



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРКА ТЕЗ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
СПІЛЬНО З АСОЦІАЦІЄЮ ГІНЕКОЛОГІВ-ЕНДОКРИНОЛОГІВ
УКРАЇНИ**

**«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ, ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ
РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЕФЕКТИВНІ
ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ
РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ»**

23 жовтня 2020 р., м. Запоріжжя



ОРГКОМІТЕТ

Голова оргкомітету: Ректор Запорізького державного медичного університету, заслужений діяч науки та техніки України, професор Ю.М. Колесник

Члени оргкомітету: д.мед.н., проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О., проф. Авраменко Н.В., доц. Моргунцова С.А., проф. Рябоконь Ю.Ю., доц. Нікіфоров О.А.

Секретаріат: к.мед.н., ас. Грідіна І.В., к.мед.н., ас. Кабаченко О.В.

СКЛАДНІ ПАЦІЄНТИ В ПРОГРАМАХ ЕКО

Авраменко Н.В.

Запорізький державний медичний університет

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, діагноз – безпліддя виставляється в тому випадку, якщо у сексуально активної, що не використовує контрацепцію, пари не виходить домогтися вагітності протягом одного року[1,2]. Це важка патологія, з якою стикаються приблизно 15% пар по всьому світу може мати масу причин і наслідків. В Україні, кількість безплідних пар досягає майже 20%.

Залежно від різновиду безпліддя можуть застосовуватися різні методи корекції.

При матковому факторі безпліддя можуть бути використані методи оперативних технологій (гістероскопія, лапароскопія).

При терапії інфекційних захворювань застосовують антибактеріальну терапію, протизапальні засоби[3,4].

Метод лікування психогенного безпліддя - психотерапія.

При чоловічому факторі безпліддя лікар андролог проведе необхідні обстеження, виявить причину та призначить лікування.

Також можуть використовуватися допоміжні репродуктивні технології, до яких відносять:

ЕКО (екстракорпоральне запліднення). Це один з найбільш ефективних і популярних методів. Запліднення яйцеклітини відбувається в лабораторних умовах, після чого отриманий ембріон переноситься в порожнину матки жінки[5,6].

Инсемінація. Це введення сперматозоїдів в порожнину матки. Зазвичай використовується при чоловічому безплідді.

Індукція овуляції. Використовується при ендокринному жіночому факторі безпліддя, який супроводжується порушенням овуляції. Призначаються медикаменти, які викликають ріст домінантного фолікула і овуляції [7,8,9].

За допомогою таких методів майже кожна жінка зможе завагітніти, виносити і народити здорову дитину.

Мета роботи. На підставі даних, котрі одержали в результаті лікування пацієнток з безпліддям, визначити у яких пацієнток відзначаються найкращі результати лікування безпліддя, а які пацієнти-є складними в програмах ЕКО.

Матеріали і методи. Пацієнтки з безпліддям, які отримали лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Результати та їх обговорення. Під час проведення допоміжних репродуктивних технологій ми відмічали наступні ускладнення і/або неадекватні реакції на стандартні протоколи контрольованої стимуляції яєчників(КСЯ):

- етап КСЯ: бідна відповідь, передчасна лютеїнізація(ПЛ), асинхронне зростання фолікулів, поява функціональних кіст яєчників, гідросальпінксу;
- етап прансвагінальної пункції(ТВП): ооцити поганої якості, порожні фолікули, незрілі яйцеклітини;

- ембріологічний етап: відсутність запліднення, ембріони поганої якості;
- етап переносу ембріонів(ПЭ) і далі: відсутність імплантації, синдром гіперстимуляції яєчників(СГЯ).

Бідна відповідь яєчників прогнозується на підставі рекомендацій Європейського суспільства репродукції людини і ембріології(Болонські критерії):

- вік старше 40 років(чи операції на яєчниках, хіміо-, променева терапія та ін.);
- попередній епізод слабкої відповіді яєчників;
- кількість антральних фолікулів <5 і/або АМГ <0,5-1,1 нг/мл

Бідну відповідь яєчників прогнозують, якщо дві попередні спроби з максимальною контрольованою оваріальною гіперстимуляцією привели до отримання неадекватного числа ооцитів.

Механізми вікового зниження оваріального резерву, що веде до слабкої і бідної відповіді яєчників при КСЯ

1. Зменшення кількості фолікулів

Вікове зниження фолікулярного апарату(фонова атрезія примордіальних фолікулів) починається ще у внутрішньому періоді.

