

УДК 618.39-021.3-085+615.256.5

© I. M. Маркуш, 2011.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ УТРОЖЕСТАН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

I. M. Маркуш

*Київський центр репродуктивного здоров'я;**Київська міська клінічна лікарня №1 (гол. лікар – к.мед.н., доц. І. І. Чермак), м. Київ.*

EXPERIENCE OF UTROGESTAN ADMINISTRATION IN COMPLEX TREATMENT OF THREAT TO PREGNANCY

I. M. Marcush

SUMMARY

To investigate the effectiveness of natural micronized progesterone use for treatment of threat to pregnancy vaginal form of Utrogestan was administered to 30 patients of 8-12 weeks of pregnancy. The effectiveness of treatment made up 96,4%, positive impact of preparation as a way of prevention of primary and secondary fetoplacental insufficiency and absence of negative impact on fetus and newborn was also noted.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА УТРОЖЕСТАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И. М. Маркуш

РЕЗЮМЕ

С целью исследования эффективности использования натурального микронизированного прогестерона для лечения угрозы прерывания беременности вагинальная форма препарата Утрожестан применялась у 30 пациенток в сроках 8-12 недель беременности. Эффективность лечения составила 96,4%, при этом отмечено позитивное влияние препарата как средства профилактики первичной и вторичной фетоплацентарной недостаточности и отсутствие негативного влияния препарата на плод и новорожденного.

Ключові слова: мікронізований прогестерон, загроза переривання вагітності, фетоплацентарна недостатність.

Проблема невиношування вагітності до теперішнього часу має велике значення і є актуальною у практичному акушерстві. Це пов'язано з великою частотою даної патології – від 18 до 20%, а також з тим, що вона протягом останніх десяти років, незважаючи на зусилля вчених і практиків, не має тенденції до зниження [1, 3]. Головну причину загрози мимовільного викидня (ЗМВ) в кожному конкретному випадку визначити дуже важко, але часто загроза переривання вагітності супроводжується гормональною недостатністю [2]. У зв'язку з цим удосконалення методів профілактики, лікування і особливо гормонотерапії загрози переривання вагітності є актуальним завданням акушерства.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності застосування натурального мікронізованого прогестерону для лікування загрози переривання вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами обстежено до і після патогенетично обґрунтованої терапії Утрожестаном 30 пацієнток з загрозою переривання вагітності (основна група) і 50 жінок із фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) в терміни вагітності 9-12 тижнів. У пацієнток

обох груп простежено і співставлено особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, а також стан плода і новонародженого.

Загальний статус пацієнток оцінювали за допомогою клінічних методів. Гормональні зміни в організмі здорових жінок і вагітних із загрозою переривання вагітності оцінювали за динамічними результатами кольпоцитологічних досліджень. Для оцінки стану плода проводили УЗД його моторної активності і серцевої діяльності на апараті «Toshiba» САЛ-35А лінійним датчиком з частотою 5 мГц.

Усі вагітні з загрозою переривання вагітності отримували комплексну терапію з приводу загрози переривання вагітності. Призначали оберігаючий режим, спазмолітики, кровозупиняючі і знеболюючі препарати, вітамінотерапію. Для ліквідування прогестеронової недостатності інтравагінально призначали Утрожестан (по 200 мг 2 рази на добу протягом від 2-х до 4-х тижнів).

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики: абсолютні величини – з використанням критерію (t) Стьюдента, відносні величини (%) – непараметричного критерію кутового перетворення (f) Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віком, соматичним і акушерсько-гінекологічним анамнезом основна і контрольна група не відрізнялися ($p > 0,05$) і тому вважались достовірними. Усі пацієнтки основної групи госпіталізовані до гінекологічного відділення з діагнозом загрози переривання вагітності в терміни 8-10 тижнів вагітності. Згідно скарг визначено наступні ознаки загрози переривання вагітності: біль тягучого характеру внизу живота і попереку при помірному фізичному навантаженні відмічали у 28 (93,3%) пацієнток, наявність прожилок крові в слизових виділеннях з піхви – у 3 вагітних (10,0%).

Больовий синдром супроводжувався кровомазанням у 2 випадках (6,6%). При огляді шийки матки в дзеркалах і бімануальному обстеженні структурні зміни шийки матки (скорочення і відкриття зовнішнього вічка) виявлені у 6 вагітних (20,0%). При УЗД виявлено, що у плодів в обох групах куприково-тім'яний розмір (КТР) відповідав терміну вагітності. У всіх обстежених зареєстровано серцеву діяльність плоду. Головною ехографічною ознакою ЗМВ було локальне потовщення міометрію, яке частіше розташовувалось у місці прикріплення хоріону до стінки матки (70,0% випадків). У 30,0% пацієнток з ЗМВ при УЗД було зареєстровано збільшення діаметру внутрішнього вічка в межах 2,2-2,6 см. Аналіз показників каріопікнотичного (КІ), еозинофільного індексів (ЕІ) і індексу дозрівання (ІД) свідчив про значну прогестеронову недостатність. Для загрози переривання вагітності характерний також «запальний» тип мазку.

