

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
3-41

Редакційна колегія:

Венцківський Б. М. – головний редактор,
Сенчук А. Я. – відповідальний редактор,
Абабкова Г. М. – відповідальний секретар,
Голота В. Я., Грищенко В. І., Запорожан В. М.,
Зелінський О. О., Маркін Л. Б., Чайка В. К.

*Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць
Асоціації акушерів-гінекологів України,
вважаються фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо
за поданням спеціалізованої вченої ради.*

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6.

*Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ №3140 від 25.03.1998*

3-41 Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. –
К.: Інтермед, 2011. – 1024 с.
ISBN 978-966-8905-10-0

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем
охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації
акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

ISBN 978-966-8905-10-0

© Асоціація акушерів-
гінекологів України, 2011

<i>Дорогая Е. П., Кузьмук Л. П.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛЯЦИИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....	275
<i>Доскоц І. О.</i> ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ КОНТРАЦЕПТИВУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	277
<i>Дронова В. Л., Подольський В. В., Луценко О. В., Тетерин В. В., Теслюк Р. С.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК.....	285
<i>Друпп Ю. Г., Подоляка В. Л., Подоляка Д. В., Тутов С. Н., Ольшевская Е. В.</i> ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	289
<i>Дубоссарская З. М., Грек Л. П.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С «ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	294
<i>Дубоссарская З. М., Дука Ю. М., Щепанкова Н. Ф., Ширинкина Н. К.</i> ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ТРОМБОФИЛИЕЙ.....	298
<i>Дубоссарская Ю. А., Падалко Л. И., Захарченко Л. Г., Савельева Е. А., Самарец С. А.</i> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	302
<i>Дубчак А. Е., Довгань Е. И., Мандзий И. Н., Дубчак В. Е.</i> ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ КОК ЖЕНЩИНАМ С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	307

<i>Дудченко А. А., Ліхачов В. К., Мітюніна Н. І., Добровольська Л. М., Кушнір Л. М.</i>	
ЗМІНИ СТРУКТУРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕТИЧНОГО ВАНТАЖУ ЗА ПЕРІОД 2003–2010 РОКИ.....	311
<i>Дука Ю. М.</i>	
РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	314
<i>Егорова Я. А., Хомуленко И. А., Рыбалка А. Н., Заболотнов В. А.</i>	
ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	318
<i>Ермоленко Т. А., Надворная О. Н.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ДЕВОЧЕК–ПОДРОСТКОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ.....	325
<i>Жабченко І. А., Хомінська З. Б., Коваленко Т. М., Черненко Т. С., Похитун М. В.</i>	
ДИНАМІКА ЗМІН РІВНЮ ПРОЛАКТИНУ В КРОВІ ТА ГРУДНОМУ МОЛОЦІ ЖІНОК З КІСТОЗНО-ФІБРОЗНОЮ ХВОРОБОЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ЛАКТАЦІЇ.....	328
<i>Жаркіх А. В., Сюсюка В. Г., Плотник В. О.</i>	
СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ ЗА ДАНИМИ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІІ.....	333
<i>Железная А. А.</i>	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ.....	337
<i>Железная А. А.</i>	
«ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ» У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ.....	341

<i>Скрипник І. М., Добровольська Л. М., Ліхачов В. К., Маслова Г. С., Макаров О. Г.</i>	
ПРОФІЛАКТИКА МЕНОМЕТРОРРАГІЇ У ФЕРТИЛЬНИХ ЖІНОК ІЗ АУТОІМУННОЮ ТРОМБОЦИТОПЕНІЄЮ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОК У ПРОЛОНГОВАНОМУ РЕЖИМІ.....	784
<i>Скрипченко Н. Я., Коломійцева А. Г., Діденко Л. В., Жабченко І. А., Буткова О. І.</i>	
ЗНИЖЕННЯ МАТЕРИНСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ.....	787
<i>Скурятіна Н. Г., Гнатко О. П.</i>	
ПЕРСИСТУЮЧІ УРОГЕНІТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	792
<i>Слепичко Ю. Н., Олешко В. Ф.</i>	
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.....	797
<i>Слюсарь Т. И., Джеломанова О. А., Пилипенко О. Н., Левченко И. И., Гетьман И. А.</i>	
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ ЭКО.....	802
<i>Соловьева Е. А., Чурилов А. В.</i>	
ОКСИД АЗОТА В БИОСРЕДАХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	806
<i>Степанківська Г. К.</i>	
СТОРІНКИ З ІСТОРІЇ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1 НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ.....	811
<i>Сторчило О. В., Мещерякова Н. В., Маричереда В. Г.</i>	
ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПРОДУКЦИЮ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У САМОК КРЫС.....	814
<i>Струк В. Ф.</i>	
ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПАРЕНТ-ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ.....	817

