

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»**

**г.ХАРЬКОВ
4 октября 2013 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»**



**г.ХАРЬКОВ
4 октября 2013 г.**

<i>Н. Г. Грищенко, Ю. А. Котлик</i> Сравнительная характеристика протоколов стимуляции овуляции с использованием агонистов и антагонистов ГНРГ.....	59
<i>Н. А. Демакова</i> Генетические подходы к изучению формирования гиперпластических процессов эндометрия среди женщин разных возрастных групп.....	63
<i>О. И. Калиновская, Ю.С. Паращук, И. Н. Сафонова</i> Кровоток в яичниках после эмболизации маточных артерий.....	68
<i>М. І. Козуб, Ю.В. Риженко</i> Сучасний погляд на утворення спайкового процесу у жінок з трубно – перитонеальним безпліддям.....	71
<i>Н. И. Козуб, М. П. Сокол</i> Особенности реализации репродуктивной функции при сочетании СПКЯ с трубно – перитонеальным бесплодием.....	77
<i>О. А. Кузьмина , Н. П. Сухина</i> Роль инфекции, передаваемой половым путем, в развитии кист яичников.....	83
<i>И. Ю. Кузьмина, О. В. Ткачева</i> Современные аспекты развития сальпингита хламидийной этиологии.....	88
<i>О. П. Липко, Л. В. Потапова, И. Н. Щербина</i> Новые подходы к тактике подготовки шейки матки к родам.....	94
<i>А.В. Литвинова</i> Анализ случаев операции кесарева сечения у юных первородящих...	99
<i>М.В.Макаренко</i> Влияние повреждающих перинатальных факторов на состояние новорожденных при синдроме внутриутробной задержки роста плода.....	102

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТОКОЛОВ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АГОНИСТОВ И АНТАГОНИСТОВ ГНРГ

Н. Г. Грищенко, Ю. А. Котлик, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

В работе проведено сравнение эффективности и безопасности длинных протоколов стимуляции овуляции и протоколов с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормонов. Проведено 100 циклов стимуляции суперовуляции, из них с предварительной десенсилизацией репродуктивной системы препаратами аГНРГ 50 циклов, и 50 циклов с использованием антагонистов ГнГРГ. Протоколы с использованием антагонистов дают меньшую медикаментозную нагрузку на пациентку. При одинаковой результативности, протоколы с использованием антагонистов, экономически более выгодны для пациентов и являются целесообразными в применении у пациенток, находящихся в группе риска по развитию синдрома гиперстимуляции яичников.

***Ключевые слова:* стимуляция овуляции, синдром гиперстимуляции, бесплодие, антагонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.**

В настоящее время основным методом лечения репродуктивной функции стала контролируемая стимуляция овуляции (КСО), сопровождающаяся искусственным оплодотворением или интрацитоплазматической инъекцией спермы [2]. Целью стимуляции является активация развития и созревания многочисленных фолликулов. Овариальная стимуляция обычно проводится введением рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Одним из аспектов применения КСО является увеличение концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ) до того, как фолликул достигнет оптимального размера. Этот фактор негативно воздействует на дозревание фолликулов [5]. С целью предотвращения повышения ЛГ используют агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ). Использование агонистов ГнРГ приводит к желаемой супрессии выброса гонадотропинов гипофизом только через 2-3 недели предварительного лечения [3]. Схема лечения сложна и продолжительна, так как до адекватного подавления гипофизарных рецепторов и, соответственно

начала стимуляции проходит около 2-х недель[4]. В это время женщины могут ощущать гипоэстрогенные побочные эффекты такие, как приливы, нарушения сна, головную боль[7].

По мере развития вспомогательных репродуктивных технологий основной акцент сместился с доведения до максимума количества ооцитов и частоты клинической беременности на увеличение числа рожденных детей при учете состояния здоровья и безопасности матери и ребенка. Поэтому для предотвращения преждевременного повышения концентрации ЛГ, были созданы антагонисты гнадотропин-рилизинг гормона (Ант ГнРГ). Блокада рецепторов обеспечивает быстрое прекращение секреции гонадотропина [6].

Целью данного исследования было сравнить эффективность протоколов КОС с использованием агонистов и антагонистов. В качестве первичных результатов рассматривались:

1. длительность стимуляции;
2. доза ФСГ;
3. количество полученных ооцитов;
4. количество и качество полученных эмбрионов;
5. частота проявлений острого синдрома гиперстимуляции;
6. частота наступления биохимической беременности;
7. частота наступления клинической беременности;
8. количество живорожденных детей на одну женщину.

Материалы и методы исследования

Проведено 100 циклов стимуляции суперовуляции, из них с предварительной десенсилизацией репродуктивной системы препаратами аГнРГ 50 циклов, и 50 циклов с использованием антагонистов ГнРГ. По возрасту, соматическим заболеваниям и генитальной патологии данные группы были сопоставимы.

В обеих группах женщин среднее количество перенесенных эмбрионов было равным и составляло 2 на перенос.

Результаты и их обсуждение

Сравнительная характеристика длинных протоколов стимуляции овуляции и с использованием антагонистов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика длинных протоколов стимуляции овуляции и с использованием антагонистов.

