

Оценка эффективности применения плацентарного экстракта алтайского марала при лечении пациенток с бесплодием, обусловленным низким овариальным резервом

**С. К. Панагбеева, Н. М. Пасман,
Н. В. Лученкова, Н. В. Воронова,
С. В. Проничева**

*ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия*

Получение положительного результата в программах вспомогательных репродуктивных технологий напрямую зависит от овариального резерва пациенток. Основными факторами, влияющими на данный показатель, являются возраст пациентки и оперативные вмешательства на яичниках в анамнезе. Препарат «Лутаин» представляет собой лиофилизированный экстракт плаценты алтайского марала, который содержит в себе биологически активные вещества, факторы роста и незаменимые аминокислоты и применяется при лечении различных гинекологических заболеваний, в том числе и бесплодия, обусловленного сниженным овариальным резервом. Обнаруженная ноотропная и нейрометаболическая активность лутаина связана с присутствием в нем большого количества гамма-аминомасляной кислоты, которая является основным нейромедиатором. Этим объясняется центральное действие лутаина на нормализацию гипоталамо-гипофизарной системы и создание благоприятных условий функционирования психонейроиммунно-эндокринной регуляции женской и мужской репродуктивной функции.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата «Лутаин» при лечении пациенток со сниженным овариальным резервом.

Материалы и методы. Проанализировано 29 историй болезни, среди которых 17 пациенток проходили комплексное лечение бесплодия с использованием лутаина, 16 пациенток – контрольная группа без использования данного препарата.

Критерием включения в исследование являлось бесплодие, обусловленное низким яичниковым резервом. Согласно определению ВОЗ, бесплодием считается отсутствие беременности в течение года при регуляр-

ной половой жизни без контрацепции. Сниженный овариальный резерв определяется по уровню антимюллерова гормона (АМГ) менее 1,0 нг/мл и числу антральных фолликулов (ЧАФ) – менее трех в каждом яичнике. Критериями исключения были наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) в крови более 20 МЕд/л.

Лечение лутаином производилось как этап прегравидарной подготовки в циклах, предшествующих стимуляции овуляции (за 1–2 мес.). Осуществлялся прием препарата в дозировке: 1 капсула 2 раза в день в течение месяца. В цикле контролируемой индукции овуляции наиболее часто применялся короткий протокол с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы STATISTICA 6.0

Результаты. В группе подвергшихся лечению лутаином средний возраст пациенток составил $36,0 \pm 4,4$, возраст полового партнера / мужа – $36,4 \pm 8,9$ лет, в контрольной группе – $36,4 \pm 4,1$ и $36,8 \pm 5,8$ лет соответственно.

В исследуемой группе в 23 % выявлено первичное бесплодие, в группе контроля – в 31 %. Стаж бесплодия – 6,4 года (от 3 до 18 лет) и 5,2 года (от 2 до 11 лет) соответственно.

Уровень АМГ в основной группе составил $0,44 \pm 0,33$ нг/мл, число антральных фолликулов 1,19 – в правом яичнике, 2,0 – в левом яичнике. Уровень ФСГ на 2–3 день менструального цикла в исследуемой группе был повышен до 13,4 МЕд/л. В группе контроля уровень АМГ составил $0,48 \pm 0,35$ нг/мл, число антральных фолликулов 2,2 – в правом яичнике, 2,8 – в левом яичнике. Уровень ФСГ на 2–3 день менструального цикла – 11,4 МЕд/л.

У большинства пациенток наряду со сниженным овариальным резервом присутствовали и другие факторы бесплодия: трубноперитонеальный фактор (в 39 % и 44 % в основной и контрольной группах соответственно), при этом в 31 % случаев была проходима одна маточная труба в обеих группах; в 8 % случаев обе трубы были непроходимы в основной группе и в 13 % – в группе контроля. В обеих группах отмечен высокий процент мужского фактора бесплодия, диагностированного соответственно в 54 % – в основной и в 44 % – в контрольной группе, иммунологического бесплодия (у 38 и в 25 %

соответственно) маточного фактора, включающего в себя хронический эндометрит, внутренний эндометриоз, аномалии развития матки, гипоплазию эндометрия, (в 54 и 56 % случаев соответственно). Кроме того, у некоторых из наблюдаемых пациенток присутствовал щеечный фактор и эндокринный в виде гиперпролактинемии (23 и 15 % соответственно), а также наружный эндометриоз. Операции на яичниках и маточных трубах как один из основных факторов риска снижения овариального резерва в анамнезе имели 54 % пациенток основной группы и 31 % пациенток группы контроля.

Таким образом, исследуемые группы по ряду анализируемых причинных факторов бесплодия являлись относительно однородными. Следует подчеркнуть многофакторность и полиэтиологичность развития нарушений репродуктивной функции.

В результате исследования отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение ЧАФ в исследуемой группе до $1,7 \pm 0,7$ – в правом яичнике и до $2,2 \pm 0,7$ – в левом яичнике, в группе контроля ЧАФ осталось примерно такое же. Увеличение числа антральных фолликулов сопровождалось также более активным функционированием гипопластичного эндометрия, что подтверждалось достоверным нарастанием М-эхо в исследуемой группе ($8,4 \pm 1,1$ против контрольного $6,2 \pm 1,3$ мм, $p < 0,05$). Кроме того, по результатам цикла стимуляции овуляции в исследуемой группе получено 3 прогрессирующих беременности (18,4 %) и 2 биохимические (11,8 %), 4 – достигнуто в программах ЭКО-ИКСИ, 1 – КИО и ИИСД; в группе контроля – 1 биохимическая (6,2 %) и 1 – прогрессирующая (6,2 %).

Заключение. Первые результаты продолжающегося исследования показывают, что включение препарата «Лутаин» в комплексное лечение пациенток с бесплодием, обусловленным низким овариальным резервом, является безопасным и эффективным методом, оказывающим активизирующее влияние на функцию яичников, что доказывается повышением ЧАФ, увеличением М-эхо и повышением частоты наступления беременности. Полученные результаты требуют проведения дальнейшего исследования.