УДК 618.39_059_08:615.357

Перспективи лікування загрози передчасних пологів із застосуванням сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону

Г.І. Резніченко, Н.Ю. Резніченко, В.Ю. Потебня, І.Л. Антонюк
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета дослідження: **визначення ефективності застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону (Лютеіна) у жінок із загрозою передчасних пологів.**
***Матеріали та методи*. Обстежено 45 жінок (основна (І) група) у терміні 24–35 тиж вагітності із загрозою передчасних пологів, сформовано 2 підгрупи: підгрупа Іа – 23 жінки, які отримували у комплексі лікування мікронізований прогестерон сублінгвально; підгрупа Іб – 22 вагітні, які не отримували під час лікування препарати прогестерону. В основній групі проведено загальноклінічне та біохімічне обстеження вагітних, визначення вмісту у сироватці крові АЛТ, АСТ, загального білірубіну та прогестерону. Ретроспективно проаналізовано 56 історій передчасних пологів (група порівняння).**
***Результати*. Виявлено чинники ризику розвитку передчасних пологів при спостереженні вагітних у жіночій консультації: недооцінювання даних анамнезу, неповне обстеження, несвоєчасний початок лікування загрози передчасних пологів, недостатня профілактика ускладнень вагітності.**
Установлено, що у жінок І групи в обох підгрупах протягом лікування рівні як АСТ та АЛТ, так і загального білірубіну у сироватці крові не змінювалися. Спостерігалось зниження сироваткового рівня прогестерону в обох підгрупах. На третю добу лікування у підгрупі Іа середня концентрація прогестерону у сироватці крові зростала до 1108±39 нмоль/л, а на сьому – сягала 1260±42 нмоль/л, тоді як у підгрупі Іб його динаміка практично не змінювалась (882±33 нмоль/л та 893±31 нмоль/л відповідно). Застосування сублінгвальної форми прогестерону у комплексі лікувальних заходів у жінок із загрозою передчасних пологів дало змогу у 2 рази знизити частоту передчасних пологів та в 1,5 разу частоту ускладнень в пологах, майже в 2,5 рази покращити перинатальні наслідки у порівнянні з підгрупою жінок, яким не застосовували препарати прогестерону.
***Заключення*. 1. Факторами ризику розвитку передчасних пологів є пізнє взяття вагітних на облік, недооцінювання анамнестичних даних і факторів ризику розвитку гестаційних ускладнень, неповне обстеження, несвоєчасний початок лікування загрози передчасних пологів, недостатня профілактика ускладнень вагітності.**
2. При ознаках загрози передчасних пологів застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону дає можливість швидко відновити рівень прогестерону у сироватці крові до фізіологічних показників і тим самим у 2 рази знизити частоту передчасних пологів та у 2,5 разу – перинатальні наслідки у новонароджених.
3. Застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону у вагітних із загрозою передчасних пологів не впливає на функцію печінки.
4. Отримані результати дозволяють рекомендувати до широкого застосування сублінгвальну форму мікронізованого прогестерону вагітним у разі загрози передчасних пологів.
Ключові слова: *загроза передчасних пологів, лікування, Лютеіна.*

Однією з важливих проблем акушерства в умовах існуючої демографічної кризи в Україні є збереження кожної вагітності та народження здорової дитини [2].

Пріоритетним напрямом у поліпшенні демографічних показників є профілактика передчасних пологів [3, 5], оскільки їхня частота, за даними різних авторів [4, 8, 11], у розвинутих країнах складає 7,5–12%, у Європі – 5–9%, США – 12–13%, в Україні – 15–23%.

Передчасні пологи є головною причиною перинатальних втрат, високої захворюваності та інвалідизації (до 50%) новонароджених дітей [5, 9].

Основними етіологічними чинниками передчасних пологів є передчасні пологи в анамнезі, штучні аборти, вишкрібання порожнини матки, гормональні порушення, недостатній рівень прогестерону, інфекції сечостатевої системи, порушення в системі гемостазу, істміко-цервікальна недостатність [1, 7]. Важливу роль у настанні передчасних пологів відіграють вік жінки та низький соціально-економічний рівень життя, шкідливі звички, тяжка екстрагенітальна патологія, ускладнення вагітності, такі, як передлежання плаценти, багатота маловоддя, дисфункція плаценти та інші. Але в 40–50% випадків причину передчасних пологів з'ясувати не вдається.

