

THE EFFECT OF INTRAVENOUS INFUSIONS OF THE NEW DOMESTIC “REOSORBILACT” MEDICATION ON THE BLOOD UREA VALUE OF PATIENTS FOLLOWING OPERATIONS ON THE ESOPHAGUS AND STOMACH

**V.L.Novak, I.V.Vovk, B.O.Kondrats’kyi, S.V.Prymak, M.P.Dzisiv, O.P.Novak, R.P.Dzis,
L.G.Doroshenko, Ye.P.Karpovalchuk, V.Ye.Chaban, I.M.Parobets’ka, V.V.Ivasyk**

Abstract. In order to study the energetic action of the administered intravenously complex “Reosorbilact” medication a new method of evaluating a blood urea concentration difference prior to and after medication infusions has been used. A clinical application of Reosorbilact has been carried out in 130 operated patients. A total of 370 infusions has been performed. The results of the trials have demonstrated that a statistically significant decrease of the blood urea concentration of operated patients is observed at an early stage of the postoperative period. A difference of blood urea following the infusions of “Reosorbilact” acquires a negative character, the latter being explained by the energetic action of Reosorbilact whose basic pharmacologically acting substance is high energy 6 atom alcohol – sorbitol. Intravenous infusions of Reosorbilact reduce the intensity infusion of urea formation at an early stage of the postoperative period.

The complex infusing “Reosorbilact” medication is registered and entered into the State register of medicinal agents of Ukraine. The industrial production of the agent is regulated.

Key words: intravenous infusions, Reosorbilact, blood urea, operated patients.

Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine of Ukraine's AMS (Lviv)
Danylo Halyts'kyi National Medical University (Lviv)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2. - P.49-52

Надійшла до редакції 20.09.2005 року

УДК 616.248:616.12-073.7

E.H.Pas’ko, N.I.Yabluchanskiy, A.V.Martynenko

**ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДОЛГОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ И БРОНХОЛИТИКАМИ**

Кафедра внутренних болезней Харьковского национального университета им. В.Н.Каразина

Резюме. Изучены половые особенности долгосрочной терапии бронхиальной астмы ингаляционными глюкокортикоидами и бронхолитиками и разработаны предложения по улучшению терапии и контроля бронхиальной астмы. В амбулаторных условиях обследовано 140 пациентов с бронхиальной астмой I-IV степени тяжести. Результаты показали, что в группе женщин под влиянием терапии сохраняются более высокие

показатели функции внешнего дыхания за счет однократного процентного прироста их значений в обеих группах при различном характере значений показателей вариабельности сердечного ритма. Все результаты обосновывают необходимость учета пола пациентов в планировании терапии бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, пол, терапия, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики.

Вступление. В современном обществе бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Пол пациента является одним из доказанных факторов риска развития БА, в детстве бронхиальная астма встречается чаще у мальчиков, различие по полу исчезает после 10 лет, в подростковом возрасте и среди взрослых чаще болеют женщины [2,8].

Современная терапия БА регламентирована приказом МОЗ Украины и разработана на основе рекомендаций Национального института США - Сердце, легкие и кровь, Всемирной организации здравоохранения и «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» GINA-2002. В качестве базисной противовоспалительной терапии рекомендованы ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС) [2,5,6], для неотложной помощи в период симптомов БА - бронхолитики короткого действия [1,2,6]. Многоцентровые исследования GINA, GOAL определи-

ли критерии диагностики и тактику лечения БА различной степени тяжести, однако ответ на проводимую терапию в выборке пациентов оказался неоднородным [2]. В поиске факторов, влияющих на эффективность проводимой терапии, особое внимание уделяется оценке пола и возраста пациента, длительности заболевания и нарушениям со стороны автономной нервной регуляции (АНР).

Цель исследования. На основании изучения половых особенностей долгосрочной терапии бронхиальной астмы ингаляционными глюкокортикоидами и бронхолитиками разработать предложения по ее улучшению.

