

Вплив інтравагінального мікронізованого прогестерону (Лютеїна) на плацентажію, перебіг вагітності та пологів у жінок, яким були здійснені прегравідарні лапароскопічні операції з приводу зовнішнього генітального ендометріозу

С.Р. Галич, О.М. Каланжова, Т.П. Чусьва-Павловська
Одеський національний медичний університет

Жінки, в яких вагітність настала після здійснення передгравідарних лапароскопічних операцій з приводу генітального ендометріозу, обґрунтовано відносяться до групи ризику та потребують застосування ефективних заходів щодо зниження частоти невиношування та перинатальної патології.

Обстежено 160 жінок, які протягом 2003–2013 років виношували вагітність після лапароскопічного лікування генітального ендометріозу. З них 140 у передгравідарний період та протягом I триместру вагітності профілактично отримували щодня 100 мг інтравагінального мікронізованого прогестерону (Лютеїна), ще 40 такої профілактики не отримували та були віднесені до групи порівняння. Проаналізовано перебіг вагітності, пологів, стан новонароджених та особливості плацентажію пацієнток обох груп у порівнянні з показниками 20 здорових вагітних.

Профілактика Лютеїною забезпечила мінімізацію частоти загрози переривання вагітності ($17,5 \pm 1,02\%$) на відміну від пацієнток, які профілактику не отримували ($80,0 \pm 0,76$, $p < 0,001$). Установлено десятикратне зменшення частоти дисфункції плаценти ($5,0 \pm 0,25\%$ проти $50,0 \pm 0,96\%$, $p < 0,05$), двократне зменшення частоти передчасних пологів ($10,83\%$ проти $22,5\%$, $p < 0,05$), кесарева розтину ($18,3\%$ проти $47,5\%$, $p < 0,001$), дискоординації пологової діяльності ($4,17 \pm 0,78$ проти $15,00 \pm 0,58$, $p < 0,001$) у вагітних основної групи. Новонародженим дітям пролікованих жінок були притаманні середні показники маси тіла ($3386 \pm 117,34$), які не відрізнялися від таких у дітей контрольної групи ($p > 0,05$). Переважно задовільний стан дітей був зумовлений сприятливою плацентажією, характерною для жінок, які профілактично отримували прогестерон.

Профілактичне застосування інтравагінального мікронізованого прогестерону у жінок, яким проводили передгравідарні лапароскопічні операції з приводу генітального ендометріозу, асоційовано зі зменшенням частоти загрози переривання та невиношування вагітності, плацентарної дисфункції, дискоординації пологової діяльності та сприяє своєчасному народженню здорових дітей з нормальною масою тіла.

Ключові слова: інтравагінальний мікронізований прогестерон, Лютеїна, плацентажію, вагітність, пологи, лапароскопічні операції, ендометріоз.

Генітальний ендометріоз посідає одне з провідних місць у структурі гінекологічної патології, демонструючи щорічне зростання поширеності захворювання серед жінок репродуктивного віку на 6–10% [1–3]. Розвиток малоінвазивних лапароскопічних технологій значним чином сприяв ефективному