Відомо декілька механізмів, що потенціюють передчасну скоротливу діяльність матки. До них належать: імунологічні порушення в організмі вагітної, порушення співвідношення між рівнями естрогенів і прогестерону з переважанням вмісту естрогенів за рахунок дефіциту локальної або системної екскреції прогестерону чи підвищеного синтезу естрогенів, підвищення біосинтезу простагландинів, активації інфекційних чинників [1, 10, 13].

Профілактичні та терапевтичні заходи щодо попередження передчасних пологів включають корекцію гормональних порушень, санацію джерел хронічної інфекції, токолітичну дію на матку, застосування акушерського розвантажувального песарію.

На сьогодні при ознаках загрози передчасних пологів застосовують препарати, що пригнічують скоротливу діяльність матки, метаболічну терапію, профілактику синдрому дихальних розладів, препарати прогестерону.

В останні роки все більше уваги у разі загрози передчасних пологів приділяють саме застосуванню препаратів прогестерону, окільки він пригнічує експресію генів, що відповідають за скоротливу активність міометрія, перешкоджає передчасному скороченню шийки матки, володіє нейропротекторною та токолітичною дією [1, 6, 12].

На сьогодні існує багато різноманітних форм препаратів прогестерону, але одним з найбільш вдалих за швидкістю дії та безпечністю є сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону – препарат Лютеіна (Адамед, Польща), повністю ідентична натуральному гормону. Велика абсорбція та біодоступність Лютеіни досягаються за рахунок мікронізації – зменшення середніх розмірів часток шляхом їхнього подрібнення до розмірів мікрона під час синтезу. Застосування

сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону дає можливість швидко – за 30–60 хв досягти максимальної концентрації у плазмі крові (17,6±3,8 нг/мл) при мінімальній медикаментозній агресії, оскільки відсутній ефект первинного проходження через печінку і немає пресистемного метаболізму, зручності застосування та добрій переносимості препарату. Слід зазначити, що сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону має найменш тривалий період напіввиведення та практично відсутні системні побічні ефекти.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону (Лютеїна) у жінок із загрозою передчасних пологів.

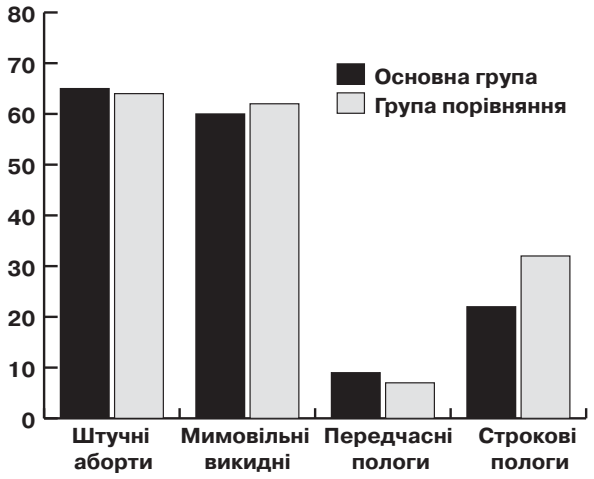
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основну групу було включено 45 жінок у терміні 24–35 тиж вагітності, які знаходились на лікуванні у відділенні патології із загрозою передчасних пологів (I, основна, група).

Критеріями включення була наявність клінічних ознак загрози передчасних пологів: підвищення тонусу матки, біль унизу живота та попереку, структурні зміни шийки матки – розм'якшення, вкорочення, згладжування; ультразвукові: підвищення тонусу матки, вкорочення та дилатація шийки матки, зниження вмісту прогестерону у сироватці крові. Критерії виключення: ектрагенітальна патологія, багатоплідда, рубець на матці, передчасний розрив плодових оболонок.