Материал и методы. На базе городской поликлиники №6 обследовано 140 пациентов с бронхиальной астмой (БА) I - IV степени тяжести, из них 58 мужчин и 82 женщины. Средний возраст обследованных $48 \pm 2,5$ года. Давность заболевания 9,3 года. В выборке преобладали пациенты средней (32%) и тяжелой (49%) степе-

ни тяжести персистирующей БА. У большинства пациентов (58%) частота обострений БА составила 2 раза в год. Диагностика степени тяжести БА основывалась на диагностических критериях, рекомендованных приказом № 499 МОЗ Украины. Учитывались данные анамнеза, объективного осмотра и лабораторно – инструментальных диагностических исследований (клинический анализ мочи, крови, мокроты; флюорография, ФВД).

Изучение клинических признаков и показателей ФВД, ВСР проводились в базальных условиях до и через 15-30 минут после острой фармакологической пробы (ингаляция сальбутамола, 200 мкг). Перед исследованием ФВД и ВСР пациентам отменяли проводимую терапию бронхолитиками короткого действия за 6 ч до начала теста, пролонгированными - за 12 ч, метилксантинами - за 24 ч. В течение 24 часов до исследования пациенты не принимали кофе, алкоголя и препаратов, влияющих на показатели ВСР.

Анализ функции внешнего дыхания проводили с помощью компьютерного спирографа «SpiroCom» ХАИ до и через 30-40 минут после ОФП. Учитывались: частота дыхательных движений (ЧДД), объемы форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), мгновенные объемные скорости форсированного выдоха в момент 25, 50, 75% ФЖЕЛ (МОС_{25,50,75}). Исследование повторялось в соответствии с протоколом на этапе терапии через 1, 3 месяца, 1 год.

Показатели ВСР и фазовой структуры сердечного цикла оценивались с помощью компьютерного электрокардиографа «Cardiolab+» ХАИ. ЭКГ регистрировали в клино- и ортостазе до и через 30-40 минут после ОФП. Анализу подвергались 5 - минутные интервалы ЭКГ [7]. Для анализа вариабельности сердечного ритма использовались: ЧСС - частота сердечных сокращений в минуту; ТР (мс^2) - общая мощность спектра; LF (мс^2) – мощность низких частот и HF(мс^2) - высоких частот, оценивалось отношение мощностей низкочастотной и высокочастотной областей спектра (LF/HF). Для идентификации участков ритмограммы, пригодных для корректного спектрального анализа ВСР и оценки стационарности ВСР использовались М-индексы, базирующиеся на вычислении локальных показателей Ляпунова: М – устойчивости, М0 – нелинейности и М1 - фазового движения.

Все пациенты получали базисную терапию, соответствующую степени тяжести БА: ежедневно ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС) в дозе 250-1500 мкг/сут, ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия при необходимости. Оценивалось влияние терапии на клинические проявления и показатели ФВД и ВСР по истечении 1, 3 месяца, 1 год лечения БА.

По половому признаку пациенты были разделены на 2 группы: мужчин – 58, женщин – 82. Каждая группа пациентов БА подразделялась на подгруппы в зависимости от исходного ОФВ₁: с исходным ОФВ₁>80% 12 мужчин и 32 женщины,

с исходным 80%>ОФВ₁>60% 28 мужчин и 29 женщин, с исходным ОФВ₁ <60% 21 мужчина и 18 женщин.

Данные заносились в базу Microsoft Excel и обрабатывались стандартными статистическими методами. Рассчитывались: среднее значение (M) и стандартное отклонение (d). Для оценки статистических различий между группами пациентов использовались t критерий Стьюдента и U критерий Манна-Уитни. Для установления взаимосвязи между значениями ЧДД, ОФВ₁, ФЖЕЛ, МОС_{25,50,75} ФВД и ТР, LF, LF\HF ВСР до и на этапах терапии был использован однофакторный корреляционный анализ с расчетом коэффициентов корреляции между соответствующими показателями.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты сравнения показателей ФВД у пациентов БА в зависимости от пола для разных уровней ОФВ₁ представлены в табл. 1.