<i>Струк В. Ф., Попович П. І., Гудивок І. І., Нижник В. І.</i> РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗБУДНИКІВ ДО ГЕМІФЛОКСАЦИНУ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	823
<i>Стрюков Д. В., Паращук Ю. С., Овчаренко О. Б., Лященко О. А., Афанасьєв І. В.</i> СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	827
<i>Сумцов Г. О., Маренцева Л. В., Бардакова І. В., Витковская Т. Д., Сумцов Д. Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А(Н1N1) У БЕРЕМЕННЫХ.....	830
<i>Сюсюка В. Г., Жарких А. В., Шапран Н. Ф., Сытникова М. Н., Нечухаева И. А.</i> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ. САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ.....	835
<i>Талалаєнко Ю. А., Данилова Ю. Н.</i> ВЛИЯНИЕ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ НА РАЗВИТИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВОЗНИКШИМИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	838
<i>Талалаєнко Ю. О., Князева Н. В., Гребельна Н. В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ПІЄЛОНЕФРИТОМ ПРИ ВАГІТНОСТІ.....	841
<i>Тарасенко К. В.</i> МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З УСКЛАДНЕННЯМИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ.....	845
<i>Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Тутченко Т. М., Васильченко Л. А., Джупін В. О.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ СУБМУКОЗНИХ ЛЕЙОМІОМ.....	851
<i>Ткаченко В. Б., Воробйова І. І., Рудакова Н. В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФОРІЧНИХ РОЗЛАДІВ ЯК ФАКТОРА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.....	853

ПРОФІЛАКТИКА МЕНОМЕТРОРАГІЇ У ФЕРТИЛЬНИХ ЖІНОК ІЗ АУТОІМУННОЮ ТРОМБОЦИТОПЕНІЄЮ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОК У ПРОЛОНГОВАНОМУ РЕЖИМІ

*Скрипник І. М., Добровольська Л. М., Ліхачов В. К., Маслова Г. С.,
Макаров О. Г.*

м. Полтава

Аутоімунна тромбоцитопенія, або ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) являє собою найпоширенішу нозологічну форму серед усіх тромбоцитопеній [1]. Вона обумовлена зменшенням тривалості життя тромбоцитів та їх підвищеним руйнуванням внаслідок дії антитромбоцитарних аутоантитіл, які синтезуються переважно в селезінці лімфоцитами і плазмоцитами та направлені проти власних тромбоцитів. Захворювання виникає переважно у жінок репродуктивного віку і має хронічно-рецидивуючий перебіг (протягом багатьох місяців і років) [2].

Клінічними проявами ІТП є дрібноточкові петехії та невеликі синяки на передній частині тулуба, верхніх та нижніх кінцівках, профузні носові кровотечі, кровотечі з ясен, тривалі та рясні менструації та небезпечні для життя порушення менструального циклу за типом менометрорагії. Крововиливи в яєчники (арорлехія ovarii) можуть бути причиною виникнення симптомів «гострого живота», оперативне втручання з приводу якого у таких пацієнток супроводжується збільшенням крововтрати. Смертність при важких, резистентних до терапії формах ІТП сягає 2–5% [2, 3].

Показанням для призначення глюкокортикоїдів (преднізолону або його дериватів в розрахунку за преднізолоном) є підвищена кровоточивість та критичне зниження кількості тромбоцитів ($30,0 \times 10^9/\text{л}$). ІТП, яка перебігає без геморагій та з кількістю тромбоцитів, вищу за критичні показники, підлягає лише спостереженню у гематолога [3].