лікуванню ендометріозу [1, 4–6]. Поєднання передгравідарних операцій з видалення ендометріодних гетеротопій з гормональною терапією значним чином вирішує проблему безпліддя у таких пацієнток [1, 7], яких фахівці справедливо відносять до групи високого ризику невиношування та виникнення перинатальної патології [8–11]. Відомо, що частота невиношування серед пацієнток з генітальним ендометріозом сягає 75% при значно нижчих показниках у популяції (15–25%) [9, 12]. За наявності генітального ендометріозу переривання вагітності у 85% випадків настає у I триместрі, решта – 15% жінок недоношують вагітність у II та III триместрах [8, 12]. Провідна роль у генезі невиношування вагітності при генітальному ендометріозі належить гормональній дисфункції, зумовленій передгравідарною недостатністю лютеїнової фази, низькими показниками прогестерону та інших гормонів вагітності, порушеннями функцій ендометрія [7, 11]. Секреторна та рецепторна неповноцінність ендометрія разом із аутоімунною агресією, що притаманні пацієнткам з генітальним ендометріозом, призводять до порушень імплантації, нідації та плацентажію, можуть спричинити розвиток первинної плацентарної дисфункції [8, 10, 13, 14]. Неповноцінна плацентажію, в свою чергу, зумовлює порушення адаптації до вагітності, обмежує компенсаторні можливості плаценти, спричинює поглиблення плацентарної дисфункції, синдрому затримки росту плода, а у важких випадках – до його антенатальної загибелі [15]. Попередніми дослідженнями продемонстрована ефективність використання ендогенного прогестерону для забезпечення повноцінної імплантації у пацієнток зі звичним невиношуванням, що потребує ретельного дослідження перспектив при застосуванні у пацієнток, у яких вагітність настала внаслідок передгравідарного лапароскопічного лікування генітального ендометріозу [16–18].

Мета дослідження: оцінювання ефективності застосування інтравагінальної форми інноваційного мікронізованого прогестерону (Лютеїна) для забезпечення повноцінної плацентажію, нормального перебігу вагітності та пологів у пацієнток, які перенесли передгравідарні ендоскопічні операції з приводу генітального ендометріозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження здійснено протягом 2003–2013 рр. на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету. Протокол дослідження затверджений Комісією з питань біоетики Одеського національного медичного університету, пацієнтки надавали інформовану згоду на участь у дослідженні. Основну групу (ОГ) дослідження склали 120 вагітних пацієнток,

Особливості перебігу пологів у досліджених пацієнток

Перебіг пологів	ОГ (n=120)	ГП (n=40)	КГ (n=20)
	%	%	%
Термінові пологи	89,17±0,67	77,5±0,67	95,0±0,69
Передчасні пологи	10,83±0,78*	22,5±0,78*#	5,0±0,71
ПРПО	35,00±0,86*	38,78±0,66*	10,0±0,67
Аномалії пологової діяльності:	45,83±0,46*	47,59±0,78*	20,00±0,53
– слабкість	20,83±1,02*	20,00±1,1*	10,0±1,55
– дискоординація	4,17±0,78*	15,00±0,58*#	10,00±0,95
Інтранатальний дистрес плода	7,50±0,87	17,50±0,77*#	5,00±0,27
Передчасне відшарування плаценти	3,33±0,78	5,00±0,33	5,0±1,84
Операція кесарева розтину	18,33±0,77	47,5±0,77*#	15,00±0,84
Крововтрата понад 0,5%	20,83±1,84*	17,50±1,34*	10,0±1,02

Примітка: * – відмінності від КГ достовірні з вірогідністю 95% (p<0,05); # – відмінності від ОГ достовірні з вірогідністю 95% (p<0,05).

яким у передгравідарний період здійснено лапароскопічне видалення ендометріодних гетеротопій з приводу зовнішнього генітального ендометріозу. Базова терапія полягала у щоденному застосуванні 100 мг мікронізованого прогестерону (Лютеїна) інтравагінально до та протягом I триместру вагітності. При виникненні симптомів загрози переривання вагітності доза підвищувалася до 200 мг на добу [19]. З метою оцінювання ефективності лікування клінічні показники порівнювали з такими серед вагітних, яким були здійснені передгравідарні операції з приводу ендометріозу без подальшого застосування прогестерону – група порівняння (ГП – 40 вагітних). У якості контрольної виступала група здорових пацієнток без ускладненого анамнезу (КГ – 20 вагітних). Групи були рандомізовані за віком та соціальним положенням.

