

УДК: 618.177-089.888.11:618.3-06

©О.В. Булавенко, І.Ю.Коцюбська

ДОСВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ У ЖІНОК З ТРУБНИМ ФАКТОРОМ БЕЗПЛІДДЯ ТА НЕВДАЛИМИ СПРОБАМИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В АНАМНЕЗІ, ЯКИМ ПРОВОДИЛОСЬ ЗАПЛІДНЕННЯ ЕМБРІОНІВ В СЕРЕДОВИЩІ «ЕМБРІОГЕН»

Клініка "Remedi" (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018);

Клініка "Megivin" (вул. Пирогова, 10, м. Вінниця, Україна, 21000)

ДОСВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ У ЖІНОК З ТРУБНИМ ФАКТОРОМ БЕЗПЛІДДЯ ТА НЕВДАЛИМИ СПРОБАМИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В АНАМНЕЗІ, ЯКИМ ПРОВОДИЛОСЬ ЗАПЛІДНЕННЯ ЕМБРІОНІВ В СЕРЕДОВИЩІ «ЕМБРІОГЕН». Досліджено збільшення частоти настання вагітності у жінок з трубним фактором безпліддя при призначенні одного виду препарату прогестеронового ряду в мінімальній основній дозі в програмах екстракорпорального запліднення з використанням середовища «Ембриоген».

ОПЫТ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ И НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ, КОТОРЫМ ПРОВОДИЛОСЬ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ЭМБРИОНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДЫ «ЭМБРИОГЕН». Отмечено увеличение частоты наступления беременности у женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия при назначении одного препарата прогестеронового ряда в минимальной дозе с использованием среды «Эмбриоген» в программах экстракорпорального оплодотворения.

THE EXPERIENCE OF SUPPORT THE LUTEAL PHASE IN WOMEN WITH TUBAL FACTOR INFERTILITY AND UNSUCCESSFUL TENTATIVES OF IN VITRO FERTILIZATION USING THE "EMBRYOGEN". The increase of frequency of pregnancy is investigated in women with tubal factor infertility, when prescribing drugs progesterone in the minimum dose in in vitro fertilization using the "Embryogen" in in vitro fertilization.

Ключові слова: вагітність, трубний фактор безпліддя, прогестерон, екстракорпоральне запліднення, «Ембриоген».

Ключевые слова: беременность, трубный фактор бесплодия, прогестерон, экстракорпоральное оплодотворение, «Эмбриоген».

Key words: Tubal Factor Infertility, In Vitro Fertilization, Pregnancy, Progesterone, «Embryogen».

ВСТУП. Найефективнішим методом лікування подружніх пар з трубним фактором безпліддя є Екстракорпоральне запліднення. Екстракорпоральне запліднення (аббревіатура ЕКЗ) – процес, в ході якого яйцеклітини запліднюються спермою поза межами організму. Незважаючи на те, що даний метод лікування є рутинним, суперечливими залишаються питання підтримки лютеїнової фази, особливо вибір дози та виду прогестеронового препарату. Більшість закордонних авторів надають перевагу інтравагінальній формі натурального прогестерону [Deziegler, 2000], [Marc Germond, M.D., Paola Capelli, M.D., Giuliana Bruno, 2002]. В публікаціях українських науковців доведена доцільність внутрішньом'язевого шляху введення прогестерону [Феськов, 2007].

Мета нашої роботи: Оцінка ефективності застосування препаратів прогестерону в мінімальній дозі шляхом інтравагінального введення для підтримки лютеїнової фази у жінок з трубним фактором безпліддя та невдалими спробами екстракорпорального запліднення в анамнезі, яким проводилося запліднення ембріонів з використанням середовища «Ембриоген». Порівняння якості отриманих ембріонів, а також частоту настання вагітності та її перебіг у пацієнок яким призначались мінімальні дози інтравагінального прогестерону.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. В дослідження було включено 19 пацієнок з трубним фактором безпліддя у віці від 28 до 38 років, з регулярним менструальним циклом.

При аналізі клініко-лабораторних характеристик не було виявлено суттєвих відмінностей в тривалості безпліддя, гормональних та ехографічних параметрах пацієнок обох груп.

Пацієнткам групи порівняння (10) призначали декілька видів препаратів прогестеронового ряду одночасно (утрожестан в дозі 300 мг вранці та 300 мг на ніч інтравагінально, а також натуральний масляний 2,5 % прогестерон 2.0), а пацієнткам основної групи (8) – натуральний інтравагінальний прогестерон, а саме утрожестан, в дозі 600 мг на добу.

Під час стимуляції овуляції досліджували показники гормонів: ФСГ, ЛГ, естрадіол, прогестерон та періодично проводили фолікулометрію. Суттєвої різниці в даних показників в вищевказаних груп пацієнтів, не було.