Результати кольпоцитологічних досліджень через 2 тижні після початку лікування Утрожестаном свідчили про нормалізацію насичення прогестероном організму пацієнток основної групи. ІД, КІ та ЕІ у жінок основної групи практично не відрізнялися від цих показників у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності ($p > 0,05$). «Запальний» тип мазка виявлено

в 1 випадку. Усі 30 пацієнток у задовільному стані виписані додому для подальшого нагляду лікарів жіночих консультацій.

Віддалені результати лікування ми простежили у 27 пацієнток, 2 жінки вибули з поля зору лікарів жіночих консультацій у зв'язку із зміною місця проживання, а в однієї – вагітність закінчилась викиднем у терміні 14-15 тижнів. Аналіз даних цієї історії хвороби вказував на те, що причиною абортів стала істміко-цервікальна недостатність.

При огляді в жіночих консультаціях у 7 з 27 вагітних з прогресуючою вагітністю у терміні 19-21 тижень відзначено ознаки загрози переривання вагітності у вигляді підвищення тонуусу матки, болів унизу живота і попереку. Всім їм був призначений повторний двотижневий курс терапії (по 1 капсулі Утрожестана 2 рази на добу інтравагінально). Ознаки загрози переривання вагітності зникали протягом 1-2 діб.

Порівнюючи ефективність терапії, яка включала інтравагінальне введення натурального мікронізованого прогестерону, з аналогічними результатами, описаними в літературі, ми можемо зробити ряд попередніх узагальнень. Препарат Утрожестан дає швидкий і тривалий ефект. У разі лікування загрози переривання вагітності ін'єкційним прогестероном протягом 7-10 діб спостерігається частковий ефект, а тому препарат призначають повторно на такий же термін. Наступні курси зберігаючої терапії призначали вже через 20-30 діб. У наших дослідженнях повний ефект від призначення Утрожестана інтравагінально наступав уже через 1-2 доби і у 74,1% випадків не було потреби в його повторенні. У 7 випадках (25,9%) виникла потреба у повторному лікуванні Утрожестаном, але перерва між курсами склала 2 місяці і більше.

Ми відстежили результати вагітностей, пологів і стану матері і плоду в післяпологовий період в основній та контрольній групах. Дані представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати вагітності, пологів і перебігу післяпологового періоду у пацієнток основної і контрольної груп

Показник	Група			
	Основна		Контрольна	
	Абс.	%	Абс.	%
Кількість пологів:	27	100,0	50	100,0
фізіологічні	18	66,7	38	76,0
патологічні	9	33,3	12	24,0
термінові	21	77,8*	47	94,0
запізнілі	3	11,1*	1	2,0
передчасні	3	11,1*	2	4,0
Оперативні втручання:				
кесарів розтин	4	14,8	4	8,0

накладання акушерських щипців	1	3,7	–	–
Ускладнення пологів:				
несвоєчасне відходження вод	4	14,8	7	14,0
слабкість пологової діяльності	2	7,4	2	4,0
травми пологових шляхів	4	14,8	7	14,0
ручна ревізія стінок матки	2	7,4	3	6,0
гіпоксія плоду	4	14,8*	2	4,0
Середня маса тіла новонародженого		3215,6±203,5		3524,1±210,1
Оцінка за шкалою Апгар				
8-9 балів	18	66,7	36	72,0
7 і менше балів	9	33,3	14	28,0
Патологічна крововтрата (більше 400 мл)	3	11,1	3	6,0
Ускладнений перебіг післяпологового періоду	4	14,8	6	12,0

Примітка: * – різниця вірогідна порівняно з контролем ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз цих показників продемонстрував високу ефективність терапії з використанням Утрожестана. Про це свідчить відсутність статистичної різниці між показниками контрольної і основної груп відносно частоти фізіологічних і патологічних пологів, а також частоти оперативних втручань і ускладнень пологів. Ми спостерігали статистично вірогідне ($p < 0,05$) зменшення частоти термінових і збільшення частоти запізнених та передчасних пологів в основній групі порівняно з ідентичними показниками контрольної групи. Вірогідно вищою в основній групі була і гіпоксія плоду. У той же час, включення Утрожестану до комплексної терапії загрози переривання вагітності дає кращі результати, ніж лікування іншими гестагенами.

Середня маса тіла новонароджених, їх стан при народженні, а також об'єми крововтрат і кількість випадків післяпологових ускладнень в обох групах статистично не відрізнялись ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ:

1. Вагінальна форма препарату Утрожестан зруч-

на для пацієнток і ефективна (96,4%) при загрозі переривання вагітності.

2. Натуральний мікронізований прогестерон Утрожестан – ефективний засіб для профілактики первинної фетоплацентарної недостатності і не чинить несприятливої дії на матір, плід і новонародженого.

ЛІТЕРАТУРА

1. ДеЧерни А. Х. Акушерство и гинекология : учебное пособие : в 2 т. / Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан; пер. с англ.; под. общ. ред. акад. РАМН А. Н. Стрижкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 776 с.

2. Кокрановское руководство: беременность и роды / [Хофмейр Д. Ю., Нейлсон Д. П., Алфирович З. и др.]; под общ. ред. Г. Т. Сухих; пер с англ. В. И. Кандра, О. В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.

3. Пустотина О. А. Плацентарная недостаточность и угроза прерывания беременности – обоснование применения препаратов прогестерона / О. А. Пустотина // Российский вестник акушера-гинеколога. – № 2. – 2006. – С. 51–54.