Аналізували скарги жінок, реєстрували ознаки загрози переривання вагітності (біль, кровотечу, ретрохоріальні гематоми), здійснювали доплерометрію кровотоку у пупкової артерії плода, порівнювали особливості перебігу та наслідки вагітності. Особливості плацентазії вивчали під час вагітності за допомогою ультразвукової плацентометрії, уточнювали після народження шляхом макроскопічного огляду та морфометрії (органометричний метод визначення маси та розмірів плацент, вираховування плацентарно-плодового коефіцієнту – ППК) [20]. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з обчисленого значення рівня довіри 0,95 (p<0,05) з використанням критерію Стьюдента.

Усі вагітні, які отримували інтравагінально мікронізований прогестерон (Лютеїна), добре переносили лікування, побічних реакцій та індивідуальної непереносимості чи відмови від вживання препарату зареєстровано не було. Протягом I триместру вагітні ОГ відчували біль внизу живота у 17,5±1,02% випадків, що не відрізнялося від частоти цієї скарги серед здорових вагітних КГ – 14,3±1,23%, на відміну від пацієнток ГП, серед яких переважав больовий синдром – 80,0±0,76, p<0,001, (p>0,05). Пацієнток ГП, окрім болю, турбували кров'яні виділення зі статевих шляхів – 76,0±0,76%, а при ультразвуковому дослідженні у 17,5% з них виявляли ретрохоріальну гематому, що не відзначалось серед жінок ОГ та КГ.

Клінічна регресія ознак загрози переривання вагітності під впливом додатково призначеного інтравагінального прогестерону (200 мг на добу) у жінок ОГ та КГ наставала достовірно швидше (3,5±0,4 та 3,4±0,2 діб, p>0,05), ніж у вагітних ГП (5,7±0,6 діб) (p<0,05). При цьому повної регресії клінічних проявів загрози переривання вагітності протягом I триместру гестації вдалося досягти лише у 20,0±0,4% пацієнток ГП, тоді як додаткове призначення прогестерону було ефективним для усіх вагітних ОГ та КГ. Відновлення кров'яних виділень зі статевих шляхів після припинення ліку-

вання було зареєстровано у 17,5±1,0% жінок, виключно ГП. Достовірно частіше повторний курс лікування загрози переривання вагітності протягом II триместру вимушені були отримувати переважно представниці ГП (64,0±0,11%) (p<0,05) при мінімальній частоті таких ситуацій серед пацієнток ОГ (10,7±1,32%) та КГ (8,6±0,03%) (p>0,05). Загроза передчасних пологів у III триместрі потребувала додаткового призначення прогестерону лише жінкам ГП (32,0±0,21%). При цьому у 22,5±0,11% з них терапія була неефективною, внаслідок чого відбулись передчасні пологи (p<0,05).

Вивчення доплерометричних показників кровотоку у пупковій артерії плода продемонструвало, що частота порушень кровотоку серед пацієнток ОГ (7,1±1,02%) достовірно не відрізнялася від такої у КГ (5,7±1,76%, p>0,05). Натомість порушення кровотоку визначали у переважній кількості пацієнток ГП (80,0±0,96%,) (p<0,001).

Плацентарну дисфункцію (ПД) було діагностовано пренатально у 5,0±0,25% пацієнток ОГ та у 5,0±0,21% вагітних КГ, при достовірно вищих показниках цього ускладнення в ГП – 20 (50,0±0,96%) (p<0,05). При цьому для вагітних ОГ характерними були більш сприятливі клінічні прояви ПД у вигляді помірного маловоддя (2,5%) та антенатального дистресу плода (2,5%). У вагітних ГП прояви ПД були більш вираженими і полягали у розвитку синдрому затримки росту плода (СЗРП) I ступеня (25,0%), у поєднанні СЗРП I ступеня із антенатальним дистресом плода (10,0%) та СЗРП II ступеня із маловоддям (15,0%).