Дослідження було схвалено комісією з питань медичної етики при пологовому будинку. Після підписання інформованої згоди щодо проведення дослідження пацієнтки залежно від застосованого методу лікування були розподілені на 2 підгрупи: у підгрупу Іа увійшли 23 жінки, які отримували протягом 2 діб токолітичну терапію гексопреналіну сульфатом по 5 мг у 400 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно. Для попередження побічної дії застосовували блокатор кальцієвих каналів верапаміл – 1 пігулка 1 раз на добу та дексаметазон за загальноприйнятою схемою. З першої доби мікронізований прогестерон застосовували сублінгвально по 100 мг 3 рази на добу, препарат магнію – по 1 порошку 300 мг 1 раз на добу, на другу добу – за наявності показань – вводили розвантажувальний акушерський песарій; з третьої доби пацієнтки отримували мікронізований прогестерон сублінгвально по 100 мг 2 рази на добу, препарат магнію – по 1 порошку 300 мг 1 раз на добу.

У підгрупу Іб було включено 22 вагітні, які отримували токолітичну терапію гексопреналіну сульфатом по 5 мг у 400 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно одночасно з верапамілом – пігулка 1 раз на добу та дексаметазон за схемою, препарат магнію – по 1 порошку 300 мг 1 раз на добу, з третьої доби – прифінію бромід по 30 мг 3 рази на добу перорально, розвантажувальний акушерський песарій – за наявності показань.



Мал. 1. Дані акушерського анамнезу обстежених жінок

Усі вагітні обстежені згідно з Наказами МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 та № 624 від 03.11.2008 р. Проводили загальноклінічне та біохімічне обстеження вагітних, оцінювання стану шийки матки та стану плода – за допомогою ультразвукового дослідження та кардіотокографії; оцінювання новонароджених – за шкалою Апгар, масо-зростовими показниками, клінічними даними; визначення вмісту у сироватці крові аланін-амінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), загального білірубіну, прогестерону – залежно від застосованої терапії.

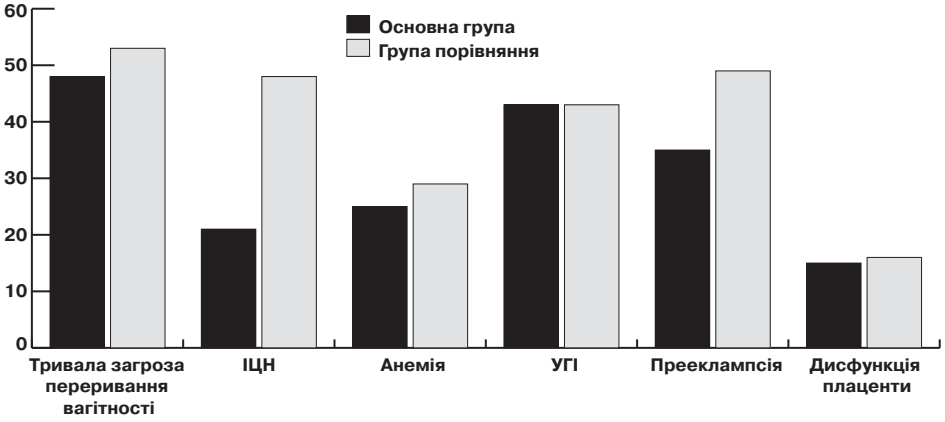
Ретроспективно проаналізовано 56 історій передчасних пологів (II група – порівняння).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки у групах не відрізнялись за віком і масо-зростовими показниками та соціальним станом. Переважна більшість жінок (понад 67%) були мешканками міста та домогосподарками (63%). Першовагітних жінок в основній групі було 55,5%, у групі порівняння – 60%. Більшість вагітних були віком 26–36 років – 73,9%, молодше 18 років – 4,6%, понад 36 років – 13,8%.

У структурі екстрагенітальної патології в обох групах жінок переважали гострі респіраторні захворювання під час вагітності, гіпертензивні розлади та нейроциркуляторна дистонія, патологія нирок.