2. Зниження якості ооцитів

Після 35 років в ооцитах можуть виявлятися деформації і лізис структурних компонентів, фрагментація і вакуолізація ядра, а також інші ознаки дегенерації. Збільшення ризику анеуплоїдії

3. Вікове зниження ендокринної функції яєчників :

- зниження секреції андрогенів;
- зниження функціонуючих ЛГ-рецепторів;
- зниження біологічної активності ЛГ(імунореактивність не змінюється);
- зниження паракринної функції яєчників

4. Додаткові

- оперативні втручання на яєчниках;
- неоперативні причини;
- аутоімунний тиреоїдит і гіпотиреоз;
- цукровий діабет, захворювання нирок, колагенози;
- нез'ясовні причини(можливо, пов'язані з поліморфізмом генів і їх рецепторів, а також особливостями фармакогеніки).

Висновки

1. Найкращі результати програм ЕКО відзначаються у пацієнок молодше 35 років з трубно-перитонеальним чинником безпліддя за відсутності чоловічого чинника.

2. До групи найчастіше важких, що зустрічаються, можна віднести наступних пацієнок:

- з прогнозом бідної або слабкої відповіді яєчників на КСЯ;
- у пізній стадії репродуктивного періоду;
- зі зниженням оваріального резерву в ранній і зрілій стадії репродуктивного періоду.
- хворих з міомою матки;
- пацієнок із СПКЯ;

- пацієток з патологією ендометрія(хронічний ендоміометрит, тонкий ендометрій, гіперпластичні процеси).

3. Акушер-гінеколог повинен знати, коли треба запропонувати оперативне лікування, а потім провести програму ЕКО, а коли навпаки - спочатку провести програму ЕКО, можливо, навіть накопичувальний варіант ЭКО з кріоконсервацією ембріонів, а потім вже направити на оперативне лікування з реабілітацією і подальшим перенесенням ембріонів на фоні ЗГТ або в природному циклі.

4. Акушер-гінеколог повинен уміти вчасно перервати програму ЕКО і запропонувати пацієнтці сегментувати цикл, використовуючи стратегію freeze all, наприклад, при ризику розвитку середньої і важкої форм СГЯ.

5. Акушер-гінеколог зобов'язаний бути психологом, щоб розмовляти з пацієнтами після чергового невдалого проведення програми, вести розмову з подружньою парою про комплексні або донорські програми, а іноді просто порадити їм зупинитися в прагненні реалізувати свою репродуктивну функцію, поглянути на життя по-іншому і, можливо, подумати про усиновлення.

Ключові слова: екстракорпоральне запліднення, безпліддя, контрольована стимуляція яєчників.

Література:

1. Рудакова ЕБ. Очерки экстракорпорального оплодотворения. Москва; 2019. 432с.

2. Коган ИЮ. Протоколы стимуляции яичников в циклах ЭКО: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 160с.

3. Гаутама НА, Мерчант Р, редакторы. Руководство по индукции овуляции и протоколам стимуляции яичников. Москва: МИА; 2019. 704с.

4. Савельева ЕМ, Перминова СГ, Демура ТА, Стрельченко ДА. Влияние поддержки лютеиновой фазы агонистом гонадотропин-рилизинг гормона на рецептивность эндометрия и исходы программы экстракорпорального оплодотворения. Гинекология. 2016;3:48-53.

5. La Marca A, Papaleo E, Grisendi C, Guilini S, Volpe A. Development of a nomogram based on markers of ovarian reserve for the individualization of the follicle-stimulating hormone starting dose in in vitro fertilization cycles. BJOG. 2012;119:1171-1179.

6. Oliveira JB, Baruffi RL, Petersen CG, Mauri AL, Nascimento AM, Vagin L et al. Polymorphism gonadotropin and gonadotropin receptor genes as markers of ovarian reserve and responsible of fertilization. Fertil. Steril. 2013;99:970-978.

7. Moron FJ, Ruiz A. Pharmacogenetics of controlled ovarian hyperstimulation: time to corroborate the clinical utility of FSH receptor genetic markers. Pharmacogenomics. 2010;11:1613-8.

8. Mohiydeen L, Newman WG, Cerra C, McBurney H, Mulugeta B, Roberts SA et al. A common Asn680Ser polymorphism in the follicle-stimulating hormone receptor is not associated with ovarian response to gonadotropin stimulation in patients undergoing in vitro fertilization. Fertil. Steril. 2013;99:149-55.

9. Ferarretti AP, La Marca A, Fauser BCJM, Tarlatzis B, Nargund G. EHRE consensus on the definition of poor response to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. Hum Reprod 2011;26:1616-24.