Исходно при ОФВ₁>80 значения показателей ФВД в группах мужчин и женщин были практически одинаковы, мало отличались от контрольных и находились в пределах физиологической нормы. Терапия на этапах 1,3 месяцев и 1 года на показатели ФВД влияния не оказала, колебания были незначительными и оставались в пределах нормативов.

При 80%>ОФВ₁>60% в сравнении с контролем в группах мужчин и женщин показатели ФВД достоверно более низкие. При этом в группе женщин отмечалась тенденция к более высоким значениям показателей ФВД. Терапия на всех этапах на ЧДД значимого влияния не оказала. Краткосрочная терапия в обеих группах на показатели ФВД значимого влияния не оказала, тогда как долгосрочная характеризовалась приростом всех значений показателей ФВД, практически одинаковым как в группах женщин, так и мужчин, соответственно, на 10 и 14% для ФЖЕЛ, на 14% для ОФВ₁, на 12,18, и 9,10% для МОС_{25,50,75}.

Исходно при ОФВ₁<60 значения показателей ФВД были несколько выше у женщин, в сравнении с мужчинами (на 7% для ФЖЕЛ и на 8% для ОФВ₁). Снижение ЧДД по итогам краткосрочной терапии в группе женщин составило -15%, мужчин - 19%. Прирост остальных значений показателей ФВД был незначительным и недостоверным. Долговременная терапия достоверно снизила ЧДД на 19 и 23% у женщин и мужчин соответственно и повысила ФЖЕЛ, ОФВ₁ и МОС_{25,50,75}, на 13; 10,9; 15,22% в группе женщин и на 10,24,4,20,12% в группе мужчин.

Показатели ВСР у пациентов БА до и на этапах терапии в зависимости от пола представлены в табл.2. Исходные значения показателей ВСР в группах мужчин и женщин с ОФВ₁>80% были высокими и мало отличались от контроля. Терапия на всех этапах недостоверно снизила показатели ВСР (VLF, LF, HF, LF\HF) и не повлияла на значения ЧСС.

В группах мужчин и женщин с исходным 80%>ОФВ₁>60% показатели ВСР характеризова-

Таблиця 1

**Показатели функции внешнего дыхания пациентов с бронхиальной астмой
до и на этапах терапии в зависимости от пола (М, δ)**

Пол	Показатели ФВД	Этапы терапии											
		До терапии			1 месяц			3 месяца			1 год		
		ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%
Женщины	ЧДД	16 9	18 6	21 7	16 6	18 2	20 4	15 7	18 2	18 5	16 5	16 4	17 5
	ФЖЕЛ	93 20	66 10	62 14	91 14	71 20	59 12	90 15	74 20	65 2	92 10	76* 15	75* 21
	ОФВ ₁	89 7	66 9	48 5	91 16	70 9	49 18	81 11	75 11	45 9	86 3	75* 6	68* 6
	МОС ₂₅	81 17	56 19	47 12	85 25	61 26	36 11	76 13	61 18	42 8	80 12	68* 5	56 16
	МОС ₅₀	79 21	53 19	33 18	74 19	54 15	31 6	78 10	53 20	36 11	75 16	71* 6	48* 8
	МОС ₇₅	56 11	63 22	27 19	65 26	45 16	25 5	56 12	53 11	32 10	65 8	66 15	49* 13
Мужчины	ЧДД	16 6	18 3	22 6	15 4	18 8	20 4	16 5	18 5	19 3	16 4	16 8	17 6
	ФЖЕЛ	89 16	61 10	55 18	91 15	67 12	65 15	88 15	68 12	56 2	93 12	75* 13	65 21
	ОФВ ₁	84 9	66 9	40 10	91 16	70 9	42 11	81 11	72 13	45 9	91 12	74 21	64* 17
	МОС ₂₅	81 17	56 19	48 12	85 25	61 26	36 11	76 13	55 19	42 8	83 16	65* 17	51 18
	МОС ₅₀	79 21	53 19	30 21	74 19	53 19	31 6	78 10	51 15	45* 18	79 18	63* 15	50** 19
	МОС ₇₅	64 11	61 19	30 21	65 26	45 16	25 5	56 12	51 18	48* 19	79 19	61* 14	48* 20