Серед гінекологічної патології ерозії шийки матки спостерігались у 68,9%, запальні захворювання придатків матки – у 42,2%. Частота гормонозалежної патології не перевищу-



Мал. 2. Найчастіші ускладнення у групах вагітних

вала середньопопуляційні показники: порушення менструального циклу виявляли у 17,8% пацієнток, лейоміому матки – у 6,7%. Окрім того, майже у кожної другої жінки в анамнезі відзначено наявність урогенітальної інфекції.

Дані акушерського анамнезу у вагітних із загрозою передчасних пологів у групах були майже однаковими (мал. 1).

Частота репродуктивних втрат і штучних абортів в обох групах була високою, що було серйозним чинником ризику розвитку ускладнень при дійсній вагітності.

Оцінювання результатів аналізу передчасних пологів дало змогу виявити найчастіші ускладнення перебігу вагітності (мал. 2). Як видно з мал. 2, в обох групах найчастіше перебіг вагітності супроводжувався тривалою загрозою її переривання, прееклампсією, наявністю урогенітальних інфекцій (УГІ) та анемією, плацентарною дисфункцією. У групі порівняння у 2 рази частіше виявляли істмікоцервікальну недостатність (ІЦН).

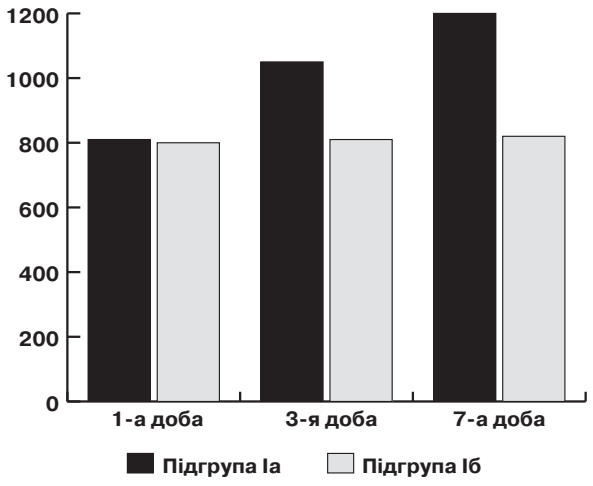
Під час ретроспективного аналізу історій пологів було встановлено недоліки у веденні жінок з передчасними пологами, такі, як пізнє взяття на облік у жіночій консультації, недооцінювання анамнестичних даних і факторів ризику розвитку гестаційних ускладнень, неповне обстеження вагітних, несвоєчасний початок лікування загрози передчасних пологів, недостатня профілактика та лікування ускладнень вагітності: гіпертензивних розладів та прееклампсії, анемії, урогентальна інфекція, наслідком чого було настання передчасних пологів у різні терміни вагітності та висока перинатальна смертність недоношених новонароджених.

Аналізуючи біохімічні функції печінки, ми встановили, що у жінок обох підгруп I групи протягом лікування рівні як АСТ та АЛТ, так і загального білірубіну у сироватці крові практично не змінювалися. У день госпіталізації у підгрупі Іа показники АСТ склали 32,3±4,5 нмоль/л (33,6±3,6 нмоль/л у підгрупі Іб), на третю добу лікування – 31,5±4,7 нмоль/л (29,7±5,6 нмоль/л у підгрупі Іб), на сьому – 30,4±5,6 нмоль/л (31,2±6,4 нмоль/л у підгрупі Іб); рівень АЛТ був у межах фізіологічних цифр і становив у першу добу 154,2±10,8 нмоль/л (159,1±11,3 нмоль/л у підгрупі Іб), на третю добу – 156,9±12,6 нмоль/л (167,4±9,7 нмоль/л у підгрупі Іб), на сьому добу – 157±9,3 нмоль/л (163,8±14,5 нмоль/л у підгрупі Іб). Концентрація загального білірубіну у підгрупі Іа становила у першу добу – 6,5±1,3 мкмоль/л, на третю добу – 4,3±1,0 мкмоль/л, на сьому – 5,8±1,2 мкмоль/л; у підгрупі Іб відповідно – 7,6±1,2 мкмоль/л, 6,4±1,1 мкмоль/л, 6,7±1,4 мкмоль/л. Це свідчить про відсутність негативного впливу сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону на функцію печінки.

