Луцький А.С., Кудін І.Д.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ШЛЯХОМ ВИБОРА ТРИГЕРА ФІНАЛЬНОГО ДОЗРІВАННЯ ООЦИТІВ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №2 Харків, Україна

Науковий керівник: професор Паращук Ю.С.

Широке впровадження в клінічну практику методів допоміжних репродуктивних технологій обумовлює неминучість виникнення такого грізного ускладнення, як синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ). В основі клінічних проявів СГЯ лежить різке підвищення судинної проникності, що приводить до масивного виходу рідини в "третій простір". В особливо важких випадках СГЯ супроводжується тромбоемболією магістральних судин, гострою нирковою недостатністю, печінковою дисфункцією, гострим респіраторним дистрес-синдромом дорослих, що може стати причиною летального результату.

Мета дослідження. Удосконалення програм екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) у пацієнток з високим ризиком розвитку СГЯ, шляхом вибора тригера фінального дозрівання ооцитів.

Матеріал і методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз концентрації естрадіолу в день призначення тригера фінального дозрівання ооцитів у 60 пацієнток у віці від 26 до 39 років з високим ризиком розвитку СГЯ. Всі пацієнтки мали регулярний овуляторний менструальний цикл, репродуктивний анамнез не мав достовірних відмінностей в досліджуваних групах. Стимуляцію суперовуляції у всіх жінок проводили за загальноприйнятим протоколам з антагоністами гонадотропін-рилізинг гормону.

У день тригера фінального дозрівання ооцитів у всіх пацієнток, що спостерігалися, визначали концентрацію естрадіолу в крові. У зв'язку з чим, жінки були розділені на 2 групи з урахуванням рівня естрадіолу в крові натще.

1-у групу склали 24 жінки, у яких концентрація естрадіолу в день ТВП становила більше 3000 гіг / мл, у 2-у - увійшли 36 пацієнток, з показниками естрадіолу менш ЗОООпг/мл.

З метою профілактики СГЯ в І групі пацієнток, в якості тригера овуляції був призначений агоніст гонадотропін-рилізинг гормону (а-ГнРГ) в дозі 0,2 мг. У пацієнток 1 іруии ембріони піддавалися кріоконсервації. У 2 групі, у якості тригера овуляції вводили 10000 МО хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ). У пацієнток цієї групи здійснювали ЕКЗ шляхом перенесення в маткову порожнину нативних ембріонів. Підтримку лютеїнової фази здійснювали вагінальною формою прогестерона у вигляді гелю ( 90 мг прогестерону) двічі.

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження виявлено, що у пацієнток 1-ї і 2-їгруп не було зареєстровано жодного випадку розвитку важкого СГЯ. Хоча, за даними різних авторів, частота розвитку СГЯ при введенні ХГЛ в якості тригера овуляції в протоколах ЕКЗ у пацієнток з високим ризиком розвитку СГЯ коливається від 3 до 18,8%.

З урахуванням початку клінічних проявів виділяють ранню і пізню форми СГЯ. які за критерієм ряду факторів і пов'язаних з ними особливостями патогенезу розглядаються як два різних стани.

Ранній СІ Я виникає в перші 9 днів після ТВП фолікулів і пов'язаний з запровадженням екзогенного ХГЛ. Діагноз пізнього СГЯ прийнято підтверджувати при розвитку даного синдрому на терміні понад 9 днів після пункції фолікулів, як наслідок підйому рівня ендогенного ХГЛ в плазмі крові при настанні вагітності.

**Висновки.** Диференційований підхід до вибору тригера овуляції з урахуванням концентрації естрадіолу в крові напередодні ТВП має велике значення для профілактики розвитку СГЯ при проведенні ЕКЗ. Заміна тригера овуляції на а-ГнРГ у пацієнток з високим ризиком СГЯ ефективно знижує частоту даного ускладнення.