Примечание. * – достоверные различия между группами

Таблиця 2

**Показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с бронхиальной астмой
до и на этапах терапии в зависимости от пола (М, δ)**

Пол	Показатели ВСР	Этапы терапии											
		До терапии			1 месяц			3 месяца			1 год		
		ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%	ОФВ ₁ >80%	80% >ОФВ ₁ >60%	ОФВ ₁ <60%
Женщины	TP, мс ²	1309 1273	1050 800	630 403	1045 967	1002 632	838 652	949 681	981 721	808 806	1276 978	906 715	810 686
	VLF, мс ²	534 399	425 352	344 230	361 179	544 358	422 345	427 308	425 352	454 399	516 391	422 373	433 427
	LF, мс ²	362 574	282 262	162 154	179 91	298 232	225 230	226 216	260 236	169 136	285 272	278 310	184 203
	HF, мс ²	194 366	168 223	96 112	60 30	93 113	129 144	120 137	153 213	62 53	178 222	116 142	126 228
	LF/HF, %	3,0 1,8	3,5 3,2	2,8 2,4	3,5 1,4	5,3 5,5	2,4 2,1	2,7 1,3	3,6 3,2	3,7 2,7	2,4 1,4	3,5 2,8	2,4 1,7
	ЧСС, уд/мин	78 11	80 10	82 13	80 7	78 11	77 11	78 10	80 10	86 14	78 10	79 9	81 12
Мужчины	TP, мс ²	1552 1201	781 898	665 104	1385 967	712 571	960* 584	1413 1272	964 821	882 835	1162* 596	892 618	897 614
	VLF, мс ²	544 471	327 335	333 757	368 171	474 412	392 270	530 404	440 390	495 582	330* 162	516 358	408 307
	LF, мс ²	261 206	286 378	222 251	375 307	122 76	267 256	409 580	302 322	193 210	214 176	238 228	245 241
	HF, мс ²	132 149	97 191	162 276	27 25	66 54	212 187	208* 353	137 202	130 215	61 38	81 90	169 169
	LF/HF, %	2,8 2,8	4,7 3,5	2,2 1,4	2,1 2,2	2,9 1,9	1,2 0,6	3,6 3,3	4,0 3,4	2,5 2,0	2,7 1,8	4,2 4,4	3,1 5,5
	ЧСС, уд/мин	72 13	79 9	78 11	72 14	76 8	75 10	78 11	80 9	80 12	77 11	77 9	76 11

Примечание. * – достоверные различия между группами

лись достоверно низкими значениями показателей ВСР в сравнении с контролем, причем показатели ВСР были ниже у мужчин. Терапия БА в

течение 1 месяца не оказала влияния на ЧСС, но привела к различным реакциям со стороны других показателей ВСР. В группе мужчин происхо-

