



XXXV

**Ежегодная международная
конференция РАРЧ**

«Репродуктивные технологии
сегодня и завтра»

3–6 сентября 2025

Федеральная территория «Сириус»

XXXV

**Annual International
Conference of RAHR**

«Reproductive technologies
today and tomorrow»

3–6 September 2025

Federal territory «Sirius»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ABSTRACTS

conf.rahr.ru





СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**XXXV Ежегодной международной
конференции РАРЧ**

«Репродуктивные технологии сегодня и завтра»

ABSTRACTS

**XXXV Annual International RAHR conference
*«Reproductive technologies today and tomorrow»***

3—6 сентября 2025 г., ФТ «Сириус»

<i>М.А. Хархарова, М.М. Абакарова, Х.М. Салимгереева, А.И. Чупанова, З.М. Ахбердилова</i>	
Влияние ожирения на эффективность программ ЭКО	90

РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

<i>А.Н. Жилонова</i>	
Эндокринные нарушения у женщин репродуктивного возраста	92
<i>Р.И. Машаева, Л.А. Марченко</i>	
Овариальный возраст (OVAGE) — ранний маркер преждевременной недостаточности яичников	93

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ВРТ

<i>Е.Е. Брагина</i>	
Вертикальная передача вирусной инфекции через половые клетки как причина аномалий раннего эмбриогенеза	96
<i>Д.М. Ермакова, И.В. Менжинская, Н.В. Долгушина</i>	
Распространенность антител к ангиотензинпревращающему ферменту 2 и гормонам у пациенток с бесплодием и фертильных женщин	96
<i>Т.А. Назаренко, К.В. Краснопольская, К.М. Исакова</i>	
Особенности применения методов вспомогательной репродукции у ВИЧ-инфицированных больных	97
<i>А.С. Калугина</i>	
Влияние вирусных инфекций на репродуктивное здоровье и результаты программ ВРТ	98

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРТ

<i>М.Ю. Гаврилов, Н.П. Макарова, А.С. Якимова, П.А. Вишнякова, В.Е. Карягина, А.П. Сысоева, Е.А. Евтушенко, Е.А. Калинина</i>	
Возрастные изменения внеклеточных везикул семенной плазмы, выделенных путем асимметричной глубинной фильтрации	100
<i>В.А. Макутина, И.М. Донник, А.Г. Исаева</i>	
Ультрабыстрый способ витрификации оплодотворенных ооцитов крупного рогатого скота	101

РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.Н. Жилонова

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Среди эндокринных заболеваний, вызывающих овуляторные нарушения у пациенток, участвующих в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), отмечается высокая распространенность заболеваний щитовидной железы, которые часто сочетаются с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), сниженным овариальным резервом (СОР) и гиперпролактинемией.

Цель исследования. Изучить влияние часто ассоциирующихся с гипотиреозом эндокринных заболеваний на исходы программ ЭКО у женщин.

Материалы и методы. Среди 310 субфертильных пациенток в возрасте от 20 до 45 лет были отобраны 140 женщин с гипотиреозом (ГТ) и другими эндокринными заболеваниями. Пациентки были разделены на следующие группы: 1 группа — 60 пациенток, забеременевшие с помощью ЭКО, 2 группа — 40 женщин, не забеременевших с помощью ЭКО и 3 группа у женщин, часто ассоциирующихся с гипотиреозом, — 40 пациенток, забеременевшие естественным путем. Подготовка к беременности занимала от 3 до 6 месяцев в зависимости от причины бесплодия.

Результаты. Возраст в 1 группе составил $35,03 \pm 7,0$ лет. В этой группе с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) были диагностированы 21 (35%) пациентка, с гипотиреозом без АИТ — 39 (65%), с СПКЯ — 9 (15%), с функциональной гиперпролактинемией — 35 (58,3%), с сахарным диабетом — 2 (3,3%), со сниженным овариальным резервом (СОР) — 24 (40%), с овуляторной дисфункцией — 35 (58,8%) женщин. Из неэндокринных факторов — маточный фактор бесплодия (миома, эндометриоз, полипы) — был у 16 (26,6%) пациенток, трубный фактор бесплодия — у 18 (30%). С данной программой беременность наступила с первого раза у 21 женщины, у 32 женщин эта была 2—3 попытка, а у 7 — четвертая и более попытка. Во второй группе с неудачными попытками ЭКО средний возраст женщин составил $37,07 \pm 6,0$ лет. АИТ был диагностирован у 17 (42,5%) пациенток, гипотиреоз без АИТ — у 23 (57,5%), СПКЯ — у 13 (32,5%), гиперпролактинемия — у 8 (20%), СОР — у 22 (55%), овуляторная дисфункция — у 26 (65%). Маточный фактор бес-

плодия был у 13 (32,5%), трубный — у 19 (47,5%) пациенток. В третьей группе средний возраст составил $28,01 \pm 5,0$ лет. В этой группе АИТ был выявлен у 14 (35%), гипотиреоз без АИТ — у 26 (65%), СПКЯ — у 7 (17,5%), гиперпролактинемия — у 4 (10%), гипогонадотропный гипогонадизм — у 1 (2,5%), врожденная дисфункция коры надпочечников — у 2 (5%) пациенток, СОР — у 5 (12,5%), овуляторная дисфункция — у 15 (37,5%), маточный фактор бесплодия (миома, эндометриоз, полипы) — у 14 (35%) женщин.

Выводы. Эндокринные заболевания часто встречаются у пациенток, участвующих в программах ЭКО, с большей распространенностью в более старшем возрасте. Различные сопутствующие эндокринопатии в сочетании с гипотиреозом негативно влияют на исход ЭКО, несмотря на оптимальное лечение и соответствующую коррекцию лабораторных показателей.

* * *

ОВАРИАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ (OVAGE) — РАННИЙ МАРКЕР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

Р.И. Машаева¹, Л.А. Марченко²

¹Ecofamily Clinic, Москва, Россия;

²НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Введение. В отличие от других органов время биологического функционирования яичников ограничено рамками репродуктивного периода. Возраст наступления менопаузы находится в диапазоне от 50 до 52 лет, однако у 3,7 % женщин истощение фолликулярного пула происходит до 40 лет, приводя к таким нарушениям менструального цикла и репродуктивной функции, как вторичная аменорея и бесплодие. Термин овариальный резерв введен более 35 лет назад Дэниелом Навотом [5] и широко используется по настоящее время, процитирован более чем в 5556 статей. Согласно современной точке зрения, ускоренное снижение овариального резерва (ОР), лежащее в основе преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ), характеризуется периодом скрытого течения заболевания (скрытая форма ПНЯ), для которого характерен регулярный менструальный цикл при уровне АМГ менее 1,2 нг/мл и ФСГ до 12 мЕд/мл. Начальная форма ПНЯ сопровождается периодически возникающими задержками менструации, при этом уровень ФСГ возрастает (выше 12 мЕд/мл) на фоне стойкого снижения АМГ (менее 1,2 нг/мл). Полная форма, согласно критериям ESHRE, сопровождается выраженными клиническими признаками (вторичная олиго/аменорея) и значительными гормональными изменениями (ФСГ выше 25 мЕд/мл), а в рекомендациях IMS это показатель составляет не менее 40 мЕд/мл, при этом истинные пороговые уровни, характеризующие полное выключение функции яичников