Голуб К.І., Паращук В.Ю., Луцький А.С.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №2, Харків, Україна

Науковий керівник д.мед.н. проф. Грищенко М.Г.,

к.мед.н. доц. Гайворонська С.І.

Проведення ефективного лікування в рамках допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) неможливе без розуміння проблем лютеїнової фази (ЛФ) стимульованого циклу і основних принципів її підтримки. Огляд наявної доказової інформаційної бази та аналіз клінічного досвіду підтримки ЛФ досить актуальні, оскільки акушерам-гінекологам у своїй клінічній практиці все частіше доводиться стикатися з пацієнтками, які потребують підтримки ЛФ. Давно відомий той факт, що при використанні будь-якої репродуктивної технології, яка передбачає контрольовану стимуляцію яєчників (КСЯ), формується недостатність лютеїнової фази (НЛФ). При цьому абсолютно не важливо, який протокол КСЯ застосовується, «довгий» лютеїновий з агоністами гонадотропінрилізінг гормону (а-ГнРГ), або з антагоністами ГнРГ (ант-ГнРГ). Найбільш розповсюджена в даний час теорія пояснює дефект ЛФ на тлі КСЯ мультіфоллікулярним зростанням, яке обумовлює понадфізіологічні концентрації прогестерону і естрадіолу в лютеїновій фазі, що призводить до зниження секреції лютеотропного гормону (ЛГ). Дефект лютеїнової фази має негативні наслідки у вигляді критичного погіршення результатів ДРТ. Клініка ім. акад. В.І. Грищенко сформувалася протягом більш ніж 25 років роботи в сфері репродуктивної медицини. В результаті тривалої практики були сформульовані внутрішні протоколи підтримки ЛФ. Власний протокол передбачає застосування прогестерону для внутрішньом'язового введення у вигляді етилолеату в дозі 25-50 мг у комбінації з вагінальним прогестероном (гелем або капсулами). Численні дослідження різних форм прогестерону свідчать про відсутність залежності між рівнем прогестерону в сироватці крові та фізіологічною дією на ендометрій.

Метою нашої роботи було поставлено порівняння результатів підтримки ЛФ комбінованим застосуванням препаратів прогестерону і ізольованим піхвовим їх введенням.

Матеріали та методи. У дослідження включено 100 жінок (основна група), що застосовували для підтримки лютеїнової фази у протоколі екстракорпорального запліднення з переносом ембріонів (ЕКЗ-ПЕ), внутрішньом'язові ін'єкції прогестерону 50 мг/добу в поєднанні з вагінальним гелем 90 мг один раз на добу, починаючи з вечора дня пункції фолікулів. Результати цієї групи порівнювали з результатами пацієнток, які використовували тільки вагінальну форму у вигляді гелю 90 мг один раз на добу (група контролю, n=100). Через 14 днів після пункції фолікулів проводили тест на хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), на 4 - 6-му тижні вагітності призначали ультразвукове дослідження. Вагітність вважали такою, що прогресує при візуалізації серцебиття плоду після двох тижнів вагітності. Протоколи стимуляції, середній вік пацієнток і кількість перенесених ембріонів між групами не розрізнялися.

Результати та їх обговорення. Основним критерієм ефективності підтримки ЛФ стимульованого циклу слід вважати частоту імплантації. Цей показник обчислюється методом визначення того, яка частка перенесених ембріонів дала результат у вигляді прогресуючої вагітності з візуалізацією серцевої діяльності плода. Частота імплантації в неселективній популяції склала 34% в основній групі і 31% у групі контролю. Ми підрахували показник частоти імплантації у молодих пацієнток (менше 35 років на момент перенесення ембріонів, n=170), які, фактично, є селективною маркерною підгрупою, по якій зазвичай оцінюється якість роботи клініки. У даній групі з 335 перенесених ембріонів імплантувалось 119 - частота імплантації склала 37,6% в основній групі (n=32) і 34,1% у групі порівняння (n=29).

Висновки. Дані результати свідчать про те, що протокол підтримки ЛФ, який включає комбінацію внутрішньом`язового та вагінального прогестеронів, ефективно діє в популяції пацієнтів клініки ДРТ, що дозволяє досягти високих і стабільних результатів.