

Аналіз випадків невдалих спроб лікування трубно-перитонеальної безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій

Л.В. Суслікова^{1,2}, А.В. Сербенюк³

¹Український державний інститут репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

³Клініка репродуктивних технологій УДІР Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлено аналіз даних літератури та результати власних ретроспективних досліджень частоти випадків відставання розвитку ендометрія у жінок з невдалими спробами лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Виявлено клініко-анамнестичні фактори, що негативно впливають на стан ендометрія та асоціюються з ризиком невдалої спроби лікування.

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз випадків невдалих спроб лікування трубно-перитонеальної безплідності з метою з'ясування частоти та ступеня відставання розвитку ендометрія у проліферативну фазу циклу у програмах ДРТ, а також клінічних та анамнестичних факторів, що негативно впливають на стан ендометрія.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 838 спроб лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами ДРТ. Критеріями відбору хворих у дослідження були: 1) репродуктивний вік від 20 до 40 років; 2) нормогонадотропність; 3) відсутність або повна непрохідність наявних маткових труб; 4) відсутність ендометріозу, гіперпролактинемії, цукрового діабету та інших ендокринних порушень; 5) відсутність патології тіла матки; 6) нормоспермія у чоловіка. В ембріологічному протоколі зазначено, що ембріони задовільної якості, кількість ембріонів – два і більше.

Результати. У циклах лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами ДРТ частота відставання розвитку ендометрія (різного ступеня вираженості) становить 1/3 випадків від загальної кількості проведених циклів. Гіпоплазія ендометрія, виявлена на 7-й день циклу стимуляції, зберігається протягом усієї проліферативної фази до введення ЛХГ у 100% пацієнток. У хворих з вираженим відставанням розвитку ендометрія порівняно із жінками з нормальним і помірним відставанням, внутрішньоматкові маніпуляції та їхні ускладнення за даними анамнезу зустрічаються достовірно частіше.

Заключення. Результати дослідження наочно демонструють необхідність аналізу ефективності застосування загальноприйнятих методик корекції відхилень у розвитку прегравідарного ендометрія у циклах лікування методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) та впливу різних ступенів відставання розвитку прегравідарного ендометрія на клінічні наслідки програм лікування методами ДРТ безплідності трубно-перитонеального генезу та їхньої оптимізації.

Ключові слова: безплідність, методи допоміжних репродуктивних технологій, відставання розвитку ендометрія.

За даними вітчизняних і закордонних вчених частота безплідності становить на сьогодні від 15% до 20% [1, 2, 5–7]. В останні десятиліття у розвинутих країнах світу кількість подружніх пар з цією проблемою збільшується [3, 4].

Ефективність лікування за методами ДРТ в Україні становить у середньому 33,53% на цикл. Успішність програми ДРТ багато в чому залежить від висхідного імунного та гормонального статусу пацієнток, кількості та якості отриманих ооцитів та ембріонів, стану ендометрія та методів контрольованої оваріальної гіперстимуляції (КОГ). Існує багато невирішених питань у лікуванні пацієнток з невдалими циклами ДРТ в анамнезі [8–11].

На сьогодні відсутні методи прогнозування ефективності лікування безплідності методами ДРТ і чіткі критерії вибору оптимальних лікувально-оздоровчих заходів перед проведенням наступних циклів ДРТ.

Однією з головних причин неуспішності циклів екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є матково-ендометріальний фактор (56,7%). Механізмами реалізації його є патологічна/запальна структура ендометрія, порушення у каскаді ендометріальних подій «імплантаційного вікна» та регуляції ендометріального апоптозу [6, 8, 15].

