

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Шуйцева Татьяна Дмитриевна

студент Оренбургского государственного медицинского университета, РФ, г. Оренбург

Бучнева Наталья Викторовна

научный руководитель, канд. мед. наук Оренбургского государственного медицинского университета, РФ, г. Оренбург

В настоящее время общепризнанно, что наиболее эффективным методом предохранения от непланируемой беременности является гормональная контрацепция.

В связи с тем, что гормональные контрацептивы обладают способностью оказывать влияние на гипоталамо-гипофизарную и половую системы женщины, они нашли широкое применение для лечения различной гинекологической патологии. Лечебный эффект гормональных контрацептивов, также как и контрацептивный, обусловливается одним и тем же механизмом действия, основанным на подавлении овуляции в результате снижения циклической секреции гонадотропинов. Учитывая то, что механизм действия гормональных контрацептивов на отдельные звенья репродуктивной системы неоднозначен и зависит от вида и дозы препаратов, клинические аспекты их применения также различны [4].

В своей статье, я бы хотела рассмотреть механизм терапевтического действия гормональных контрацептивов, показать их применение в практике и тем самым отразить широкий спектр терапевтических эффектов препаратов, первоначально изобретенных с целью контрацепции.

В зависимости от состава различают две основные группы гормональных контрацептивов: комбинированные оральные контрацептивы и чистые гестагенные контрацептивы (таб. 1) [1].

Таблица 1.

Классификация гормональных контрацептивов по составу

Гормональные контрацептивы	
<u>Комбинированные оральные контрацептивы</u> (В своём составе содержат эстроген и прогестаген). Пример: вагинальное кольцо новаРинг.	<u>Чистые гестагенные контрацептивы</u> (В своём составе содержат гестаген). Пример: «мини-пили», «норпласт».

В основном, для лечебных целей, в гинекологии применяются комбинированные оральные контрацептивы, которые в своём составе содержат два основных гормона. В качестве эстрогенного и прогестагенного компонента применяют синтетические вещества — этилэстрадиол и прогестины [1]. Контрацептивное действие КОК обеспечивает главным образом прогестагенный компонент. Этинилэстрадиол в составе КОК поддерживает

пролиферацию эндометрия, обеспечивая, таким образом, контроль цикла. Постоянное содержание в крови этих двух гормонов способствует подавлению овуляции и достижение основных лечебных и профилактических эффектов [1].

Мной было рассмотрено и проанализировано несколько из основных заболеваний, поддающихся лечению КОК: дисфункциональные маточные кровотечения, эндокринное бесплодие, предменструальный синдром, дисменорея и эндометриоз.

Дисфункциональные маточные кровотечения возникают в результате нарушения циклической продукции гормонов яичниками при отсутствии какой-либо органической патологии. В структуре общей гинекологической заболеваемости ДМК составляют от 4 до 19 %. По данным статистики, около половины пациенток с ДМК — это женщины позднего репродуктивного возраста или находящиеся в перименопаузальном периоде; 20 % в структуре ДМК составляют кровотечения у подростков. Значительно реже ДМК наблюдаются в репродуктивном периоде, что объясняется стабильностью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в этом возрасте [2]. ДМК обусловлены функциональными нарушениями в репродуктивной системе и связаны с изменениями циклических процессов в различных звеньях системы гипоталамус-гипофиз—яичники—матка. Во всех возрастных периодах в основе их лежит ановуляция. При ановуляции наблюдаются задержки очередных менструаций от нескольких дней до нескольких месяцев [2].

В настоящее время наиболее эффективной и патогенетически обоснованной является гормональная терапия. Мной было проанализировано 30 амбулаторных карт, взятых на базе «Отделения планирования семьи» ГКБ № 2. Женщины в возрасте от 16 до 35 лет с диагнозом ДМК. Всем им с целью гемостаза назначались КОК по схеме (4-3-2-1):

- 12 человек — «Ригевидон»,
- 15 человек — «Регулон»,
- 3 человек — «Фемоден».

У 25 женщин (83,3 %) — произошла остановка кровотечения на 1—2 таблетки. У 3-х женщин на 5 таблетке. Одна женщина отказалась от приёма препаратов. Затем в течение шести месяцев женщины принимали препараты в контрацептивном режиме. Менструальноподобные реакции проходили регулярно, не обильно, безболезненно.

Частота эндокринного бесплодия колеблется от 4 до 40 %. Для лечения данной патологии, которая связана с нарушением процесса овуляции, контрацептивные гормоны успешно используются в связи с так называемым ребаунд-эффектом, или эффектом восстановления, возникающим после отмены препаратов. Этот эффект заключается в кратковременном торможении функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы на фоне приема препаратов с последующей активацией ее функции и восстановлением нарушенного процесса овуляции [2].

