29 років	37,25±6,84	33,33±7,65
30-34 роки	33,33±6,67	23,08±6,83
35 років та більше	15,69±5,14	20,51±16,55

Перинатальна смертність у вагітних з сифілісом в 2012 році складала 39,22±27,5 ‰ (2 випадки), в 2013 році – 25,64±25,64 ‰ (1 випадок) та була спричинена випадками антенатальної загибелі плода (АЗП) відповідно в 25-26, 37-38 та 24-25 тижнів вагітності. Всі випадки АЗП відбулися при ранньому прихованому сифілісі та відсутності перебування на обліку в Ж/К з приводу доношування вагітності. У 100% АЗП вагітні були мешканками сільської місцевості. Показники завершення вагітності при сифілісі представлені в таблиці 5.

Таблиця 5

## Показники завершення вагітності при сифілісі, (%)

Показники/роки	2012	2013
Артифіційні аборти	-	5,13±3,58
Ранні викидні	-	-
Аборти по медичним показанням в II тр.	-	-
Пізні викидні	-	-
Передчасні пологи живим плодом	7,84±3,8	10,26±4,92
АЗП	3,92±2,75	2,56±2,56
Передчасні пологи мертвим плодом	1,96±1,96	2,56±2,56
Термінові пологи живим плодом	88,24±4,56	82,05±6,23
Термінові пологи мертвим плодом	3,92±2,75	-
Перинатальна смертність ‰	39,22±27,5	25,64±25,64

Переважає кількість хворих на сифіліс жінок лікувалася та доношувала вагітність. Невиношування вагітності відбулося у нелікованих жінок при прихованому ранньому сифілісі. Випадків інтранатальної загибелі плода не було. Випадків материнської смертності не було. Випадків ранньої неонатальної смертності також не було.

**Висновки**

1. У хворих на сифіліс жінок в 2012-2013 роках переважали приховані форми сифілісу. Частота прихованого раннього сифілісу складала 70,59+6,44 % та 76,92+6,83 % . Прихований пізній сифіліс виявлений відповідно у 11,76+4,56 % та 10,26+4,92 % вагітних. Основним методом діагностики сифілісу під час вагітності залишається серологічний скринінг. Своєчасна діагностика сифілісу асоційована з дотриманням нормативів проведення серологічного скринінгу у вагітних.
2. Серед хворих вагітних та у всіх випадках АЗП та невиношування вагітності переважали мешканки сільської місцевості. Це дозволяє рекомендувати лікарям лікувальних установ сільської місцевості проводити санітарно-просвітницьку роботу серед жіночої частини населення щодо доцільності звернення в Ж/К з приводу доношування вагітності в межах I триместру.
3. Профілактика перинатальних ускладнень при сифілісі складається з своєчасної діагностики та специфічного/профілактичного лікування хворих вагітних в межах II триместру вагітності.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Hossain M., Broutet N., Hawkes S. The elimination of congenital syphilis: A comparison of national policies to the World Health Organization proposed action plan for the elimination of congenital syphilis // Sex. Transm. Dis. - 2007. - № 34. –Supplement. – P. S22-S30.
2. Conway J. H. Recognizing and Reducing the Global Burden of Congenital Syphilis: The Time Is Now//Sexually Transmitted Diseases. - 2007. – Vol. 34. - Issue 7. - P. S2-S4.
3. Прищепя А.П. Плацентарна дисфункція у вагітних з сифілітичною інфекцією. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2011. – 21 с.
4. Башинська О.В. Профілактика перинатальної захворюваності та смертності новонароджених від матерів, що хворіли на сифіліс : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 – 2008. – 22 с.
5. Булда О. В. Особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та корекція ускладнень у жінок із сифілісом в анамнезі: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 – 2008. – 24 с.
6. Herremans T., Kartbeek I., Notermans D.W. A review of diagnostic test for congenital syphilis // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect.Dis. – 2010. - № 29. - P. 495- 501.

УДК 618.17.177:618.11-008.61

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ  
У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ  
ПРИ ЯИЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ**

*ЯРОЦКИЙ Н.Е., СЕМЕНЮК Л.М.*

г. Киев

На долю гормональных нарушений приходится 10-15% всех случаев привычного выкидыша, причем без своевременной терапии предотвратить потери беременности практически невозможно [1]. Сложным вопросом в лечении женщин с привычным выкидышем остается гиперандрогения. Установлено, что к причинам андрогенизации у женщин относятся: синдром поликистозных яичников - 82%; гиперандрогения при наличии овуляции — 7%; идиопатический гирсутизм - 5%; черный акантоз (гиперандрогения + инсулинорезистентность