В день введення тригера овуляції – людського хоріонічного гонадотропіну в дозі 10 000 МО Од чи 6 500 МО Од визначали розміри домінуючих фолікулів, товщину едометрія та його тип.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Під час діагностики ми ретельно проаналізували загальний та гінекологічний анамнез жінок обстежуваних груп, з'ясували наявність інфекцій, оперативних втручань, показники спермограм чоловіків, а також визначали рівні гормонів перед включенням в програму екстракорпорального запліднення та під час самої програми. Особливу увагу приділяли гор-

мону прогестерон на 19–21-й день менструального циклу та в день початку індукції суперовуляції та в день призначення прогестеронових препаратів. Статистично суттєвої різниці в обох групах не встановлено, також не було суттєвої різниці і щодо способу стимуляції (використовували короткий протокол стиму-

ляції та довгий протокол стимуляції в обох групах однаково), концентрації естрадіолу в день початку введення гонадотропінів, кількості отриманих яйцеклітин ($9,8 \pm 4,3$ в групі порівняння та $10,4 \pm 3,9$ в основній групі), кількості використаних ампул гонадотропінів ($28,7 \pm 8,4$ в порівняльній групі та $26,9 \pm 9,8$ в основній групі).

Таблиця 1. Відсоток ембріонів, які імплантувались, вагітностей та викиднів до 12 тижнів вагітності в досліджувальних групах

	Група I (порівняльна) (n=10)	Група II (основна) (n=8)
Відсоток вагітностей	39,5%	35,9% ns
Відсоток викиднів	0%	0% ns

Примітка: ns – відмінність суттєва

Враховуючи дані таблиці 1, ми не бачимо суттєвої відмінності в досліджуваних групах. В групі порівняння, в якій призначалося декілька видів препаратів прогестеронового ряду, а саме вагінальний прогестерон, «Утрожестан», та масляний розчин прогестерону 2,5 % в дозі 2,0 додатково відсоток настання вагітностей значно не відрізняється ніж в основній групі, де використовувався тільки один прогестероновий препарат, а саме «Утрожестан» в дозі 600 мг на добу (300 мг вранці та 300 мг на ніч вагінально). В групі порівняння він складає 39,5 %, а в основній – 35,9 %. Також ми не спостерігаємо самовільного переривання вагітностей у терміні до 12 тижнів в обох досліджуваних групах.

ВИСНОВОК. Призначення додаткової форми введення прогестерону, а саме комбінації вагінальної форми «Утрожестан» в дозі 600 мг на добу з масляним розчином 2,5 % прогестерону в дозі 2,0 мл щоденно в програмах екстракорпорального запліднення у жінок навіть з невдалими спробами екстракорпорального запліднення, яким проводиться запліднення ембріонів в середовищі «Ембріоген» не збільшує частоту настання вагітності та частоту самовільних викиднів в терміні до 12 тижнів вагітності, порівняно з використанням одного виду прогестеронового препарату.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Перспективним в нашій роботі є вдосконалення підтримки лютеїнової фази у жінок з іншими факторами непліддя, а також пацієнткам пізнього репродуктивного віку з невдалими спробами екстракорпорального запліднення в анамнезі, а також звичними викиднями в терміні до 12 тижнів вагітності, використовуючи середовище «Ембріоген» для запліднення ембріонів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ben Nun I., Jaffe R., Fcjin MD et al. Therapeutic maturation of endometrium in vitro fertilisation and embryo transfer. *Fertil Steril* 1992; 57: 953–62.
2. Macnamee MC, Edwards RG, Howles CM. The influence of simulation regimes and luteal phase support on the outcome of IVF. *Hum Reprod* 1988; Suppl, 243–52.
3. Segal S, Casper RF. Progesterone supplementation increases luteal phase endometrial thickness and estradiol levels in-vitro fertilization *Hum Reprod* 1992; 7: 1210–3.
4. Smitz J, Dcvrocy P, Faguer B et al. A prospective randomised comparison of intramuscular or intravaginal natural progesterone as a luteal phase and early pregnancy supplement. *Hum Reprod* 1992; 7: 168–75.
5. Van Steirteghem AC, Smitz J, Camus M et al. The luteal phase after in vitro fertilisation and related procedures *Hum Reprod* 1988; 3: 161–4.

6. Templeton A., Morris J., Parslow W. Factors that affect outcome of IVF treatment. *Lancet* 1996; 348: 1402–1406.
7. Garrido N, Navarro J, Garcia-Velasco J et al. (2002) The endometrium versus embryonic quality in endometriosis-related infertility. *Hum Reprod Update* 8,95–103.
8. Michael Ludwig, Klaus Diedrich Evaluation of an optimal luteal phase support protocol in IVF. Article first published online: 3 JUL 2003.
9. De Mouzony J., Hopital De Bicetre., le kremlin Bicetre, France. progestrone support during the net/ferimagazine/congress/2002-Eshre-03.asp.
10. Marc Germond, M.D., Paola Capelli, M.D., Giuliana Bruno, M.D., Sara Vesnaver, M.D. et al. Comparison of the efficacy and safety of two formulations of micronized progesterone (ellios™and utrogestan™) used as luteal phase support after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* Volume 77, Issue 2, Pages 313-317, February 2002.

Отримано 27.02.2013