Переважає більшість вагітностей у групах дослідження завершилась терміновими пологами: 89,17% в ОГ; 77,5% у ГП та 95,0% у КГ (таблиця). Передчасні пологи відбулися у 10,83% жінок ОГ та у 22,5% жінок ГП (p<0,05) при мінімальній частоті передчасних пологів в КГ – 4,0%. Частота операції кесарева розтину серед пацієнток ОГ становила 18,3%, сягала 47,5% у вагітних ГП (p<0,001) при мінімальній частоті оперативного розродження в КГ – 14,0%. На відміну від КГ у пацієнток ОГ та ГП пологи частіше ускладнювались передчасним розривом плодових оболонок (ПРПО), слабкістю пологової діяльності, аномальними (понад 0,5% від маси тіла) крововтратами. Однак у пацієнток ОГ пологи достовірно рідше ускладнювались дискоординацією пологової діяльності (4,17% проти 20,00% в ГП та 10,0% – в КГ). Достовірно менше випадків інтранатального дистресу плода зареєстровано серед пацієнток ОГ (7,50±0,87), ніж серед жінок ГП (17,50±0,77), що, безперечно, вплинуло на показник частоти кесарева розтину.

Перинатальних втрат у групах дослідження не було. Середні показники маси тіла новонароджених дітей у ГП були достовірно нижчими – 2389±123,54 г, ніж в ОГ та КГ (p<0,05). Середні показники маси тіла новонароджених ОГ

– 3386±117,34 г та КГ – 3496±47,65 г між собою достовірно не розрізнялися ($p>0,05$). В асфіксії легкого ступеня народилося 10,0% в ОГ, стільки ж – 10,0% в ГП та дещо менше дітей – 5,0% в КГ. В асфіксії середнього ступеня народилося 3,3% дітей від матерів ОГ та 20,0% дітей у ГП ($p>0,05$).

Середні органометричні параметри плацент після їхнього народження в ОГ відповідали нормативним показникам (маса – 523,6±11,23 г, площа материнської поверхні – 342,5±4,65 см², товщина – 37,8±0,17 мм) та не мали достовірної різниці з такими в КГ (529,4±13,59 г; 327,0±10,26 см², 37,0±0,57 мм, $p>0,05$). Тоді як у ГП зазначені показники були достовірно меншими від таких у ОГ і КГ (449,5±21,69 г, 284,1±19,03 см², 31,1±0,21 мм, $p<0,05$). Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) в ОГ дорівнював 0,153±0,021, що не мало достовірної різниці із таким у КГ – 0,159±0,009 ($p>0,05$). Про зниження питомого об'єму плацентарної тканини на одиницю маси тіла новонародженого у пацієнток ГП свідчить достовірно нижче середнє значення ППК в цій групі – 0,126±0,004 ($p<0,05$). Порушення цілісності материнської поверхні було виявлене в 15,0% спостережень виключно у ГП, що потребувало проведення ручного обстеження порожнини матки та видалення часточок децидуальної тканини ($p<0,05$). В ОГ та КГ зазначеного порушення не було. Про морфологічні зміни плацент свідчили петрифікати – 17,5% у пацієнток ОГ та у 10,0% – КГ. Тоді як, у ГП свідченням більш виражених морфологічних порушень у плацентах були: петрифікати (28,0%), інфаркти (28,0%) та ділянки крововиливів (36,0%) ($p<0,05$). Окрім цього, для плодових поверхонь плацент і плодових оболонок ГП в 28,0% випадках характерними були зеленуватий колір та просякнення меконієм ($p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані свідчать про клінічну ефективність застосування у пацієнток, які перенесли прегравідарні лапароскопічні операції з приводу ендометріозу, методики базового щоденного введення 100 мг інтравагінального мікронізованого прогестерону (Лютеїна). Вочевидь, це забезпечує повноцінну плацентажію (маса та об'єм плацент відповідає таким у здорових жінок, ППК становить 0,153±0,021 та не відрізняється від показника КГ, $p>0,05$). Останнє, вірогідно, призводить до достовірно меншої, у порівнянні з ГП, частоти загрози переривання вагітності ($p<0,05$), практичної відсутності кров'яних виділень зі статевих шляхів та ретрохоріальних гематом, зумовлених частковим відшаруванням хоріона. Лікування загрози переривання вагітності, що потребувало додаткового призначення прогестерону (200 мг на добу) у пацієнток ОГ, забезпечувало швидко, протягом 3,5±0,4 доби, і повну регресію клінічних проявів, на відміну від пацієнток ГП (17,5±1,0), в яких зареєстровані випадки рецидивів зазначених ускладнень.