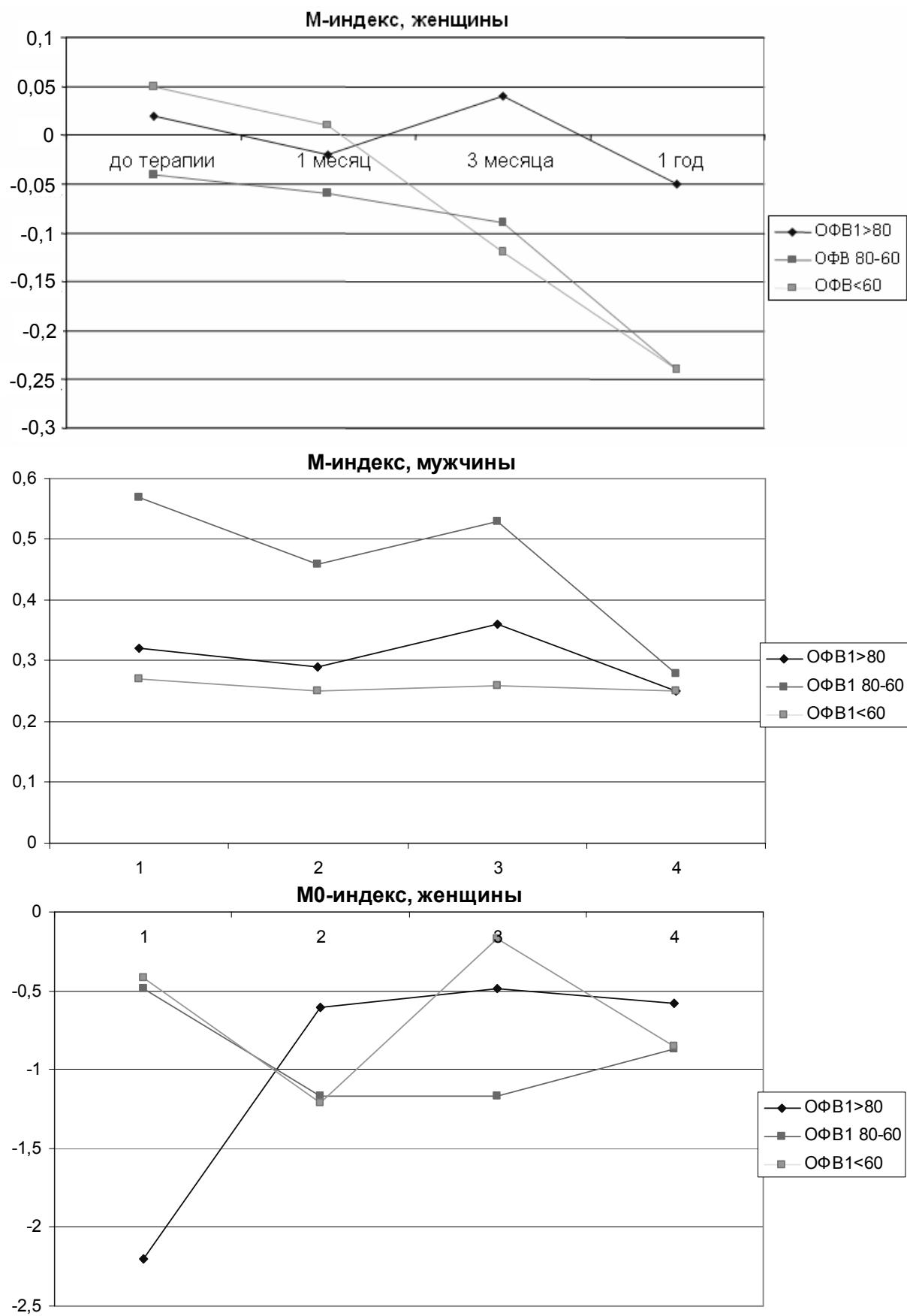


Рис. 1. Нелинейные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов БА до и на этапах лечения в зависимости от пола (М)