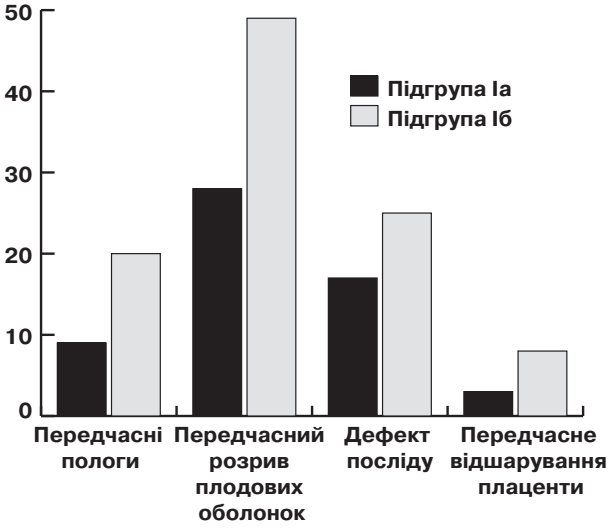
Оцінювання гормональної функції плаценти під час госпіталізації вагітних з загрозою передчасних пологів до акушерського стаціонару засвідчило значне зниження сироваткового рівня прогестерону у цієї когорти пацієнток (мал. 3). У обох підгрупах жінок його концентрація не відрізнялась і в середньому складала у підгрупі Іа 876±32 нмоль/л, у підгрупі Іб – 859±27 нмоль/л.

Протягом лікування на третю добу у підгрупі пацієнток Іа, яким застосовували мікронізований прогестерон сублінгвально, його середня концентрація у сироватці крові зростала до 1108±39 нмоль/л, а на сьому добу сягала 1260±42 нмоль/л, тоді як у підгрупі Іб його динаміка практично не змінювалась (882±33 нмоль/л та 893±31 нмоль/л відповідно). Це свідчить про високу ефективність та швидке відновлення концентрації прогестерону у сироватці крові до фізіологічних значень у когорті жінок із загрозою передчасних пологів при сублінгвальному застосуванні мікронізованого прогестерону.

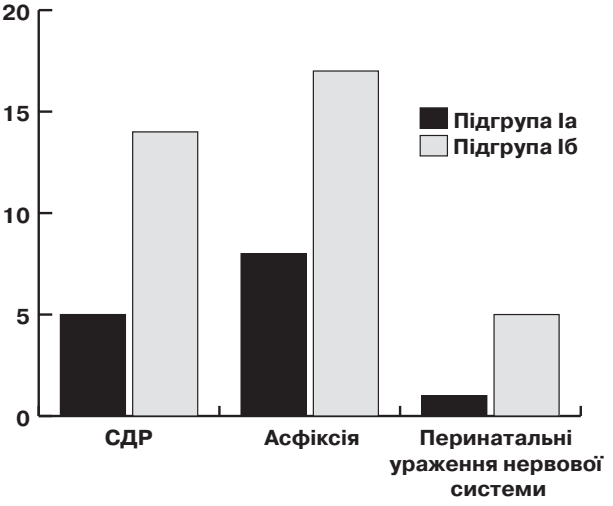
Упровадження в практичну роботу акушерського відділення профілактики факторів ризику розвитку передчасних пологів і лікування із застосуванням сублінгвальної форми прогестерону (мал. 4) дало змогу у 2 рази знизити ча-



Мал. 3. Вміст прогестерону у сироватці крові в обстежених жінок I групи, нмоль/л



Мал. 4. Закінчення вагітності залежно від застосованого лікування загрози передчасних пологів



Мал. 5. Стан новонароджених залежно від проведеного лікування

стоту передчасних пологів та в 1,5 разу частоту ускладнень у пологах.

Заслуговують на увагу результати аналізу стану новонароджених залежно від проведеного лікування загрози передчасних пологів, які представлені на мал. 5.

Як видно з мал. 5, у дітей, народжених жінками, яким застосовували мікронізований прогестерон сублінгвально при загрозі передчасних пологів, це дало змогу майже у 2,5 разу покращити перинатальні наслідки у порівнянні з підгрупою Іб: знизити частоту синдрому дихальних розладів, асфіксії новонароджених, перинатальних уражень нервової системи.