В умовах постійної присутності пошкоджувального агента у тканині не відбувається завершення заключної фази запалення (регенерація), виникають порушення тканинного гомеостазу та формується цілий каскад вторинних пошкоджень. Порушення мікроциркуляції в ендометрії призводить до ішемії та гіпоксії тканин, активовані макрофаги у вогнищі запалення виступають джерелом активних радикалів кисню та закису водню і запускають процес перекисного окиснення ліпідів та пошкодження клітинних мембран. Довготривала та часто безсимптомна ішемія та гіпоксія тканин в ендометрії зумовлює виражені зміни у тканинній структурі, зокрема в рецептивному апараті (гестагенорезистентність), що у свою чергу викликає порушення проліферації та нормальної циклічної трансформації ендометрія [6, 8, 13, 16]. У результаті цього розвивається гіпоплазія ендометрія як біологічний процес, який поєднує всі ланки нейрогуморальної регуляції (генетичні та імунологічні), роль яких вивчена недостатньо [2, 7, 10, 12]. Усе це заважає нормальній імплантації та плацентації.

На підставі власних спостережень S.L. Chen зі співавторами (2010) [9] вказують, що наявність у преовуляторному періоді тришарового (замість монослойного) ендометрія, за даними трансвагінальної сонографії, асоціюється з більш високою ймовірністю успішної імплантації. Ця закономірність проявляє себе як при нормальній (≥ 8 мм), так і при недостатній (< 8 мм) товщині ендометрія. За думкою наведених вище фахівців, навіть при товщині ендометрія < 7 мм частота

Ехографічні критерії оцінювання ендометрія у проліферативну фазу менструального циклу

Ехографічний висновок	Термін визначення товщини ендометрія	
	8-й день менструального циклу (7-й день застосування гонадотропнів у програмі стандартного циклу лікування методами ДРТ)	Завершення проліферативної фази: (день уведення ЛХГ у програмі стандартного циклу лікування методами ДРТ)
Нормальний розвиток ендометрія	7 мм та більше	8 мм та більше
Помірно недорозвинений ендометрій	5–6 мм	6–7 мм
Виразено недорозвинений ендометрій	4 мм та менше	5 мм та менше

настання вагітності у програмах лікування методами ДРТ за наявності тришарової структури зберігалася на досить високому рівні (24,4% на ПЕ), тоді як за відсутності тришарової структури ендометрія настання вагітності не спостерігалося. Значущість тришарового паттерна ендометрія для успіху імплантації підтверджують і інші автори [9, 14, 17].

З іншого боку, деякі фахівці вважають, що структура ендометрія у день введення тригера не є прогностичними фактором для ймовірності настання вагітності [14, 17]. Проте вони зазначають, що у жінок із монослойним паттерном ендометрія у преовуляторному періоді відзначається тенденція до погіршення клінічних результатів ЕКЗ. Отже, структуру (вираженість шарів) ендометрія у преовуляторний період ймовірно можна розглядати як маркер його рецептивності [9, 14, 18].

Нез'ясованим залишається питання щодо прогностичного значення товщини ендометрія за даними трансвагінальної сонографії у передбаченні невдалої спроби лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами ДРТ.

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз випадків невдалих спроб лікування трубно-перитонеальної безплідності з метою з'ясування частоти та ступеня відставання розвитку ендометрія у проліферативну фазу циклу у програмах ДРТ, а також клінічних та анамнестичних факторів, які негативно впливають на стан ендометрія.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на кафедрі акушерства, гінекології та репродуктології та у відділенні планування сім'ї та ДРТ з кабінетом ендокринної гінекології та денним стаціонаром Клініки репродуктивних технологій Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Був проведений ретроспективний аналіз 838 спроб лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами ДРТ.

Критерії включення пацієнтів у дослідження:

- 1) репродуктивний вік від 20 до 40 років;
- 2) наявність овуляції (нормогонадотропності);
- 3) відсутність або повна непрохідність наявних маткових труб;
- 4) відсутність ендометріозу, гіперпролактинемії, цукрового діабету та інших ендокринних порушень;
- 5) відсутність патології тіла матки (міома з деформацією порожнини матки, аденоміоз II–III ступеня за даними УЗД, вроджені аномалії розвитку);
- 6) нормоспермія у чоловіка.