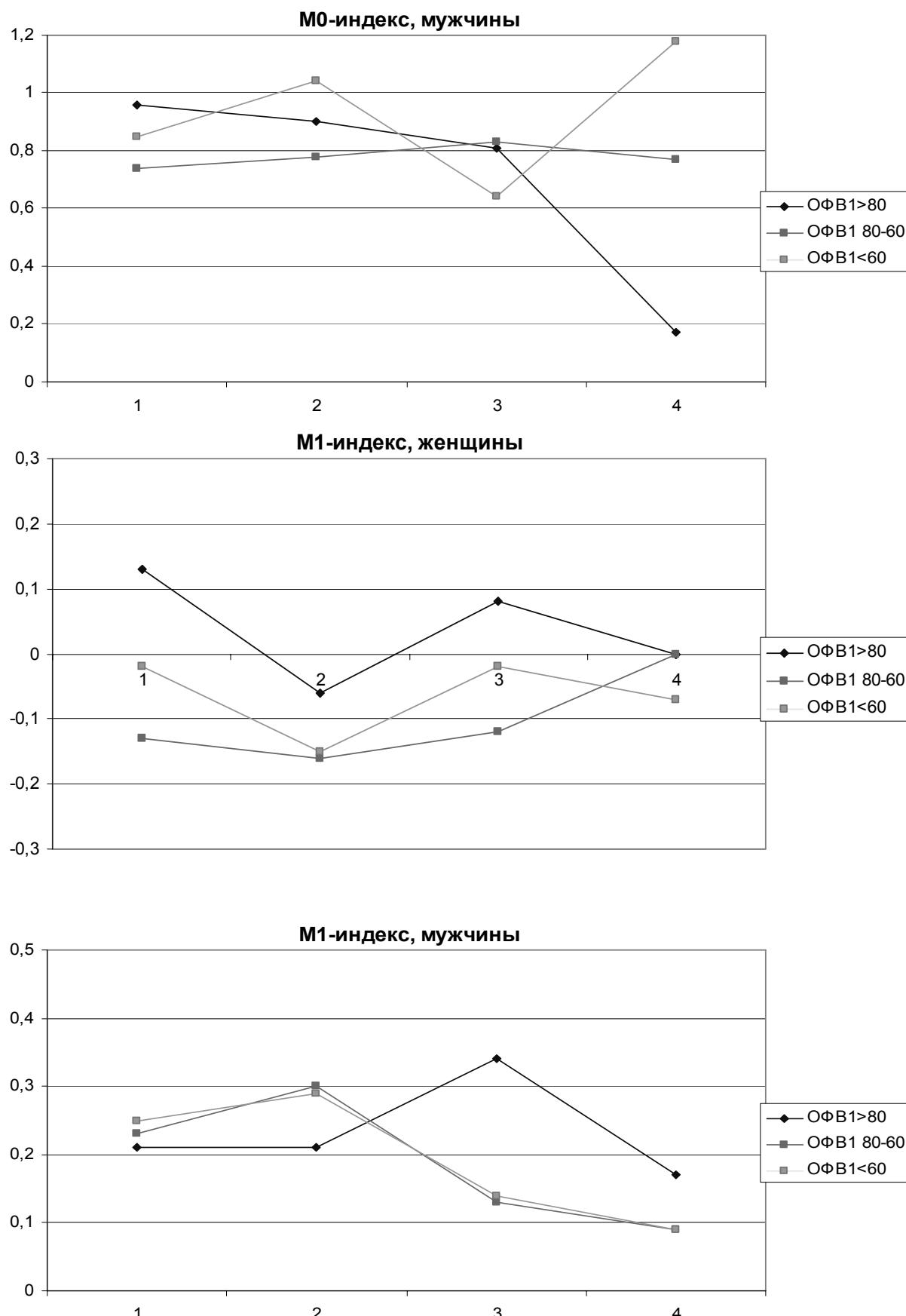


Рис. 2. Нелинейные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов БА до и на этапах лечения в зависимости от пола (М)

дило некоторое снижение ТР, HF BCP и падение симпатовагального баланса на 40%, дальнейшая терапия привела к увеличению значений показателей ТР, VLF, LF/HF BCP. В группе женщин снижение ТР и HF BCP, и увеличение LF/HF характерно для всех этапов терапии.

Для групп мужчин и женщин с ОФВ₁ <60% характерны наиболее низкие значения показателей BCP в сравнение с группой контроля. Терапия на всех этапах повышает значения ТР BCP за счет всех частотных диапазонов, мало влияя на LF/HF. ЧСС была исходно выше в группе женщин, а колебания ее значений под влиянием терапии на этапах терапии была незначима.

Изменения М-индексов до и на этапах терапии в зависимости от пола представлены на рис. 1, 2. Исходно в группе мужчин значения М-индексов (M, M0, M1) были выше. Под влиянием терапии значения М-индекса снижались в обеих группах, более выражено в группе женщин. Реакция M0-индекса на терапию была разнонаправленной и отличалась в подгруппах. В подгруппе женщин и мужчин с исходным ОФВ₁ >80% M0 стремится к нулю, у женщин – за счет повышения, у мужчин – за счет снижения значения. Терапия БА на M0-индекс мужчин с исходным 80% >ОФВ₁ >60% и <60% оказала разнонаправленное влияние, колебания значений были более выражены в подгруппе с ОФВ₁ <60%. Под влиянием терапии колебания значений M1-индекса снижались и приближались к нулю для всех подгрупп мужчин и женщин.