ВИСНОВКИ

1. Факторами ризику розвитку передчасних пологів є пізнє взяття вагітних на облік, недооцінювання анамнестичних даних і факторів ризику розвитку гестаційних ускладнень, неповне обстеження, несвоєчасний початок лікування загрози передчасних пологів, недостатня профілактика ускладнень вагітності.

2. При ознаках загрози передчасних пологів застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону дає можливість швидко відновити рівень прогестерону у сироватці крові до фізіологічних показників і тим самим у 2 рази знизити частоту передчасних пологів та у 2,5 разу – перинатальні наслідки у новонароджених.

3. Застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону у вагітних із загрозою передчасних пологів не впливає на функцію та не спричинює порушень з боку печінки.

4. Отримані результати дозволяють рекомендувати до широкого застосування сублінгвальну форму мікронізованого прогестерону вагітним у разі загрози передчасних пологів.

Перспективы лечения угрозы преждевременных родов с применением сублингвальной формы микронизированного прогестерона

Г.И. Резниченко, Н.Ю. Резниченко, В.Ю. Потебня, И.Л. Антонюк

Цель исследования: определение эффективности применения сублингвальной формы микронизированного прогестерона (Лютеина) у женщин с угрозой преждевременных родов.

Материалы и методы. Обследовано 45 женщин (основная (I) группа) в 24–35 нед беременности с угрозой преждевременных родов, сформировано 2 подгруппы: подгруппа Ia – 23 женщины, получавшие в комплексе лечения микронизированный прогестерон сублингвально; подгруппа Iб – 22 беременные, не получавшие во время лечения препараты прогестерона. Ретроспективно проанализировано 56 историй преждевременных родов (группа сравнения). В основной группе проведено общеклиническое и биохимическое обследование беременных, определение уровней в сыворотке крови АЛТ, АСТ, общего билирубина и прогестерона.

Результаты. Выявлены факторы риска развития преждевременных родов при наблюдении в женской консультации: недооценка данных анамнеза, неполное обследование, несвоевременное начало лечения угрозы преждевременных родов, недостаточная профилактика осложнений беременности.

Установлено, что у женщин I группы в обеих подгруппах на протяжении лечения уровни как АСТ и АЛТ, так и общего билирубина в сыворотке крови не изменялись. Наблюдалось снижение сывороточного уровня прогестерона в обеих подгруппах.

На третьи сутки лечения в подгруппе Ia средняя концентрация прогестерона в сыворотке крови увеличивалась до 1108±39 нмоль/л, а на седьмой день достигала 1260±42 нмоль/л, тогда как в подгруппе Iб его динамика практически не изменялась (882±33 нмоль/л и 893±31 нмоль/л соответственно). Применение сублингвальной формы микронизированного прогестерона в комплексе лечебных мероприятий женщинам с угрозой преждевременных родов дало возможность в 2 раза снизить частоту преждевременных родов, в 1,5 раза – частоту осложнений в родах, почти в 2,5 раза улучшить перинатальные последствия по сравнению с погруппой женщин, не принимавших препараты прогестерона.

Заключение. 1. Факторами риска развития преждевременных родов является позднее взятие беременных на учет, недооценка анамнестических данных и факторов риска развития гестационных осложнений, неполное обследование, несвоевременное начало лечения угрозы преждевременных родов, недостаточная профилактика осложнений беременности.

2. При признаках угрозы преждевременных родов применение сублингвальной формы микронизированного прогестерона дает возможность быстро восстановить уровень прогестерона в сыворотке крови до физиологических показателей и тем самым в 2 раза снизить частоту преждевременных родов и в 2,5 раза – перинатальные последствия у новорожденных.

3. Применение сублингвальной формы микронизированного прогестерона у беременных с угрозой преждевременных родов не влияет на функцию печени.

4. Полученные результаты позволяют рекомендовать к широкому применению сублингвальную форму микронизированного прогестерона у беременных с угрозой преждевременных родов.