Важливим ефектом профілактичного призначення прогестерону можна вважати нормальні показники кровотоку у пупкової артерії плода у переважної кількості пацієнток ОГ, за виключенням 7,1±1,02%, що достовірно не відрізнялося від показників у КГ – 5,7±1,76%, ($p>0,05$) та свідчило про нормальну функцію плаценти. Додатковим аргументом щодо справедливості цього твердження можна вважати мінімальну частоту розвитку ПД у вагітних ОГ (5,0±0,25%), при достовірно вищих показниках в ГП – 20 (50,0±0,96%) ($p<0,001$), а також більш сприятливі форми цього ускладнення.

Профілактичне призначення прогестерону в нашому дослідженні асоційовано і з удвічі меншою частотою передчасних пологів – 10,83% проти 22,5% ($p<0,05$), оперативного розродження шляхом операції кесарева розтину – 18,3% проти 47,5%, достовірно рідшим розвитком дискоординації поло-

гової діяльності (4,17%) та інтранатального дистресу плода.

Відсутність перинатальних втрат, сприятливий стан новонароджених дітей від матерів ОГ, в тому числі достовірно вищі середні показники маси тіла новонароджених ОГ (3386±117,34 г), також важливі аргументи на користь обраної профілактичної стратегії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, базове використання інтравагінального мікронізованого прогестерону (Лютеїна) в дозі 100 мкг на добу у передгравідарний період та протягом I триместру вагітності, сприяло покращанню плацентажі, зниженню частоти розвитку гестаційних та акушерських ускладнень, а також покращанню перинатальних наслідків у пацієнток, які перенесли передгравідарне хірургічне лікування зовнішнього генітального ендометріозу.

Джерело фінансування. У процесі виконання роботи через жодну науково-дослідну інституцію, товариство чи інший суб'єкт автори не отримали жодного гранту.

Конфлікт інтересів. Автори не заявляють про наявність конфлікту інтересів, а також не отримали жодної винагороди, пов'язаної з виконанням даного дослідження.

Влияние интравагинального микронизированного прогестерона (Лютеина) на плацентацию, течение беременности и родов у женщин, которым были осуществлены предгравидарные лапароскопические операции по поводу наружного генитального эндометриоза С.Р. Галич, О.М. Каланжова, Т.П. Чуева-Павловская

Женщины, у которых беременность наступила после совершения предгравидарных лапароскопических операций по удалению генитального эндометриоза, обоснованно относятся к группе риска и требуют применения эффективных мер по снижению частоты невынашивания и перинатальной патологии.

Обследовано 160 женщин, которые в течение 2003–2013 гг. вынашивали беременность после лапароскопического лечения генитального эндометриоза. Из них 140 в предгравидарный период и в течение I триместра беременности профилактически получали ежедневно 100 мг интравагинального микронизированного прогестерона (Лютеина), еще 40 такой профилактики не получали и были отнесены к группе сравнения. Проанализированы течение беременности, родов, состояние новорожденных и особенности плацентации пациенток обеих групп по сравнению с показателями 20 здоровых беременных.