Нами установлены исходно более легкое клиническое течение и более высокие значения показателей ФВД в группе женщин, характерное для всех подгрупп и достоверное в подгруппе 80% >ОФВ₁ >60%. У пациентов БА всех подгрупп терапия уменьшает клинические проявления и повышает значения показателей ФВД, что соответствует данным [7,9,10]. Однаковый процентный прирост их значений в сравниваемых группах имеет следствием сохранение установленных перед началом лечения различий, когда большими они были в группе женщин.

Найденные исходно высокие и с незначительными колебаниями на этапах терапии значения показателей BCP у мужчин и женщин с исходным ОФВ₁ >80 характеризуют сохраненную для этой категории пациентов БА адаптационную регуляторную способность. Для более низких классов ОФВ₁ (<80%) характерны исходно низкие значения показателей BCP с высоким отношением LF/HF, как свидетельство симпатикотонии, что подтверждает данные [3, 4, 8]. Установленные нами в обеих группах пациентов с исходным 80% >ОФВ₁ >60% разнонаправленные изменения значений показателей BCP на этапах терапии следует связывать как с существованием половых различий в регуляторных механизмах автономной нервной системы, так и, возможно, с недостаточной эффективностью стандартной терапии БА. Отсутствие значимых различий в

динамике изменений показателей BCP между пациентами обеих групп с ОФВ₁ <60% мы склонны связывать с тяжестью БА. Для пациентов БА характерны половые отличия значений М-индексов BCP и тенденция к стабилизации по итогам терапии в течение 1 года, что подтверждает положительное влияние лечения на состояние регуляции при БА и позволяет использовать нелинейные характеристики BCP в мониторинге БА.

Выводы

1. Установлено существование половых различий у пациентов БА, проявляющееся в более легком течении и изначально более высоких показателях ФВД и BCP в группе женщин.

2. Терапия оказывает положительное влияние на течение БА в обеих группах пациентов и проявляется улучшением клинических признаков и показателей ФВД (ОФВ₁, МОС_{25,50,75}) и BCP (TP, LF, HF, LF/HF).

3. По итогам длительной терапии БА в группе женщин сохраняются более высокие показатели ФВД за счет одинакового процентного прироста их значений в обеих группах при различном характере изменений значений показателей BCP.

4. Результаты обосновывают необходимость учета пола пациентов в планировании и контроле БА.

Перспективы дальнейших исследований. Установленное значение полового фактора является основанием для дальнейшего изучения связи между конституциональными особенностями пациентов и результатами терапии БА.

Литература

1. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Роль β₂-агонистов при лечении больных с тяжелым обострением бронхиальной астмы // Терапевт. арх. – 2000. - № 2.- С. 75-78.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. // М.: Атмосфера, 2002.- 160с.
3. Давыдова Е.В., Смольникова О.А., Зарипова Г.Р., Инсарская Т.И. Анализ вариабельности сердечного ритма в оценке эффектов бронходилататоров при хроническом обструктивном синдроме // Пульмонология.- 1999.- №5.- С. 67–72.
4. Ключева М.Г., Геппе Н.А., Рывкин А.И. Влияние атровентилятора на нейровегетативный статус, вентиляционно-перфузионные отношения у больных бронхиальной астмой // Аллергология.- 2005. - №59 (1).- С. 1205-1210.
5. Марков А.Е. Роль глюкокортикоидов для ингаляционного применения в лечении больных с бронхиальной астмой // Укр. мед. часопис.- 1999.- №3 (11).- С. 23-25.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2003 р. № 499 „Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів”
7. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В., Исаева А.С. и др. Исследуем регуляторные процессы.- Донецк: ЧП Бутасова, 2005.- 196с.