В ембріологічному протоколі зазначено, що ембріони задовільної якості, кількість ембріонів – два і більше. Це дозволило більш об'єктивно оцінити клінічну значущість ендометріального фактора безплідності.

Початкове клінічне комплексне обстеження усіх пацієнток, які були відібрані для аналізу, проводили відповідно до алгоритмів обстеження хворих з безплідністю (Наказ № 582

від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», розділ «Тактика ведення жінок з безпліддям») та інструкції застосування ДРТ (Наказ № 787 від 09.09.2013 р. «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні»). Обстеження включало збір анамнезу, первинний огляд, гінекологічне обстеження, УЗД органів малого таза, а також висновки суміжних спеціалістів про стан соматичного здоров'я пацієнтки і відсутність протипоказань до вагітності та пологів. У жінок, які проходили у минулому лікування з приводу гінекологічних захворювань та/або безплідності, уточнювали характер наданої допомоги.

Усім пацієнткам проводили трансвагінальне УЗД на 7-й та 14-й день менструального циклу за допомогою ультразвукового сканера «TOSHIBA APLIO MX» (Японія) з функцією об'ємного зображення і спрямованого доплеру трансабдомінальним і трансвагінальним конвексними датчиками частотою 4,0–7,0 МГц і 5,6–8,0 МГц.

Залежно від отриманих результатів оцінювання ендометрія пацієнток було розподілено на три групи:

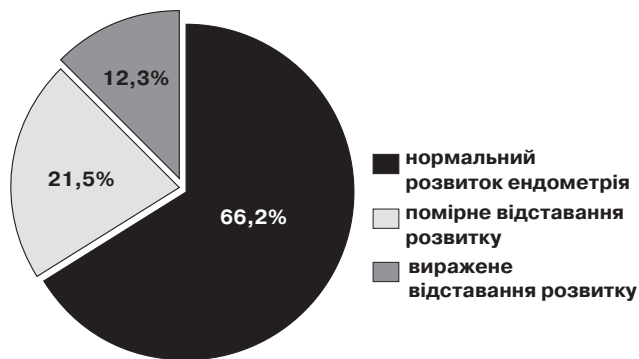
- норма;
- помірне відставання у розвитку;
- виражене відставання у розвитку (табл. 1).

Стимуляцію яєчників у контрольованих циклах лікування методами ДРТ виконували або з використанням довгого протоколу down-регуляції з призначенням агоніста ГнРГ (у 75% циклах стимуляції), або із застосуванням короткого протоколу з антагоністом ГнРГ, що призначається у цикл стимуляції (ЦС) при досягненні фолікулом діаметра 14 мм (у 25%).

Підбір стартової дози фолікулостимулювального гормону (ФСГ), що входить до складу того чи іншого препарату гонадотропнів (від 75 до 300 МО на добу), здійснювали на підставі рекомендацій, що регламентують рішення цього питання з урахуванням наявності/відсутності у пацієнтки ризиків гіпер- або гіпоергічної реакції яєчників, тобто підвищеної вірогідності розвитку у неї раннього синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ) або бідної відповіді. Контроль за індукованим фолікулогенез проводили за допомогою УЗД, на підставі показань якого, за необхідності, коригували (збільшували або зменшували) добову дозу використовуваних гонадотропнів. У всіх випадках максимальна добова доза ФСГ у складі будь-якого з призначених препаратів гонадотропнів була лімітована рівнем не більше 375 МО.

