

с помощью заместительной гормональной терапии (ЗГТ), с блокадой функции гипофиза антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона (ант-ГнРГ).

Цель исследования: ретроспективный сравнительный анализ частоты наступления беременности после переноса размороженных эмбрионов в циклах с подготовкой эндометрия с помощью ЗГТ и в циклах, где использовались ант-ГнРГ.

Материалы и методы: в исследование включено 63 пациентки в возрасте от 25 до 35 лет. Пациентки были разделены на 2 группы. В цикле с использованием ант-ГнРГ (группа А) 26 пациенткам было выполнено 45 переносов размороженных эмбрионов. В циклах с ЗГТ (группа В) 48 пациенткам было выполнено 105 переносов эмбрионов.

Результаты: в группе А применяли ант-ГнРГ в течение 7 дней на фоне ЗГТ (пероральные и/или трансдермальные формы эстрадиола). В группе В применяли «традиционный» ЗГТ. Адекватность подготовки эндометрия оценивалась при ультразвуковом исследовании. Применялись следующие критерии адекватной подготовки: М-эхо не менее 8 мм, отсутствие ретенционных образований в яичниках. Циклы, в которых использовались донорские ооциты, сперматозоиды, полученные хирургическим путем, были исключены из исследования. Частота наступления беременности в группе А составила 16 случаев из 26, в группе В – 22 из 48 (группа А-61,5%, группа В-45,8%). Однако отличия данных не достоверны ($\chi_2 = 1,665$ $p = 0,197$).

Выводы: протокол подготовки эндометрия на фоне антагонистов ГнРГ представляется более эффективным, чем «традиционный» ЗГТ. Однако полученные данные не позволяют сделать однозначный вывод для клинического применения, требуются дальнейшие исследования.

Литература

1. Optimal endometrial preparation for frozen embryo transfer cycles: window of implantation and progesterone support Robert F. Casper, M.D., Elena H. Yanushpolsky, M.D. April 2016.
2. Programmed versus natural frozen embryo transfer: which is the best nest? Hey-Joo Kang, M.D. The Ronald O. Perelman and Claudia Cohen Center for Reproductive Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, New York. September 2018.
3. Does a frozen embryo transfer ameliorate the effect of elevated progesterone seen in fresh transfer cycles? Mae Wu Healy, D.O. Correspondence information about the author D.O. Mae Wu Healy Email the author D.O. Mae Wu Healy, George Patounakis, M.D., Ph.D., Matt T. Connell, D.O., Kate Devine, M.D., Alan H. DeCherney, M.D., Michael J. Levy, M.D., Micah J. Hill, D.O. January 2016.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРОЦЕССОМ

Суханов А.С., Смирнова М.Ю.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Корнилова Т.Ю.
Кафедра акушерства и гинекологии
Ульяновский государственный университет

Актуальность: по данным ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) у беременных это вторая после эмболии причина материнской смертности. Повышение эффективности лечения АГ у беременных, правильный выбор времени и метода родоразрешения — актуальная медицинская и социальная проблема.

Цель исследования: изучить особенности развития гипертензии, определить часто выбираемые методы родоразрешения, проанализировать показатели перинатальной смертности в зависимости от степени тяжести патологии.

Материалы и методы: обследование, лечение и родоразрешение проведены у 110 женщин. Пациентки составили три подгруппы: 1-я — 42 беременных с гестационной гипертензией, 2-я — 42 пациентки с умеренной преэклампсией и 3-я — 26 беременных с тяжелой преэклампсией.

Результаты: анализ особенностей развития и течения гипертензивных нарушений в трех подгруппах показал, что гипертензивный синдром чаще всего начинался в 1-й подгруппе на сроке беременности 37 недель и более (43% случаев), во 2-й — в 30–36 недель (57% случаев) и в 3-ей — от 22 до 32 недель (69% случаев). Частота преждевременных родов при гестационной гипертензии составила 5%, при умеренной преэклампсии — 24% и при тяжелой преэклампсии — 77% случаев. Анализ методов родоразрешения выявил, что в 1-й подгруппе в 57% случаев беременность завершили вагинальные роды, во 2-й — вагинальные роды выбрали только в 48%, а в 3-ей — в 100% случаев беременность завершилась оперативным путем. Изучение состояния новорожденных показало, что без асфиксии в 1-й подгруппе исследования родилось 67% детей, во 2-й — 52% и в 3-ей — только 23% новорожденных. Случаи мертворождения отсутствовали. По 1 случаю ранней неонатальной смертности было выявлено во 2-й и в 3-ей подгруппе исследования.

Выводы: гестационная гипертензия характеризуется поздним началом заболевания, высокой частотой срочных и вагинальных родов, а также отсутствием репродуктивных потерь. Умеренная преэклампсия по сравнению с гестационной гипертензией характеризуется более ранним началом заболевания, увеличением частоты преждевременных родов, примерно одинаковым уровнем оперативных и естественных родов, но имели место репродуктивные потери. Для тяжелой преэклампсии характерно раннее начало заболевания, высокий процент преждевременных родов, и в 100% случаях — оперативное родоразрешение, а также наличие репродуктивных потерь.

Литература

1. Барабашкина А.В. Новые подходы к лечению артериальной гипертонии в период беременности // Российский кардиологический журнал. 2005.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония: новое в диагностике и лечении. М., 2006.
3. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия (утв. Министерством здравоохранения РФ) Клинические рекомендации.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Тарханова Э.Ф.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Тайц А.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: по данным литературных источников увеличивается частота выявления яичниковых образований у девочек. Отмечается омоложение возраста диагностики яичниковых образований. Опухолевидные образования яичников встречаются во всех группах девочек, у новорожденных встречаемость данной патологии возросла

Цель исследования: изучить причины и механизмы, влияющие на образование фолликулярных кист у новорожденных.

Материалы и методы: метаанализ отечественных и зарубежных научных статей, отражающих современные взгляды на патогенез фолликулярных кист.

Результаты: фолликулярная киста яичника — ретенционное образование, возникающее вследствие накопления жидкости в атрезирующемся фолликуле, в котором исчез ооцит и дегенерировала гранулеза. Кисты яичника плода вызываются гормональной стимуляцией: гонадотропинами плода, эстрогенами матери и плацентарным ХГЧ. При рождении девочки в срок от 38 до 40 недель, уровень гонадотропинов быстро возрастают в возрасте от 2 до 4 месяцев в ответ на послеродовое снижение уровня эстрогенов. Это объясняется незрелостью системы гипоталамус-гипофиз-яичник. Затем система становится чувствительной к низкому уровню