Профилактика Лютеиной обеспечила минимизацию частоты угрозы прерывания беременности (17,5±1,02%) в отличие от пациенток, профилактику не получали (80,0±0,76, $p\neq 0,001$). Установлено десятикратное уменьшение частоты дисфункции плаценты (5,0±0,25% против 50,0±0,96%, $p<0,05$), двукратное уменьшение частоты преждевременных родов (10,83% против 22,5%, $p<0,05$), кесарева сечения (18,3% против 47,5%, $p<0,001$), дискоординации родовой деятельности (4,17±0,78 против 15,00±0,58, $p<0,001$) у беременных основной группы. Новорожденным детям пролеченных женщин были присущи средние показатели массы тела (3386±117,34), которые не отличались от таковых у детей контрольной группы ($p>0,05$). Преимущественно удовлетворительное состояние детей был обусловлен благоприятной плацентацией, характерной для женщин, профилактически получали прогестерон. Профилактическое применение интравагинального микронизированного прогестерона у женщин, которым проводили предгравидарной лапароскопические операции по поводу генитального эндометриоза, ассоциировано с уменьшением частоты угрозы прерывания и невынашивания беременности, плацентарной дисфункции, дискоординации родовой деятельности и способствует своевременному рождению здоровых детей с нормальной массой тела.

Ключевые слова: интравагинальный микронизированный прогестерон, Лютеина, плацентация, беременность, роды, лапароскопические операции, эндометриоз.



Лютеина

Микронизированный прогестерон

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ МИКРОНИЗИРОВАННОГО НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА



Доступный прогестерон на рынке Украины в вагинальной и сублингвальной формах³

- ♦ Угроза выкидыша¹
- ♦ Профилактика угрозы выкидыша¹
- ♦ Привычное невынашивание¹
- ♦ Программа ЭКО¹
- ♦ Бесплодие¹

- ♦ **Предсказуемая высокая надежность сохранения беременности^{2,4}**
- ♦ **Отсутствие первичного печеночного метаболизма — низкая гормональная нагрузка на организм^{1,2,4}**
- ♦ **Хорошая местная и системная переносимость вагинальной и сублингвальной формы^{2,4}**

ВАГИНАЛЬНАЯ И СУБЛИНГВАЛЬНАЯ ФОРМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ^{1,2}



ТАБЛЕТКИ ВАГИНАЛЬНЫЕ №30. Состав: 1 таблетка содержит прогестерона микронизированного — 50 мг. Показания: нарушение менструального цикла, болезненные менструации, ановуляторные циклы, предменструальный синдром, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз матки, бесплодие, угроза выкидыша и привычные выкидыши, недостаточность лютеиновой фазы в перименопаузальный период, а также в заместительной гормональной терапии и программах искусственного оплодотворения. Концентрация прогестерона в тканях эндометрия, выраженная в нг/мг белка, выше после вагинального введения по сравнению с внутримышечным введением. В зависимости от потребностей организма, прогестерон постепенно высвобождается с эндометрия в систему кровообращения. Побочные реакции: в единичных случаях наблюдались сонливость, нарушение внимания и другие (смотрите полную инструкцию). Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, злокачественные опухоли молочных желез. Регистрационное свидетельство: UA/5244/01/01.



ТАБЛЕТКИ СУБЛИНГВАЛЬНЫЕ №30. Состав: 1 таблетка содержит прогестерона микронизированного — 50 мг. Показания: нарушение менструального цикла, дисменорея, ановуляторные циклы, предменструальный синдром, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз матки. При искусственном оплодотворении, бесплодии, связанном с лютеиновой недостаточностью, привычным невынашиванием и угрозой самопроизвольного аборта, в перименопаузальный период, при вторичной аменорее, для предотвращения гипертрофии эндометрия у женщин, принимающих эстрогены (например, ЗГТ). Не оказывает маскулинизирующего, вирилизующего, кортикоидного и анаболического действия. Концентрация прогестерона в сыворотке крови в пределах 12–15 нг/мл, что отвечает физиологической ранней лютеиновой фазе, достаточная для осуществления секреторного обмена эндометрия и сохранения беременности. Побочные реакции: в единичных случаях сонливость, нарушение концентрации и другие (смотрите полную инструкцию). Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, период кормления грудью, злокачественные опухоли молочных желез и репродуктивной системы, когда не определены причины кровотечения из половых органов. Регистрационное свидетельство: UA/5244/02/01.