В сучасній гінекології широкого застосування набуває використання неконтрацептивних протекторних можливостей комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Механізм дії гормональних контрацептивів на окремі ланки репродуктивної системи залежить від виду і дози препарату. Якщо центральний механізм дії КОК обумовлений пригніченням овуляції, що забезпечує як контрацептивний ефект, так і захищає яєчники від можливої апоплексії, то периферична дія виражається в пригніченні проліферації ендометрію, внаслідок чого зменшується менструальна крововтрата та попереджаються міжменструальні

кровотечі [4]. Найбільшу антипроліферативну активність мають КОК, які в якості прогестагенного компонента вміщують левоноргестрел, діногест, гестоден [5].

Вплив КОК на згортуючу систему крові визначається, головним чином, естрогенним компонентом і залежить, в першу чергу, від дози етинілестрадіолу. Теоретично більш безпечними є мікродозовані КОК, які вміщують 20 мкг етинілестрадіолу на добу. КОК збільшують активність прокоагулянтів, а активність антикоагулянтів при цьому не змінюється або навіть знижується. На реологію крові КОК не впливають [6].

Мета дослідження. Вивчення пролонгованого режиму застосування комбінованих оральних контрацептивів (КОК) для профілактики менометрорагій у фертильних пацієнток із ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2006–2011 років нами проводилось динамічне спостереження за 14 хворими на ІТП. В разі виникнення рецидиву патології стаціонарне лікування пацієнток проводилось в гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського із використанням стартової дози глюкокортикоїдів (із перерахунку на преднізолон по 1 мг/кг маси на добу) та поступовим її зниженням до підтримуючої дози (10–15 мг/добу) або до повної відміни препарату. При виникненні маткової кровотечі жінкам призначався Жанін (35 мкг етинілестрадіолу та 2 мг діногесту). Спочатку препарат використовувався за гемостатичною схемою (5 – 4 – 3 – 2 – 1 таблетка на добу до зупинки кровотечі). Потім переходили на пролонгований (42 + 7) режим (безперервний прийом препарату упродовж 42 днів із перервою 1 тиждень). Середня тривалість прийому препарату становила $38,4 \pm 1,2$ місяці.

Поряд із загальноклінічним обстеженням всім жінкам двічі на рік проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу з вимірюванням розмірів матки, товщини М-ехо, проведенням фолікулометрії.

Результати дослідження. Всі хворі знаходились в репродуктивному віці (19–41 років). Середній вік менархе становив 13 років 3 місяці. У 3 жінок в анамнезі були 1 своєчасні пологи, у 3 – по 1 самовільному викидню, у 1 – 1 штучний аборт. Дві хворі мали спробу використання з метою контрацепції внутрішньоматкової мідьвміщуючої системи (у зв'язку з матковою кровотечею контрацептиви були видалені). Всі хворі характеризували свою менструальну функцію як таку, що відрізнялась тривалими (менструації в середньому тривали $8 \pm 2,2$ дні) та ясными менструаціями з епізодично виникаючими кровотечами (використання протягом однієї доби до 6–7 прокладок). Міжменструальні маткові кровотечі турбували 9 (64,3%) хворих.

Рецидив ІТП характеризувався відповідними змінами гемограм пацієнток. Підвищена кровоточивість із менометрорагією маніфестувала при середніх показниках кількості тромбоцитів, яка дорівнювала $33,6 \times 10^9/\text{л}$. Час кровотечі за Дюке збільшувався в середньому до $15,8 \pm 2,1$ хв.

При виникненні порушення менструального циклу за типом менометрорагії на фоні рецидиву ІТПІ пацієнткам проводилось УЗД органів малого тазу (при цьому анатомічних змін у будові внутрішніх статевих органів обстежених не було виявлено). Середня товщина М-ехо становила $13,1 \pm 0,8$ мм. Фолікулярний комплекс у 6 (42,8%) пацієнток був полікістозно змінений.