Ключевые слова: *угроза преждевременных родов, лечение, Лютеина.*

Prospects of the treatment of preterm labor by the use of sublingual forms of micronized progesterone

G.I. Reznichenko, N.Yu. Reznichenko, V.Yu. Potebnya, I.L. Antonyuk

The objective: to determine the efficacy of sublingual forms of micronized progesterone (Luteina) in treatment of women with preterm labor.

Patients and methods. 45 women with preterm labor were examined in 24–35 weeks of gestation. 2 subgroups were formed. Subgroup Ia consisted of 23 women, who received micronized progesterone sublingually in complex treatment, subgroup IB consisted of 22 pregnant women, who didn't receive progesterone. 56 case reports of premature births were analyzed retrospectively. The main group of pregnant women underwent general and biochemical examination, determination of ALT, AST, total bilirubin and progesterone.

Results. Risk factors for preterm labor during observation in the antenatal clinic were established. They included the underestimation of anamnesis, incomplete examination, delayed treatment of threatened preterm labor, insufficient prevention of complications of pregnancy. It was established that the levels of both AST and ALT as well as total bilirubin in serum hadn't change after the treatment in both subgroups of women from I group. The decrease in the serum level of progesterone was observed in both subgroups.

Average concentration of progesterone in blood serum increased up to 1108±39 nmol/l on the third day of treatment in the subgroup Ia, and it reached 1260±42 nmol/l on the seventh day, whereas its dynamics practically didn't chang in subgroup IB (882±33 nmol/l and 893±31 respectively). The use of sublingual form of micronized progesterone in the complex treatment of women with preterm labor gave the opportunity 2 times to decrease frequency of premature births, 1.5 times to decrease frequency of delivery complications, almost 2.5 to improve perinatal consequences compared to subgroup of women who hadn't use progesterone.

Conclusions. 1. Risk factors of preterm labor are delayed first prenatal visit of pregnant women to antenatal clinic, the underestimation of anamnesis and risk factors for the development of gestational complications, incomplete examination, delayed treatment of threatened preterm labor, incomplete prevention of pregnancy complications.

2. The use of sublingual forms of micronized progesterone in cases of signs of preterm labor permits to restore quickly the level of progesterone in blood serum to physiological parameters, 2 times to decrease the frequency of premature births and 2.5times to decrease perinatal consequences in infants.

3. The use of sublingual form of micronized progesterone in pregnant women with preterm labor does not affect the function of the liver.

4. The obtained results allow to recommend the wide use of sublingval form of micronized progesterone to pregnant women with preterm labor.

Key words: *preterm labor, treatment, Luteina.*

Сведения об авторах

Резниченко Галина Ивановна – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, ул. Дудыкина, 9; тел.: (061) 224-36-34. E-mail: reznichenkog@mail.ru

Резниченко Наталия Юрьевна – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, ул. Дудыкина, 9

Потебня Вадим Юрьевич – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, ул. Дудыкина, 9

Антонюк Игорь Леонидович – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, ул. Дудыкина, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голяновський О.В. Ефективність комбінованого застосування сублінгвальної та вагінальної форм мікронізованого прогестерону в терапії загрози передчасних пологів / О.В. Голяновський, А.М. Рубінштейн, М.А. Бачинська // Здоровье женщины. – 2015. – № 8 (104). – С. 14–18.

2. Дудіна О.О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок України / О.О. Дудіна, Г.Я. Пархоменко, Ю.Ю. Горобець // Здоровье женщины. – 2011. – № 7 (68). – С. 146–151.

3. Жук С.І. Ефективне попередження передчасних пологів: від науки до практики / С.І. Жук // Жіночий лікар. – 2013. – № 1 (45).

4. Каминский В.В. Применение прогестерона в акушерской практике / В.В. Каминский, Л.Н. Онищук // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2015. – Випуск 1 (35). – С. 5–12.

5. Резніченко Г.І. Профілактика невиношування вагітності і передчасних пологів / Г.І. Резніченко // Жіночий лікар. – 2013. – № 3. – С. 10–14.

6. Хомяк Н.В. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности / Н.В. Хомяк, В.И. Мамчур, Е.В. Хомяк // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2015. – № 2 (88). – С. 162–166.