Показатели	Протоколы с использованием антагонистов	Протоколы с использованием агонистов
Длительность стимуляции (дни)	8,3±1,03*	10,04±1,03*
Доза ФСГ	1600 ± 155,92 ед*	2000 ± 95,5ед*
Количество полученных ооцитов	11±1,0	10±1,0
Процент оплодотворяемости	60%	65%
Количество перенесенных эмбрионов	2,0	2,4
Частота синдрома гиперстимуляции	3%	6%
Частота биохимической беременности	54%	50%
Частота клинической беременности	43%	45%
Частота многоплодной беременности	2,5%	3%
Ребенок дома	37,5%	37%

* - Достоверность различий при $p < 0,05$

При использовании агонистов ГнРГ количество дней стимуляции составляло в среднем 8 дней, а при использовании длинного протокола – 10 дней. Таким образом, при использовании протоколов с антагонистами существенно сокращается количество дней стимуляции. Кроме того, необходимо обратить внимание на длительность инъекционной терапии, так как применение агонистов ГнРГ предполагает начало инъекционной терапии с 18 дня предыдущего менструального цикла и продолжительность до дня назначения триггера, составляя в общей сложности 3 недели. Сложность и

длительность лечения могут вызвать у пациентки психологический дистресс и страх повторения попытки повторного лечения при необходимости.

Общая доза фолликулостимулирующего гормона, получаемого пациенткой при использовании протоколов с агонистами, достоверно была ниже, чем в длинных протоколах, что, безусловно, безопаснее для здоровья женщины, получающей подобную терапию.

Процент оплодотворяемости в протоколах с использованием антагонистов был на 5% ниже, чем в длинных протоколах, но при условии, что среднее количество перенесенных эмбрионов в протоколах с антагонистами было меньше, частота наступления беременности и родов живым плодом статистически не отличается от таковых при использовании агонистов ГнРГ. Кроме того, частота наступления многоплодной беременности при использовании агонистов была на 0,5% меньше, чем в длинных протоколах.

Частота синдрома гиперстимуляции была значительно ниже в группе использования агонистов ГнРГ (3%) в то время, как при использовании длинного протокола частота гиперстимуляции составляла 6%.

Применение агонистов значительно снижает продолжительность лечения, сокращает использование гонадотропина в сравнении с применением агонистов, а так же снижает риск развития синдрома гиперстимуляции и синдрома дефицита эстрогенов. Кроме того, есть данные о неблагоприятном влиянии агонистов на развитие эндометрия в программе КОС и ПЭ, что может негативно повлиять на имплантацию эмбрионов.

Выводы. Протоколы с использованием антагонистов дают меньшую медикаментозную нагрузку на пациентку. При одинаковой результативности, протоколы с использованием антагонистов экономически более выгодны для пациентов. Протоколы с использованием антагонистов являются протоколами выбора для пациенток, находящихся в группе риска развития синдрома гиперстимуляции яичников.

Литература

- 1.Devroey P, Aboulghar M, Garcia-Velasco J. et al. Improving the patients experience of IVF/ ICSI: a proposal for an ovarian stimulation protocol with GnRH antagonist co-treatment Hum Reprod. 2009;24(4):764-774.
- 2.Edwards RG, Lobo R, Bouchard P. Time to revolutionize ovarian stimulation. Hum Reprod. 1996;11(5):917-919.
- 3.Porter RN, Smith W, Craft IL, Abdulwahid NA, Jacobs HS. Induction of ovulation for in-vitro fertilisation using busarelin and gonadotropins. Lancet. 1984;2(8414):1284-1285.
- 4.Hughes EG, Fedorkow DM, Daya S, Sagle MA, Van de Koppel P, Collins JA. The routine use of gonadotropin-releasing hormone agonists prior to in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer: a meta-analysis of randomized controlled trials. Fertil Steril 1992;58(5):888-896.
- 5.Hayden C. GnRH analogues: applications in assisted reproductive techniques. Eur J Endocrinol. 2008;159 (suppl 1):S17-S25.
- 6.Borm G, Mannaerts B. Treatment with the gonadotrophin-releasing hormone antagonist gani-relix in women undergoing ovarian stimulation with recombinant follicle stimulating hormone is effective, safe and convenient: results of a controlled, randomized, multicentre trial. The European Orgalutran Study Group. Hum Reprod. 2000;15(7):1490-1498.
- 7.Hodgen GD. Uses of GnRH analogues in IVF/ GIFT. Contemporary Obstetrics and gynecology. 1990;25:10.

УДК 575.174

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Н. А. Демакова, г. Белгород

РЕЗЮМЕ

Приведены результаты исследования полиморфизмов генов хемокинов A/G I-TAC (rs4512021), C/G MCP1 (rs2857657), +1931A/T MIP1 β , -801 GG SDF1 среди пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия различных возрастных групп.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, хемокины, генетические подходы.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) трактуются как нефизиологическая пролиферация желез эндометрия, сопровождающаяся структурной перестройкой железистого и, в меньшей степени, стромального

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11.16. Тир. 100 прим. Зам. 371-13.
Підписано до друку 01.10.13. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у СПД ФО Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

СТИЛЬ  TM
ИЗДАТ 
ТИПОГРАФИЯ
www.stil-izdat.com