Одержані результати обробляли на ЕОМ типу IBM PC із застосуванням пакету програм Statistica 6.0 та Біостат і методів аналітичної статистики:

- за допомогою вибіркового методу оцінювали параметри генеральної сукупності за даними вибірки;
- за допомогою статистичних критеріїв визначали правомочність висунутих гіпотез;
- t-критерій застосовували для порівняння середніх значень незалежних вибірок та зв'язаних (залежних) вибірок;
- χ^2 -критерій – для аналізу спряження ознак, порівняння частот подій;



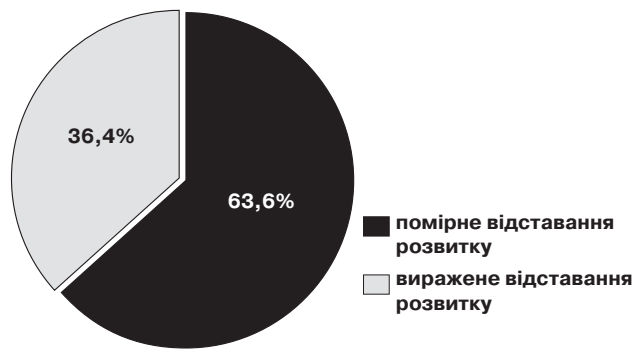
Мал. 1 Результати УЗД-оцінки розвитку ендометрія в циклах лікування методами ДРТ (КСЯ+ЕТ) на 7-й день циклу

– кореляційний аналіз – для вивчення стохастичної залежності між показниками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час проведення стандартного циклу лікування методами ДРТ (КСЯ+ЕТ) на 7-й день ЦС за даними УЗД було виявлено загалом 283 випадки затримки розвитку ендометрія (М-ехо ≤ 7 мм), що становило 33,7% від числа усіх проаналізованих циклів у даній програмі (n=838). В інших 555 (66,3%) випадках до зазначеного терміну М-ехо відповідало нормальному значенням (мал. 1). Серед пацієнок з тонким ендометрієм, частина жінок з помірним відставанням (М-ехо дорівнювало 5–6 мм) і вираженим відставанням (М-ехо < 4 мм) розвитку ендометрія становили відповідно 63,6% (n=180) та 36,4% (n=103) осіб (мал. 2).

Повторне оцінювання структури та товщини ендометрія у циклі ДРТ проводили до моменту завершення його проліферативної фази, а саме в день введення ЛХГ. Виявилось, що



Мал. 2 Частота відставання розвитку ендометрія за даними УЗД у циклах лікування методами ДРТ (КСЯ+ЕТ) на 7-й день циклу

у всіх пацієнок (100%) з помірним і вираженим недорозвитком ендометрія (n=283) на 7-й день ЦС аналогічне відставання товщини ендометрія від норми виявляли і в день введення ЛХГ.

Отже, первинно гіпоплазований ендометрій виявився не здатним «наздогоняти» свій проліферативний потенціал на тлі використання препаратів для стимуляції суперовуляції. Це спостереження, на наш погляд, є дуже важливим з огляду на можливість прогнозування як затримки розвитку ендометрія у ЦС, так і ризику невдалої спроби лікування методами ДРТ.

Що ж стосується пацієнок з нормальною товщиною ендометрія на 7-й день ЦС (n=555), то в подальшому жодна з них не мала зменшення М-ехо і в день введення ЛХГ.

Вивчення особливостей менструальної функції та даних гінекологічного анамнезу у пацієнок з невдалими спробами ДРТ в анамнезі дозволило виявити наступні особливості.

У групі пацієнок з вираженим відставанням розвитку ендометрія порівняно із жінками з нормальним розвитком ендометрія, достовірно частіше спостерігали (табл. 2):

Таблиця 2

Особливості менструальної функції у жінок з невдалими спробами ДРТ

Характеристика менструальної функції	Показники у пацієнок з різним станом ендометрія					
	Нормальний розвиток ендометрія (контрольна група) (n=555)		Помірне відставання розвитку ендометрія на 7-й день ЦС у лікуванні безплідності методами ДРТ (n=180)		Виражене відставання розвитку ендометрія на 7-й день ЦС у лікуванні безплідності методами ДРТ (n=103)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
<i>Тривалість</i>						
Менше 3 днів	19	3,5	26	14,3*	87	84,4*
3–5 днів	422	76,0	122	67,9 ^{нб}	16	15,6*
Більше 5 днів	114	20,5	32	17,8 ^{нб}	0	0
<i>Інтенсивність крововтрати</i>						
Скудні виділення (гіпоменорея)	13	2,3	6	3,5 ^{нб}	97	93,8*
Помірні виділення	290	52,3	111	61,7 ^{нб}	6	6,2*
Рясні виділення (гіперменорея)	252	45,4	63	34,8 ^{нб}	0	0
<i>Наявність болювого компонента</i>						
Болючі menses (альгоменорея)	219	39,4	120	67,1*	74	71,9*
Безболісні menses	336	60,6	60	32,9*	29	28,1*

