

Подготовка к вспомогательным репродуктивным технологиям при низком овариальном резерве

С. В. Проничева, Н. В. Воронова,
Н. В. Лученкова

ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия

Наблюдается стойкая тенденция обращения в клинику пациентов с бесплодием старшего репродуктивного возраста и со сниженным овариальным резервом по различным причинам (оперативное лечение в анамнезе, преждевременная недостаточность яичников), с неудачными попытками ВРТ. В большинстве случаев донорство ооцитов может считаться единственным методом оказания помощи данной группе. Такое решение данной проблемы принимается не всеми парами, поэтому улучшение ответа на стимуляцию и повышение результативности программ ВРТ является актуальным для современной репродуктологии.

Количество необходимого числа ооцитов для получения одного ребенка отличается в зависимости от возраста: 25–34 лет – 8 ооцитов, 35–37 лет – 10, 38–40 лет – 14, 41–42 лет – 50 ооцитов. Поэтому каждый дополнительный ооцит, полученный в программе ВРТ, увеличивает шансы на зачатие. Доля пациентов старше 35 лет в циклах ЭКО, проведенных в клинике, составила в 2014 г. 37,7 %, в 2015 – 41 %, в 2016 г. – 44 % случаев. При бедном ответе у лиц до 40 лет частота наступления беременности может достигать 20–27 %, а после 40 лет – 2,8–4,2 %. Критериями снижения овариального резерва являются уровень АМГ менее 0,5–1,0 нмоль/л, повышение уровня ФСГ более 15, снижение числа антральных фолликулов менее 3. В клинике ведущей тактикой является сохранение овариального резерва, проведение оперативного лечения строго по показаниям и максимально щадящее отношение к яичникам, профилактика рецидивов кист со дня проведения операции. При невозможности минимальной резекции яичников предлагается программа отсроченного материнства с предварительным забором ооцитов.

Основными задачами подготовки к программам ВРТ при снижении резерва являются следующие: добиться получения максимального количества зрелых ооцитов, адекватной трансформации эндометрия в

ответ на стимуляцию. На этапе подготовке в клинике используются следующие методы и средства:

- лечение в отделении физиотерапии (КВЧ, озono-, гирудотерапия, ИРТ);
- применение андрогенов, играющих важную роль в росте фолликула и пролиферации гранулезных клеток. Избыток андрогенов стимулирует ранние стадии роста фолликула и количество пре- и антральных фолликулов на гормоннезависимом этапе фолликулогенеза. Снижение уровня андрогенов в интраовариальном окружении приводит к снижению экспрессии рецепторов ФСГ в гранулезных клетках, чувствительности яичников к ФСГ.

При низком овариальном резерве нами используются следующие методы подготовки к ВРТ:

- тестостерон-гель 10–12,5 мг/сут за 15–20 дней до начала стимуляции;
- применение эстрогенов в лютеиновую фазу МЦ (эстрадиол 4 мг с 20–21 дня МЦ до периода 24–48 чч перед введением гонадотропинов (предполагается, что эстрогеновый прайминг позволяет улучшить ответ и выровнять когорту рекрутируемых фолликулов, возможно, по принципу обратной связи за счет подавления секреции ФСГ, тем самым повышая чувствительность яичников к последующей стимуляции);
- витамин D влияет на стероидогенез, и при диагностированном дефиците рекомендуется назначение 600–1 200 МЕ/сут;
- миоинозитол (нормализует чувствительность тканей яичников к инсулину и ФСГ) – 1–2 г в сутки;
- КОК применяются для предупреждения образования фолликулярных кист;
- гестагены, препараты ЗГТ используются для секреторной трансформации эндометрия.

В последнее время для подготовки к программе ВРТ стал использоваться порошок из эмбрионов и плацент алтайского марала. Препарат использовала группа из 17 пациенток в возрасте от 28 до 45 лет. Основные показания к назначению: подготовка к ВРТ, гипоплазия эндометрия, в том числе и на фоне хронического эндометрита. Препарат назначался по 1 капсуле 2 раза в день в течение 30 дней на этапе комплексной подготовки за 1–2 месяца до вступления в протокол. При приеме отмечено снижение формирования фолликулярных кист, нормализация менструального цикла, уменьшение болевого

синдрома и увеличение толщины эндометрия, отсутствие существенных побочных эффектов. У 5 пациенток наступила беременность: 4 – в программе ЭКО-ИКСИ, 1 – при стимуляции овуляции с ИИСД. У одной пациентки 44 лет при пункции в ЕЦ после неоднократных неудачных попыток получен ооцит, эмбрион витрифицирован на 5 сутки, планируется перенос суррогатной матери.

Заключение. Комплексная подготовка пациентов со сниженным овариальным резервом увеличивает вероятность наступления беременности