ADAMED



Производитель: ООО «АДАМЕД», Польша.
Пабяницкий фармацевтический завод
Польфа АО, Польша.
Заявитель: ООО «АДАМЕД», Польша.
Представительство в Украине:
01015, г. Киев, ул. Редутная, 10
Тел./факс: +38 044 280 57 16, 280 57 84

1. Инструкция по применению препарата Лютеина: таблетки вагинальные. Инструкция по применению препарата Лютеина: таблетки сублингвальные.
 2. Шурпяк С.А. Современные формы натурального прогестерона с различными путями введения при лечении угрозы прерывания беременности и предупреждении преждевременных родов; Здоровье женщины, №10 (86), 2013.
 3. Согласно данным розничного аудита системы исследования рынка «Фармэкссплорер» от 20.05.2014.
 4. Professor Tomasz Paszkowski, M.D., Ph.D. Evaluation of Tolerability of Natural Progesterone Administered Intravaginally during the First Trimester of Pregnancy. Women health, №1 (87), 2014.
- Полная информация содержится в инструкции для медицинского использования препарата. Информация предназначена для профессиональной деятельности специалистов охраны здоровья.

Effect of intravaginal micronized progesterone (Luteina) on placentation, pregnancy and delivery in women undergoing pregravidar laparoscopic operation in occasion of external genital endometriosis

S.R. Galich, O.M. Kalanzhova,
T.P. Chueva-Pavlovskaya

Women whose pregnancy occurred after the pregravidar laparoscopic surgery on excision of genital endometriosis, reasonably considered as group of risk and require effective measures to reduce the incidence of miscarriage and perinatal pathology.

We examined 160 women who during 2003-2013 achieved pregnancy after laparoscopic treatment of genital endometriosis. 140 of them in the pregravid period and during I trimester preventively received daily 100 mg of intravaginal micronized progesterone (Luteina), another 40 did not receive such prophylaxis and were assigned to the comparison group. Were analyzed passage of pregnancy, childbirth and neonatal status and features of placentation in both groups in comparison with parameters of 20 healthy pregnant women.

Prophylactic administration of Luteina minimizes the frequency of threatened abortion ($17,5 \pm 1,02\%$) in contrast to patients who did not receive prophylaxis ($80,0 \pm 0,76$, $p < 0,001$). Established a tenfold reduction in the incidence of placenta dysfunction ($5,0 \pm 0,25\%$ vs $50,0 \pm 0,96\%$, $p < 0,05$), a two-fold reduction in the incidence of preterm birth ($10,83\%$ vs $22,5\%$, $p < 0,05$), cesarean section ($18,3\%$ vs $47,5\%$, $p < 0,001$), discoordination of labor ($4,17 \pm 0,78$ vs $15,00 \pm 0,58$, $p < 0,001$) in pregnant of main group. Newborns of treated women had average body weight ($3386 \pm 117,34$), which did not differ from children in the control group ($p > 0,05$). Mainly satisfactory condition of children was driven by favorable placentation typical for women who preventively receive progesterone.

Prophylactic use of intravaginal micronized progesterone in women who underwent laparoscopic pregravidar operation in occasion of genital endometriosis, associated with a decrease of threatened abortion and miscarriage, placental dysfunction, discoordination of labor and contribute to a timely birth of healthy children with normal body weight.

Key words: intravaginal micronized progesterone intravaginal, Luteina, placentation, pregnancy, childbirth, laparoscopic surgery, endometriosis

Сведения об авторах

Галич Светлана Родионовна – Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, пер. Валиховский, 2.
E-mail: svetgal55555@mail.ru

Каланжова Ольга Михайловна – Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, пер. Валиховский, 2

Чуева-Павловская Татьяна Петровна – Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, пер. Валиховский, 2