Примітки: ^{нб} – недостовірні відмінності від контрольної групи (p>0,05); * – достовірні відмінності від контрольної групи (p<0,05).

Внутрішньоматкові втручання та їхні ускладнення у жінок з невдалими циклами ДРТ

Проаналізовані показники	Показники у пацієток з різними станами ендометрія					
	Нормальний розвиток ендометрія (контрольна група) (n=555)		Помірне відставання розвитку ендометрія на 7-й день циклу лікування безплідності методами ДРТ (n=180)		Виражене відставання розвитку ендометрія на 7-й день циклу лікування безплідності методами ДРТ (n=103)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Внутрішньоматкові втручання						
Вишкрібання з приводу патології ендометрія	344	62,0	93	51,8 ^{нв}	56	57,8 ^{нв}
Аборт до 12 тиж	156	28,1	37	20,5 ^{нв}	23	22,5 ^{нв}
Аборт після 12 тиж	22	4,0	3	1,8 ^{нв}	8	7,8*
HRS	-	-	5	2,7*	15	12,5*
Вишкрібання після пологів	88	15,9	29	16,0 ^{нв}	21	20,3 ^{нв}
Вишкрібання з приводу завмерлої вагітності	84	15,2	24	13,4 ^{нв}	23	21,9*
2 внутрішньоматкових втручання	163	29,3	47	25,9 ^{нв}	31	25,0 ^{нв}
3 і більше внутрішньоматкових втручання	57	10,6	10	5,5 ^{нв}	13	12,5 ^{нв}
Ускладнення після внутрішньоматкових втручань						
Ендометрит	51	9,2	16	8,9 ^{нв}	29	28,0*
Повторні вишкрібання порожнини матки	37	6,7	13	7,3 ^{нв}	44	42,5*
Перфорація матки	3	0,5	2	0,9 ^{нв}	5	4,7*
Синехії	0	0	13	7,1*	39	37,5*

Примітки: ^{нв} – недостовірні відмінності від контрольної групи (p>0,05); * – достовірні відмінності від контрольної групи (p<0,05).

– зменшення (<3 днів) тривалості менструальної кровотечі – 84,4% проти 3,5%;

– скудні менструальні виділення – 93,8% проти 2,3%;

– болісні менструації – 71,9% проти 39,4%.

У групі пацієток з помірним відставанням розвитку ендометрія порівняно з контрольною групою також достовірно частіше спостерігали:

– зменшення (<3 днів) тривалості менструальної кровотечі – 14,3% проти 3,5%;

– хворобливі менструації – 67,1% проти 39,4%.

Отже, у пацієток із затримкою розвитку ендометрія клінічні особливості менструальної функції знаходились у відповідності до сонографічної картини за принципом прямої залежності «чим менше, тим менше».

При вивченні характеру виконаних втручань у порожнину матки та їхніх ускладнень, у досліджуваних пацієток з невдалими спробами лікування трубно-перитонеальної безплідності методами ДРТ (КСЯ+ЕТ) було встановлено (табл. 3), що у жінок з вираженим відставанням розвитку ендометрія порівняно з контрольною групою виявляли достовірне зростання частоти випадків:

– абортів на термінах > 12 тиж (7,8% проти 4%);

– гістерорезектоскопії (HRS) (12,5% проти 0%);

– ендометриту (28,0% проти 9,2%);

– повторного вишкрібання (42,5% проти 6,7%);

– перфорації матки (4,7% проти 0,5%);

– виникнення синехій (37,5% проти 0%).