Всім хворим на фоні базисної терапії преднізолоном проводився гормональний гемостаз Жаніном за наведеною вище схемою з одночасним внутрішньом'язовим призначенням протягом 7 днів тугіни по 5,0 мл тричі на добу та дицинону по 2,0 мл тричі на добу. Гемостатичний ефект досягався в середньому на $3,0 \pm 0,4$ добу. Подальше продовження прийому Жаніну у 10 (71,4%) хворих сприяло попередженню гіперполіменореї: частота менструацій зменшилась до 1 в 48 днів, середня тривалість менструації скоротилася до $5,0 \pm 1,2$ днів, зменшилась кількість крововтрати до використання 3–4 прокладок за добу. Міжменструальні мажучі виділення відмічались в перші місяці лікування у 4 (28,4%) жінок. Через 6 місяців лікування на міжменструальні мажучі виділення скаржилась лише одна жінка (7,1%).

Проведення динамічного УЗД обстеження у 14 хворих через перші 6 місяців прийому Жаніну констатувало зменшення товщини М-ехо в середньому до $8,1 \pm 2,1$ мм, патологічні зміни у фолікулярному комплексі не виявлялись. Відбувались позитивні зміни гемограми зі збільшенням кількості тромбоцитів до $88,6 \pm 12,2 \times 10^9/\text{л}$.

Через 12 місяців лікування результати УЗД показало зменшення М-ехо в середньому до $4,2 \pm 1,1$ мм. Маткові кровотечі не поновлювались.

Після першого року профілактичного лікування Жаніном 2 жінки за власним бажанням відмовились від прийому препарату, мотивуючи свої дії збільшенням ваги тіла. Наслідком такого рішення було поновлення у них через 2 та 3 місяці гіперполіменореї з менорагією, що знову потребувало проведення гормонального гемостазу та подовження прийому КОК в пролонгованому режимі.

Висновки.

Проведення гормонального гемостазу однофазними КОК у жінок фертильного віку із ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою є ефективним сучасним компонентом комплексного лікування менометрорагії.

Використання пролонгованого режиму прийому Жаніну (42 ± 7 днів) у жінок фертильного віку із ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою пригнічує проліферацію ендометрію.

Пролонгований режим використання Жаніну є ефективним методом профілактики гіперполіменореї та менометрорагії у жінок репродуктивного віку із ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гайдукова С. М.* та ін. Гематологія і трансфузіологія/ Під ред. проф. Гайдукової С. М. – К.:ВПЦ «Три крапки», 2001. – 752 с.
2. Геморагічні захворювання/ Під ред. *Я. І. Виговської*. – Львів, 1999. – 235 с.
3. Клиническая гематология: Руководство для врачей / Под ред. *А. Н. Богданова* и *В. И. Мазурова*. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2008. – 488 с.
4. *Вовк И. Б.* Контроль менструального цикла на фоне приема современных комбинированных оральных контрацептивов. Диагностика и тактика при нарушениях менструального цикла // *Здоровье женщины*. – 2003. – № 2 (14). С. 1–3.
5. Пероральні гормональні контрацептиви. Клінічне керівництво // Міждисциплінарний консенсус. *Б. М. Венцовський, І. Б. Вовк, Л. І. Воробійова* та ін. – К., 2007. – 36 с.
6. Современные методы профилактики абортов. Научно-практическая программа / Под. редакцией *Красновой А. Я.* – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2004.

ЗНИЖЕННЯ МАТЕРИНСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

*Скрипченко Н. Я., Коломійцева А. Г., Діденко Л. В.,
Жабченко І. А., Буткова О. І.*

м. Київ

В останні роки в Україні зростає частота лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, яка досягає, за даними літератури, 20–40 % [1].

Саме наявність лейоміоми матки є причиною неплідності у 45–84% жінок з цією патологією [2, 3]. Крім того, вагітність у жінок з лейоміомою матки перебігає зі значними ускладненнями з ранніх термінів вагітності.

Слід відмітити, що майже у половини жінок лейоміома матки виявляється під час вагітності. Це пов'язано як із безсимптомним перебігом лейоміоми при наявності невеликих вузлів на матці, так і з інтенсивним їх збільшенням під час вагітності та проведенням ультразвукових обстежень вагітних жінок. Проведені нами обстеження вагітних з лейоміомою матки свідчать про наявність у них значних порушень гомеостазу уже з I-го триместру вагітності, які зберігаються в тій чи іншій мірі до кінця вагітності [4]. Особливо значні зміни відбуваються