7. Combs CA, Schuit E, Caritis SN, et al. 17-Hydroxyprogesterone caproate in triplet pregnancy: an individual patient data meta-analysis. BJOG 2016; 123:682.

8. Effect of progesterone treatment due to threatened abortion in early pregnancy for obstetric and perinatal outcomes / D. Lijun, Y. Denglu, Z. Weiyue et all. // Early Human Development 2010; 6:41–43.

9. Kumar D, Springel E, Moore RM, et al. Progesterone inhibits in vitro fetal membrane weakening. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:520.e1.

10. Schuit E, Stock S, Rode L, et al. Effectiveness of progestogens to improve perinatal outcome in twin pregnancies: an individual participant data meta-analysis. BJOG 2015; 122:27

11. Su LL, Samuel M, Chong YS. Progestational agents for treating threatened or established preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD006770.

12. Suhag A, Saccone G, Berghella V. Vaginal progesterone for maintenance tocolysis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:479

13. Wahabi H.A. Progestogen for treating threatened miscarriage/H. A. Wahabi, A. A. Fayed, S. A. Esmaeil, Al Zeidan R.A. Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – № 12. – CD005943.

Статья поступила в редакцию 15.08.2016

Лютеіна

Мікронізований прогестерон

Сучасні форми мікронізованого натурального прогестерону

Ранні та пізні терміни[1,2]

Доказова медицина

Сублінгвальна форма
швидкий ефект[1]

- Ефект вже через 30 хвилин

Вагінальна форма
тривалий ефект[2]

- Ефект протягом 24 годин
- Інноваційна форма 200 мг

ШВИДКА ТА МАКСИМАЛЬНА БІОДОСТУПНІСТЬ ПРИ БУДЬ-ЯКОМУ СПОСОБІ ЗАСТОСУВАННЯ[1]

ТАБЛЕТКИ ВАГІНАЛЬНІ № 20, 30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг, 100 мг та 200 мг з аплікатором. Показання: лікування порушень, пов'язаних з дефіцитом прогестерону, порушення менструального циклу, болісні менструації, ановуляційні цикли, передменструальний синдром, дисфункціональні маткові кровотечі, ендометріоз матки, безпліддя, звичні і загрозливі викидні, недостатність лютеїнової фази передменопаузального періоду, а також у гормональній замісній терапії та у програмах штучного запліднення. Побічні реакції: під час застосування Лютеїни, вагінальних таблеток, що містить прогестерон, ідентичний ендогенному гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації уваги, відчуття страху, депресивні стани, головний біль та запаморочення (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, злоякісні пухлини молочних залоз. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/01/01, UA/5244/01/02, UA/5244/01/03.

ТАБЛЕТКИ СУБЛІНГВАЛЬНІ № 30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг. Показання: лікування ендогенного дефіциту прогестерону у формі порушень менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, передменструального синдрому, функціональних маткових кровотеч, при штучному запліднені, безплідді, пов'язаному з лютеїновою недостатністю, звичному невиношуванні та загрозі мимовільного аборту при дефіциті прогестерону, недостатності жовтого тіла, вторинній аменореї, запобігання гіпертрофії ендометрія у жінок, які приймають естрогени (наприклад, при гормональній замісній терапії). Побічні реакції: у поодиноких випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації та інші (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період годування груддю, підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів, невизначені кровотечі зі статевих шляхів. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/02/01.

ADAMED GRUPA

POLSKA INNOWACJA

Виробник: ТОВ «АДАМЕД», Польща.
Пабяницький фармацевтичний завод
Польфа А.Т., Польща. Заявник: ТОВ «АДАМЕД»,
Польща. Представництво в Україні:
01015, м. Київ, вул. Редутна, 10.
Тел./факс: (044) 280-57-16, 280-57-84

1. Хомяк Н.В. Мамчур В.И. Клинико-фармакологические особенности современных лекартственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности // Здоровье женщины. – 2014. – № 4(90).
2. Інструкція для медичного застосування препарату Лютеіна.

*Коротка інструкція для медичного застосування препарату Лютеіна. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація призначена для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.