У групі пацієток з помірним відставанням розвитку ендометрія порівняно з контрольною групою достовірно частіше спостерігали лише випадки HRS (2,7% проти 0%) і виникнення синехій (7,1% проти 0%).

Отже, для жінок з невдалими спробами ДРТ та затримкою розвитку ендометрія характерною є наявність анамністичних факторів пошкодження ендометрія, переважно механічного та запального характеру.

ВИСНОВКИ

У циклах лікування безплідності трубно-перитонеального генезу методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) частота відставання розвитку ендометрія (різного ступеня вираженості) становить 1/3 випадків від загальної кількості проведених циклів.

Гіпоплазія ендометрія, виявлена на 7-й день ЦС, зберігається протягом усієї проліферативної фази до введення ЛХГ у 100% пацієнтів. Це дає можливість вважати результати вимірювання М-ехо на 7-й день такими, що мають високу прогностичну цінність позитивного (тонкий ендометрій) результату.

Менструальна функція у жінок з відставанням розвитку ендометрія характеризується зменшенням тривалості менструальної кровотечі менше 3 днів, мізерністю менструальною крововтратою та альгоменореєю.

У хворих з вираженим відставанням розвитку ендометрія порівняно із жінками з нормальним і помірним відставанням, внутрішньоматкові маніпуляції та їхні ускладнення за даними анамнезу зустрічаються достовірно частіше.

Наведені вище дані наочно демонструють необхідність аналізу ефективності застосування загальноприйнятих методик корекції відхилень у розвитку прегравідарного ендометрія у циклах лікування методами ДРТ та впливу різних ступенів відставання розвитку прегравідарного ендометрія на клінічні наслідки програм лікування методами ДРТ безплідності трубно-перитонеального генезу та їхньої оптимізації.

Анализ случаев неудачных попыток лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза методами вспомогательных репродуктивных технологий

Л.В. Сусликова, А.В. Сербенюк

В статье представлен анализ данных литературы и результаты собственных ретроспективных исследований частоты случаев отставания развития эндометрия у женщин с неудачными попытками лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Выявлены клинико-анамнестические факторы, негативно влияющие на состояние эндометрия и ассоциирующиеся с риском неудачной попытки лечения.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ случаев неудачных попыток лечения трубно-перитонеального бесплодия с целью выяснения частоты и степени отставания развития эндометрия в пролиферативную фазу цикла в программах ВРТ, а также клинических и анамнестических факторов, негативно влияющих на состояние эндометрия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 838 попыток лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза методами ВРТ. Критериями отбора больных в исследование были: 1) репродуктивный возраст от 20 до 40 лет; 2) нормогонадотропность; 3) отсутствие или полная непроходимость имеющихся маточных труб; 4) отсутствие эндометриоза, гиперпролактинемии, сахарного диабета и других эндокринных нарушений; 5) отсутствие патологии тела матки; 6) нормоспермия у мужчины. В эмбриологическом протоколе указано, что эмбрионы удовлетворительного качества, количество эмбрионов – два и более.

Результаты. В циклах лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза методами ВРТ частота отставания развития эндометрия (разной степени выраженности) составляет 1/3 случаев от общего количества проведенных циклов. Гипоплазия эндометрия, обнаруженная на 7-й день цикла стимуляции, сохраняется в течение всей пролиферативной фазы до введения ЧХГ у 100% пациенток. У больных с выраженным отставанием развития эндометрия по сравнению с женщинами с нормальными и умеренным отставанием, внутриматочные манипуляции и их осложнения по данным анамнеза встречается достоверно чаще.

Заключение. Результаты исследования наглядно демонстрируют необходимость анализа эффективности применения общепринятых методик коррекции отклонений в развитии прегравидарного эндометрия в циклах лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и влияния различных степеней отставания развития прегравидарного эндометрия на клинические последствия программ лечения методами ВРТ бесплодия трубно-перитонеального генеза и их оптимизации.

