Луцький Андрій Сергійович, Матрунич Дмитро Олегович, Чернонос Кристина Олександрівна

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ЕНДОМЕТРІЯ У КРІОЦИКЛАХ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №2

Науковий керівник: д.мед.н, професор Лазуренко В.В.

Важлива роль у досягненні вагітності у кріоциклах належить адекватній підготовці ендометрія при виконанні екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) Метою дослідження була оптимізація підготовки ендометрія при перенесенні вітрифікованих бластоцист у модифікованому циклі із застосуванням замісної гормональної терапії (ЗГТ). Матеріал та методи дослідження. Робота виконувалася у Клініці репродуктивної медицини імені академіка В. І. Грищенка (Харків). Обстежено 100 жінок з трубно-перитонеальною формою безпліддя. Залежно від результатів УЗД пацієнтки були розділені на дві підгрупи А та Б, по 50 жінок у кожній. Жінкам підгрупи А, проводили стимуляцію овуляції, здійснювали аспірацію яйцеклітин, після чого, їх запліднювали та отримані бластоцисти на 5 добу культування піддавали кріоконсервуванню та здійснювали переніс вітрифікованих еуплоідних бластоцист у іншому природному менструальному циклі (МЦ). У пацієнток підгрупи Б отримували яйцеклітини аналогічно жінкам підгрупи А, запліднювали та отримані бластоцисти на 5 добу культуванняпіддавали кріоконсервуванню. При відсутності ознак овуляції, у іншому МЦ виконувався протокол замісної гормональної терапії, який починався за 10 днів до менструації. Жінки отримували агоніст-гонадотропін –рилізінг –гормон (агГнРГ) в дозі 0,05 мг щоденно, підшкірно, до досягнення товщини ендометрія 8 мм. Підготовка ендометрія проводилася естрадіолом валериатом в дозі 6 мг щодня з 3 дня МЦ. Підтримка другої фази МЦ починалася при досягненні ендометрія 8 мм. Для підтримки лютеінової фази (ЛФ) використовували високоочищений прогестерон 25мг підшкірно і 90 мг прогестерону у вигляді гелю внутрішньопіхвово. Переніс ембріонів планували на 5 добу після початку введення прогестерону. Результати та їх обговорення. У день перенесення ембріонів в порожнину матки, пацієнткам обох груп визначали товщину ендометрія, яка у пацієнток підгрупи А склала 9,4 ± 0,3 мм і відрізнялась від показників підгрупи Б - 8,8 ± 0,2 мм ( р 0,1). Таким чином, значущих (p <0,05) відмінностей в показниках результативності лікувальних циклів (у природному, або з протоколом замісної гормональної терапії та підтримки ЛФ)при перенесенні вітрифікованих еуплоідних бластоцист у досліджених підгрупах немає.

Перенесення ембріонів у природному МЦ має ряд переваг, завдяки тому, що у природному МЦ ендометрій формується синхронно зі зростанням фолікула.

Овуляція відбувається самостійно, жовте тіло, що формується, забезпечує

готовність ендометрія до імплантації. У циклах з аг-ГнРГ відповідний стан

ендометрія створюється штучно. Але, у жінок з порушенням гормонального

фону та відсутністю овуляції, ЗГТ дозволяє нормалізувати товщину ендометрія для підвищення результативності ЕКЗ.

**Висновки.** На підставі проведених досліджень визначено, що результативність ЕКЗ у природному циклі, або із протоколом замісної гормональної терапії та підтримкою ЛФ, у кріопротоколах достовірної різниці не має. Перенесення вітрифікованих бластоцист у природному МЦ, більш фізіологічний дляподальшого розвитку, імплантації і доношування вагітності. Але протокол, у якому перенесення вітрифікованих бластоцист відбувається з використанням ЗГТ сприяє достовірному збільшенню ендометрія та нормалізації його розміру. Тому цей метод підготовки ендометрія доцільно використовувати у жінок більш зрілого віку, у яких є гормональна недостатність та порушення лютеінової фази цикла.