2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Запорожан В.М. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку: діагностика та лікування: метод. рекомендації / Укладачі: В.М. Запорожан [та ін.]. – К.: Медінформ, 2005. – 36 с.
2. Галич С.Р., Каланжова О.М. Вагітність та генітальний ендометріоз (огляд літератури) // Здоровье женщины. – 2009. – № 9 (45). – С. 91–95.
3. Епидемиологические аспекты генитального эндометриоза (обзор литературы) / В.А. Линде, Н.А. Татарова, Н.Е. Лебедева, О.И. Гришанина // Проблемы репродукции. – 2008. – № 3. – С. 68–72.
4. Laparoscopic surgery for endometriosis: How often do we need to re-operate? / Y. Cheong, P. Tay, F. Luk [et al.] // Journal of obstetrics and gynaecology. – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 82–85.
5. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis in infertile women / A. Stepniewska, P. Pomini, F. Bruni [et al.] // Human reproduction. – 2009. – Vol. 4. – P. 78–81.
6. Reproductive outcome after laparoscopic treatment of endometriosis in an infertile population / F. Fuchs, P. Raynal, S. Salama [et al.] // Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. – 2007. – Vol. 36, № 4. – P. 354–359.
7. Ищенко А.И. Эндометриоз: современные аспекты / Ищенко А.И., Кудрина Е.А. – М.: МИА, 2008. – 176 с.
8. Галич С.Р., Каланжова О.М. Вплив зовнішнього генітального ендометріозу на перебіг вагітності та її наслідки // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – Тернопіль, 2010. – № 2. – С. 34–36.
9. Галич С.Р., Каланжова О.М., Чуева Т.П. Репродуктивний анамнез жінок із ендометріодною хворобою та ризику інтрапартальних ускладнень // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – С. 63–68.
10. Запорожан В.Н., Каланжова О.М. Течение беременности у женщин, перенесших прегравидарное лечение наружного генитального эндометриоза (НГЭ) // Здоровье женщины. – 2009. – № 9 (45). – С. 71–73.
11. Татарчук Т.Ф. Проблема эндометриоза в аспекте прегравидарной подготовки / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, В.П. Ковбасий // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 13–16.
12. A retrospective analysis of ovarian endometriosis during pregnancy / Y. Ueda, T. Enomoto, T. Miyatake [et al.] // Fertility and sterility. – 2009. – Vol. 4. – P. 68–72.
13. Линде В.А. Иммунологические аспекты эндометриозов (обзор литературы) / В.А. Линде, Н.А. Татарова, О.И. Гришанина // Проблемы репродукции. – 2008. – № 4. – С. 74–77.
14. Dmowski W.P. Immunology of endometriosis / W.P. Dmowski, D.P. Braun // Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. – 2004. – Vol. 2. – P. 245–263.
15. Каланжова О.М. Гестаційна адаптація організму матері і функціонування фетоплацентарного комплексу у жінок, які перенесли прегравидарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Одеса, 2010.
16. Галич С.Р., Каланжова О.М. Лікування невиношування вагітності у жінок, які перенесли прегравидарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – Том 13. – № 35 (51). – С. 33–36.
17. Галич С.Р., Каланжова О.М. Профілактика плацентарної дисфункції у жінок, які перенесли прегравидарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу // Таврический медико-биологический вестник, 2011. – Т. 14, № 3, часть 1 (55). – С. 43–47.
18. Запорожан В.М., Галич С.Р., Каланжова О.М. Спосіб лікування загрози переривання вагітності в I триместрі у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / Деклараційний патент № 51802 МПК(2009): А61К37/24 // Бюлетень № 14 від 26.07.2010 р.
19. Запорожан В.М., Галич С.Р., Каланжова О.М. Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / Деклараційний патент № 51801 МПК(2009): А61К37/24 // Бюлетень № 14 від 26.07.2010 р.
20. Каланжова О.М. Функціональна характеристика внутрішньоутробного плода у жінок, які перенесли прегравидарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу // Одеський медичний журнал. – 2010. – № 3 (119). – С. 46–49.

Статья поступила в редакцию 07.07.2014