Ключевые слова: бесплодие, методы вспомогательных репродуктивных технологий, отставание в развитии эндометрия.

Assessment of underlying causes in patients with implantation fails in ivf cycles

L. V. Suslikova, A. V. Serbenyuk

The article presents an analysis of literature data and the results of own retrospective studies of the incidence of cases of lag in the development of the endometrium in women with unsuccessful attempts to treat infertility of tubal peritoneal genesis using auxiliary reproductive technologies (ART). Clinico-anamnestic factors that negatively affect the state of the endometrium and are associated with the risk of an unsuccessful attempt at treatment have been revealed.

The objective: to retrospectively analyze the cases of unsuccessful attempts to treat tubal peritoneal infertility in order to elucidate the frequency and extent of the development of the endometrium in the proliferative phase of the cycle in ART programs, as well as clinical and anamnestic factors negatively affecting the endometrium.

Materials and methods. A retrospective analysis of 838 attempts to treat infertility of tubal-peritoneal genesis by ART methods was carried out. The criteria for selecting patients in the study were: 1) the reproductive age from 20 to 40 years; 2) normogonadotropicity; 3) absence or complete obstruction of the existing fallopian tubes; 4) absence of endometriosis, hyperprolactinemia, diabetes mellitus and other endocrine disorders; 5) absence of pathology of the uterus body; 6) normospermia in men. The embryological protocol indicates that embryos are of satisfactory quality, the number of embryos is two or more.

Results. In cycles of infertility treatment of tubal peritoneal genesis by ART methods, the lag in the development of the endometrium (of varying severity) is 1/3 of the total number of cycles performed. Hypoplasia of the endometrium, found on the 7th day of the stimulation cycle, persists throughout the proliferative phase before the administration of hCG in 100% of patients. In patients with a marked lag in the development of the endometrium compared with women with normal and moderate retardation, intrauterine manipulation and their complications from anamnesis are significantly more frequent.

Conclusion. The results of the study clearly demonstrate the need to analyze the effectiveness of the use of conventional methods for correcting deviations in the development of pregravid endometrium in cycles of treatment with assisted reproductive technologies (ART) and the impact of various degrees of lag in the development of pregravid endometrium on the clinical consequences of ART-infertility programs of tubal peritoneal genesis and their optimization.

Key words: infertility, methods of assisted reproductive technologies, lag in the development of the endometrium.

Сведения об авторах

Сусликова Лидия Викторовна – Украинский государственный институт репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: udirnmapo@gmail.com

Сербенюк Анастасия Валерьевна – Клиника репродуктивных технологий Украинского государственного института репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: udirnmapo@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

- Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Смольникова В.Ю. [и др.]. Современные подходы к подготовке эндометрия у пациенток с ранее безуспешными попытками программы экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология. – 2008. – 5:39–43.
- Головченко Ю.И., Трещинская М.А. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции // Consilium medicum Ukraina. – 2008. – 1: 38–40.
- Гюльмамедова И.Д., Ильина О.И., Носенко Е.Н. [та ін.]. Особенности формирования эндометриальных пиноподий при поддержке лютеиновой фазы вагинальным микронизированным прогестероном // Жіночий лікар. – 2010. – 5:18–23.
- Гюльмамедова И.Д. Проблемы имплантации в программе IVF. Новости медицинской фармации // Гинекология. – 2008. – 253:17–27.
- Самойлова А.В., Кострова Е.В., Любовцева Л.А. Рецепторный статус эндометрия у женщин с бесплодием / Репродуктивные технологии сегодня и завтра: материалы VIII ежегодной международной конференции РАРЧ. – 2008, sept. – 52–53.
- Сеидова Л.А., Яворская К.А. Паракринные регуляторы имплантации // Проблемы репродукции. – 2010. – 3:7–10.
- Судомо И.А., Задорожная Т.Д., Берестовой О.А. Эндометриальные натуральные киллеры у пациенток с неудачами имплантации в циклах экстракорпорального оплодотворения // Здоровье женщины. – 2004. – 17(1):82–86.
- Чайка В.К., Чайка А.В., Носенко Е.Н.

