

Содержание половых гормонов у больных после лечения утрожестаном

Показатели	Контрольная группа, n=20	I группа +лиохистоз, n=20	II группа + гипоплазия, n=10	III группа + эндометриоз, n=28
ФСГ, мМЕ/мл	4,4±1,57	4,2±1,45	3,8±1,22	4,2±1,3
ЛГ, мгМЕ/мл	6,7±0,11	6,4±0,19	5,2±2,11	6,8±0,1
Пролактин, мМЕ/мл	268,7±30,01	274,0±28,12	316,1±27,1	384,1±7,0
Эстрадиол, пмоль/л	517,0±58,79	498,0±28,4	316,1±29,9	492,1±21,3
Прогестерон, нмоль/л	3,9±1,18	3,8±0,94	3,6±0,87	3,8±1,20
К.П.И.	80%	75%	65%	70-60%

По результатам применения, утрожестан занял лидирующее положение и сегодня является препаратом первого выбора. Он не обладает андрогенной и антигонадотропной активностью, не влияет на липидный профиль, артериальное давление, метаболизм углеводов, не вызывает задержку жидкости в организме. Известно, что максимальная концентрация препарата при его вагинальном введении создается в органе-мишени, а не в плазме крови, что предохраняет значительную часть препарата от элиминации [1, 6].

Таким образом, утрожестан эффективен в реабилитации репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, после хирургического лечения и обладает не только «периферическим» гормональным эффектом на уровне тканей-мишеней, но и гипоталамо-гипофизарных отношений. Утрожестан эффективен в поддержании функциональной активности желтого тела, секреторных применений в эндометрии при лечении различных форм бесплодия, в целях сохранения беременности. Эффективность использования утрожестана при лечении лютеиновой недостаточности различных форм бесплодия, после хирургического лечения составила 60,3%, при его хорошей переносимости и отсутствии побочных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинина Е.А., Смольникова В.Ю. Экстракорпоральное оплодотворение в лечении женского бесплодия.—М., 2000.—С.747-757.
2. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. //Акуш.и гин.—1997.—№3.—С.5-9.
3. Кулаков В.И., Леонова Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение в лечении женского и мужского бесплодия.—М., 2000.
4. Пшеничникова Т.И. Бесплодие в браке.—М., 1991.
5. Сметник В.П., Тумлович П.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врача.—М., 1997.
6. Яворовская К.А. Оптимизация программы ЭКО и переноса эмбриона в полость матки у пациенток с абсолютным трубным бесплодием: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.—М., 1993.

УДК 618.39+615.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УТРОЖЕСТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УТРОЗЫ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В.И.Коновалов, И.Х.Байрамова, М.К.Киселева, Г.В.Брагина

Уральская государственная медицинская академия,
городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

Угроза недонашивания беременности является распространенным осложнением. Наиболее часто угроза прерывания беременности развивается в I триместре беременности и обусловлена нарушением гормональной деятельности системы гипоталамус—гипофиз—яичники, встречаясь у 10–25% беременных [2]. Недостаточность лютеиновой фазы, переходящая в плацентарную недостаточность, встречается у 34–44% беременных [1]. При невынашивании беременности эти нарушения часто носят стертый характер. Механизм прерывания беременности при неполноценной лютеиновой фазе цикла связан с теми изменениями, которые происходят в эндометрии при недостаточной функции прогестерона.

В лечении угрозы прерывания беременности эндокринного генеза с успехом используются гормональные препараты [2]. Разработаны схемы, в которых обычно применяют комбинированное введение эстрогенов или прогестерона, сочетающееся с введением витаминов и седативных препаратов. Как показали

клинико-лабораторные наблюдения, гормональное лечение обеспечивает адекватное развитие пластических процессов плода, увеличение маточно-плацентарного кровообращения и нормализацию функций маточно-плацентарного комплекса. Все это приводит к нормализации обменных процессов в мышце матки, что необходимо для прогрессирования беременности. Длительность лечения составляет 2 недели. Эффективность применения гормональной терапии варьирует в пределах 70-80%.