8. Heindl S., Lehnert M., Criée C-P. et ol. Marked Sympathetic Activation in Patients with Chronic Respiratory Failure // Am. J. Respir. Crit. Care Med.- 2001.-№ 4 (164).- P. 597-601.
9. Antczak A., Kurmanowska Z., Kasielski M., Nowak D. Inhaled glucocorticosteroids decrease hydrogen peroxide level in expired air conden-

- sate in asthmatic patients // Respir. Med. J. - 2000. -№ 5(94). - P. 416-421.
10. Bellamy D, Harris T. Poor perceptions and expectations of asthma control: results of the International Control of Asthma Symptoms (ICAS) patient survey // Eur Respir J .-2004.- № 24 (48).-P. 83-87.

GENDER DIFFERENCES OF LONG – TERM THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA BY INHALATION CORTICOSTEROIDS AND BRONCHIAL SPASMOlyTICS

Ye.N.Pas'ko, N.I.Yabluchansky, A.V.Martynenko

Abstract. The authors have studied the gender peculiarities of long – term therapy of bronchial asthma by means of inhalation glucocorticosteroids and bronchial spasmolytics and proposals to improve therapy and control of bronchial asthma have been worked out. 140 patients with bronchial asthma of severity degree I – IV were examined in the outpatient setting. The results have demonstrated that higher parameters of the external respiration function persist in the female group under the influence of therapy at the expense of an identical percentage increment of their values in both groups with a varying character of the values of the variability parameters of the heart rate. The results substantiate the necessity of taking into account patients' gender, while planning therapy of bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, gender, therapy, inhalation glucocorticosteroids and bronchial spasmolytics.

V.N.Karazin National University (Khar'kov)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2.- P.52-58

Надійшла до редакції 16.12.2005 року

УДК 618.177- 07- 08

C.П.Польова, Л.М.Рак

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОЇ БЕЗПЛІДНОСТІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – доц. С.П.Польова)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У науково-дослідній роботі (НДР) кафедри висвітлена актуальна проблема сучасної гінекології щодо підвищення ефективності та безпечності допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) при лікуванні

безплідності в реалізації Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005".

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, безплідність, допоміжні репродуктивні технології.

Вступ. Репродуктивне здоров'я населення є фактором національної безпеки, критерієм ефективності соціальної та економічної політики держави. Гінекологічна захворюваність, ріст інфекцій, що передаються статевим шляхом, епідемія туберкульозу, а також зростання кількості ВІЛ-інфікованих викликають велике занепокоєння [3,4,5]. Зросла частота розладів менструального циклу, у тому числі в дівчаток-підлітків, збільшилася кількість запальних захворювань статевих органів, значно підвищилася кількість абортів, які продовжують залишатися в Україні національною проблемою [6,7,8]. Враховуючи важливість проблеми репродуктивного здоров'я, Міністерством охорони здоров'я України за участю науковців розроблені заходи щодо виконання Національної програми „Репродуктивне здоров'я“ на 2001-2005 рр. Вирішення таких проблем пов'язане зі змінами соціально-економічного станову населення, а також із впровадженням сучасних медичних технологій, розроблених на основі досягнень фундаментальних досліджень у різних галузях науки [1,2,5]. Впровадження в гінекологі-

чну практику ендоскопічних методів дослідження, допоміжних репродуктивних технологій є другим важливим етапом, який забезпечує ефективність діагностики і лікування безплідності. Більше того, ендоскопічні технології абсолютно змінили підходи до діагностичних і оперативних втручань у жінок репродуктивного віку [1,3].

Мета дослідження. Провести аналіз відновлення репродуктивної функції в жінок із безплідністю з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Матеріал і методи. Впродовж 2001-2005 рр. науковцями кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинського державного медичного університету проведено багатопланові дослідження, які направлені на розробку та впровадження методів діагностики, лікування та профілактики патологічних станів репродуктивної функції в жінок.

Проведено обстеження 147 жінок, які були розподілені на дві групи: основна – 103 пацієнтки з безплідністю різного генезу, що лікувалися за програмою ДРТ; контрольна група – 44 практич-