[и др.]. Рецептивность эндометрия у пациенток с бесплодием. – 2011. – 243: 221–243.

9. Chen M.J., Yang J.H., Peng F.H. et al. 2006. Extended estrogen administration for women with thin endometrium in frozen-thawed in-vitro fertilization program. J Ass Reprod Genet. 23:337–342.

10. Bourgain C. Devroey P. 2007. Histologic and functional aspects of the endometrium in the implantatory phase. Gynecol. Obstet. Invest. 64(3):131–133.

11. Chennazhi K.P., Nayak N.R. 2009. Regulation of angiogenesis in the pri-

mate endometrium: vascular endothelial growth factor. Semin. Reprod. Med. 27(1):80–89.

12. Garcia Velasco J. 2012. Auto-immunity and/or thrombophilia as causes for recurrent implantation failure: myth or reality? Instituto Valenciano de Infertilidad. Reproductive Endocrinology and Infertility.

13. Granot I. Gnainsky Y., Dekel N. 2012. Endometrial inflammation and effect on implantation improvement and pregnancy outcome. Reproduction. 44:61.

14. Huang S.Y., Wang C.J., Soong Y.K.

et al. 2011. Site-specific endometrial injury improves implantation and pregnancy in patients with repeated implantation failures. Reproductive Biology and Endocrinology. 9:140.

15. Li T.C. 2012. Evidencebased management of the couple with recurrent implantation failure. ESHRE 88.

16. Macklon N. 2013, July. Laboratory: The embryo-endometrial interface – role in implantation/developmental success. The contribution of the endometrium University of Southampton, Academic Unit of Human Health and Development

Mailpoint. European Society of Human Reproduction and Embryology: 29th Annual Meeting. Paramedical invited session. United Kingdom, 7:10

17. Singh N., Bahadur A., Mittal S. et al.. 2011. Predictive value of endometrial thickness, pattern and sub-endometrial blood flows on the day of hCG by 2D doppler in in-vitro fertilization cycles: A prospective clinical study from a tertiary care unit. J Hum Reprod Sci. 4:29–33.

18. Wynn R.M. 1977. Ultrastructural development of the human decidua. Biology of the Uterus. New York. 341–376.

Статья поступила в редакцию 03.04.2018

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МИНЗДРАВ НЕ ОТМЕНЯЕТ ФЛЮОРОГРАФИЮ. ДИАГНОСТИКУ ТУБЕРКУЛЕЗА ДОПОЛНЯТ ДРУГИМИ МЕТОДАМИ

В Министерстве здравоохранения сообщили, что об отмене флюорографии как метода диагностики туберкулеза речь не идет, но сегодня ее недостаточно.

Как объясняют в Минздраве, лучшим методом скрининга туберкулеза в мире признано целевое или таргетное обследование. Новая система предусматривает, что у каждого семейного врача будет скрининг-анкета, по которой он будет определять, находится ли пациент в группе риска (если человек контактировал с больными туберкулезом, с ослабленной иммунной системой, ВИЧ-инфицированный и т.д.). Если да – направлять его на дополнительное обследование.

Изменения необходимы, ведь на сегодня более 20 процентов случаев туберкулеза среди населения оказываются не выявленными либо не диагностиру-

ются вовремя. Ежедневно в Украине от туберкулеза умирает 11 человек.

В Минздраве рассматривают две современные методики диагностики туберкулеза, которые должны существенно улучшить ситуацию в Украине:

1. Анализ мокроты – современный метод диагностики, который позволяет определить возбудителя болезни в организме за два часа и при необходимости сразу начать лечение.

2. Рентгенологический метод обследования (флюорография) в группах высокого риска заболевания туберкулезом, которые определяются для каждой страны с учетом местных особенностей.

Источник: med-expert.com.ua