Мной было проанализировано 43 амбулаторные карты, женщин в возрасте от 21 до 37 лет с диагнозом «эндокринное бесплодие». У 17 из них назначались КОК («Регулон») в течение 3—4 месяцев. После их отмены у 13 из них появились овуляторные спонтанные менструальные циклы (по данным тестам функциональной диагностики). У 9 женщин (68 %) в первом цикле наступила беременность.

Термином «предменструальный синдром» (ПМС) принято обозначать комплекс патологических симптомов, возникающих во 2-ю фазу менструального цикла и исчезающих после наступления менструации или в первые ее дни [2].

Предложено много теорий патогенеза ПМС. Одной из наиболее распространенных в последние годы является гормональная, которая объясняет его возникновение нарушением соотношения эстрогенных и гестагенных гормонов в результате изменения функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. В результате абсолютной или относительной гиперэстрогении, дефицита прогестерона возникают задержка выделения натрия, отек тканей, гипогликемия, снижение диуреза, отеки и другие изменения в организме женщины [2].

В патогенезе ПМС большая роль отводится простагландинам, изменению функции центральной нервной системы, биохимическими нарушениями, в частности на клеточном уровне [2].

Сочетание вегетососудистых, психо-эмоциональных, эндокринных, обменных нарушений определяют клиническую картину ПМС. Раздражительность и депрессия, слабость, агрессивность, отеки, боли, напряжение в молочных железах, метеоризм, гипергидроз, головные боли, колебания артериального давления, нарушение ритма сна — вот неполный перечень симптомов и жалоб больных, появляющихся в предменструальном периоде и значительно снижающих качество жизни женщины [2].

Мной проанализировано 18 амбулаторных карт, женщин репродуктивного возраста с диагнозом «синдром предменструального напряжения». Всем им назначались низко- и микродозированные КОК («Новинет», «Жанин», «Ярина», «Джес»). У 15 женщин через 2—3 месяца после приёма КОК симптомы ПМС исчезли, у 3-х женщин проявились в меньшей степени.

Одним из распространенных гинекологических заболеваний и наиболее часто встречающихся у молодых женщин является дисменорея. Частота дисменореи колеблется в широких пределах и по данным различных исследователей составляет от 8 до 92 % среди менструирующих женщин, при этом зачастую статистически учитываются только те случаи дисменореи, которые сопровождаются ухудшением общего состояния женщины и снижают нормальный уровень ее активности или требуют медицинского вмешательства. Дисменорея представляет собой циклический патологический процесс, проявляющийся выраженными болями внизу живота в дни менструации с комплексом вегетативных, обменно-эндокринных, эмоционально-психических симптомов [2].

Мной проанализировано 21 амбулаторная карта, женщин в возрасте от 17 до 32 лет с жалобами болезненные месячные. Через 3 месяца приёма, микродозированного КОК («Лидинет-20») отмечался положительный эффект, который проявлялся в уменьшении болевых ощущений при менструации.

Эндометриоз — это патологическое состояние, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, которая по своим свойствам сходна с тканью эндометрия. Частота эндометриоза колеблется от 7 до 59 % у женщин репродуктивного возраста. Патогенетической основой гормональной терапии наружного генитального эндометриоза является временное угнетение циклической функции яичников, уменьшение секреции эстрадиола, что приводит к регрессу очагов эндометриоза [2].

Мной было проанализировано 23 амбулаторные карты пациенток с диагнозом «эндометриоз». Все они принимали КОК «Жанин» в течение 6—12 месяцев: 15 женщин после хирургического лечения (коагуляция очагов эндометриоза во время лапароскопии), 8 женщин принимали «Жанин» как самостоятельный метод лечения. Эффективность лечения составила 82,3 % и 91,5 % соответственно.

Таким образом, поставленная мною цель была успешно достигнута. На основании проанализированных данных было доказано, что на сегодняшний день комбинированные оральные контрацептивы широко и эффективно используются для лечения заболеваний женской половой системы.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. — 3-е изд., испр. и доп. / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова и Г.Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2009 — 880 с.
2. Руководство по контрацепции / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 400 с.: ил. ISBN 5-98322-192-2.
3. Справочник врача общей практики. Том 2. / Под ред. А.И. Воробьева. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 800 с.

4. <http://med-books.info/akusherstvo-ginekologiya/lechebnyie-vozmojnosti-gormonalnoy-kontra.html>