Целью данной работы была оценка эффективности и использования нового гестагенного препарата утрожестана у беременных женщин, страдающих невынашиванием беременности, обусловленной недостаточностью функции яичников в ранние сроки беременности.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 26 женщин 19-36 лет с угрожающим или начинающимся абортom ранних сроков (до 12 недель беременности). В исследование были взяты только те женщины, у которых были исключены такие причины невынашивания, как внутриматочная инфекция, гиперандрогения, нарушения функции щитовидной железы.

Первобеременных было 6 пациенток, повторнобеременных – 20. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у всех обследованных: у 10 пациенток (50%) был один самопроизвольный выкидыш, у трех (15%) – привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность – у 5 (25%) и преждевременные роды – у 6 (30%) беременных.

Основными симптомами при поступлении были жалобы на боли внизу живота и пояснице постоянного тянущего характера или периодические кровянистые выделения различной степени выраженности. В результате обследования был поставлен диагноз угрожающего выкидыша у 18 и начавшегося аборта у 8 беременных.

Для выявления недостаточности функции яичников у женщин, страдающих невынашиванием беременности, проводилась оценка тестов функциональной диагностики; определялось содержание в крови прогестерона; иммуноферментный метод определения трофобластического β -1 гликопротеина (ТБГ) применялся, начиная с 6 недель беременности, который характеризует функциональное состояние плодовой части плаценты; применялось ультразвуковое исследование; проводился кольпоцитологический контроль 1 раз в 7 дней.

Результаты исследования. Проведение перечисленных лабораторных исследований в динамике дало возможность объективно подтвердить терапевтическое действие утрожестана (см.табл.). Так, до его назначения, у всех обследуемых имело место снижение содержания прогестерона в крови, у 16 (61,5%) уровень ТБГ был снижен на два стандартных отклонения, при кольпоцитологическом исследовании кариопикнотический индекс (КПИ) составил 15-20%, при ультразвуковом исследовании у 21 (80%) беременных отмечено повышение тонуса миометрия, а у 8 (30,8%) обнаружена отслойка хориона и наличие ретрохориальной гематомы.

Таблица

Лабораторные показатели у женщин с угрозой невынашивания, получавших утрожестан ($M \pm m$)

Показатели	Контроль	До лечения	После лечения
Прогестерон, нмоль/л	40-50	30,1±1,6*	42,5±2,1
ТБГ, мкг/мл	8-24	2±6,2*	8±8,4
КПИ, %	8-10	15±3,2*	8±1,4

Примечание: * $p < 0,05$

При лечении суточная доза утрожестана составляла от 200-300 мг до 600 мг в сутки. Использовался как оральный, так и вагинальный путь введения препарата. Как правило, курс составлял 10-14 дней, далее прием утрожестана продолжался в качестве поддерживающей терапии по 200 мг в сутки до 12 недель.

После проведенного курса отмечалась положительная динамика регистрируемых показателей: уровень прогестерона увеличился на 20-25% и стал соответствовать норме срока беременности; наблюдался прирост темпа ТБГ; снижение КПИ до 8-10% и нормотонус миометрия по ультразвуковому исследованию. В 4 из 8 случаев отслойки хориона и наличии ретрохориальной гематомы беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.

Таким образом, можно сделать заключение, что утрожестан следует считать эффективным гормональным средством терапии угрозы прерывания беременности. Препарат может быть использован в качестве монотерапии при недостаточности желтого тела, так и в комплексе с другими методами лечения. Так, беременность удалось сохранить у 22 пациенток из 26 (84,6% терапевтический эффект). Все женщины хорошо переносили препарат, аллергических реакций не было. Несомненным достоинством препарата является возможность вагинального применения препарата, наряду с парентеральным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожин А.А. //Вестник.-2000.-№1.-С.104-106.
2. Писарева С.П. //Доктор.-2001.-№3.-С.20-22.