

КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616-055.2-056.257-092.12:[615.358:615.477.87]

Авраменко Н. В., Барковський Д. Є., Кабаченко О. В., Грідіна І. Б.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПОКАЗНИКАМИ ЇХ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ ДО ТА ПІД ЧАС ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Запорізький державний медичний університет

Вибір ефективного, безпечного та доступного гормонального контрацептиву у молодих жінок з надлишковою масою тіла є дуже актуальним питанням. Гормональні контрацептиви часто характеризуються наявністю виражених побічних ефектів та незручністю прийому для пацієнтки. З метою вибору оптимального сучасного контрацептивного препарату для молодих жінок з надлишковою масою тіла у 90 пацієнток вивчена ефективність та безпечність застосування сучасних гормональних методів контрацепції методом розподілу їх на три групи, одна з яких використовувала інтравагінальну гормональну рилізінг систему, друга – мікродозовані оральні контрацептиви з дроспериноном, а третя використовувала мікродозовані оральні контрацептиви з дезогестрелом. Встановлено, що застосування сучасних гормональних контрацептивів певною мірою модулює гормональний фон, що, в свою чергу, асоціюється з нормалізацією повсякденної життєдіяльності пацієнток, причому як фізичного, так і психічного компонентів здоров'я (згідно анкетування за допомогою опитувальника SF-36).

Ключові слова: інтравагінальна гормональна рилізінг система, оральні контрацептиви, надлишкова вага.

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету «Нейро-імунно-ендокринна регуляція репродуктивного здоров'я сім'ї в умовах крупного промислового міста», № державної реєстрації 0114U001395.

Вступ

Надлишкова маса тіла – серйозна медико-соціальна і економічна проблема сучасного суспільства [1;2]. На сьогоднішній день встановлено, що рівень сексуальної активності у жінок не залежить від індексу маси тіла. Нажаль, близько 40% пацієнток з надлишковою масою тіла припиняють прийом сучасних комбінованих гормональних контрацептивів в перші два місяці через побоювання появи побічних ефектів [3;4]. На сьогоднішній день дуже актуальним стає визначення впливу сучасної мікродозованої контрацепції на якість життя у жінок репродуктивного віку з надлишковою масою тіла [5].

Нині менше 25% жінок репродуктивного віку використовують ефективні методи запобігання вагітності, тоді як за даними дослідників для зниження числа абортів (до рівня економічно розвинених країн) потрібне забезпечення доступності сучасних методів контрацепції 70-75% жінок дітородного віку [6]. Сучасні методи контрацепції можна розділити на високоефективні і низькоефективні. Світовий досвід свідчить про те, що тільки використання високоефективних методів контрацепції приводить до зменшення числа абортів [7].

Останніми роками з'явився ряд низькодозованих і мікродозованих комбінованих оральних

контрацептивів з новими високоселективними прогестагенами, що дозволило практично виключити ускладнення і значно понизити ризик побічних реакцій [8]. Проте це не усунуло ряд недоліків, властивих усім пероральним препаратам: необхідність щоденного прийому, що вимагає високої мотивації поведінки, коливання рівня гормонів впродовж доби, метаболізм в шлунково-кишковому тракті, ефект первинного проходження через печінку та ін. Це стало передумовою до створення непероральних, пролонгованих методів гормональної контрацепції, які були б позбавлені перерахованих недоліків. Вони вивчаються і продовжують удосконалюватися. Перевагами гормональних рилізінг-систем є: постійний контрацептивний ефект, виділення гормонів по біологічному градієнту, точність дозування, відсутність коливання рівня гормонів крові і необхідності щоденного самоконтролю, а також непероральний шлях введення гормонів [9].

У сучасних роботах, присвячених препаратам гормональним контрацептивам, зазначалося, що вони не впливають на вміст загального холестерину крові, але підвищують концентрацію тригліцеридів і рівень ЛПВЩ [10]. Згідно з літературними даними сучасні низькодозовані препарати останнього покоління, в яких добре збалансований склад компонентів, не впливають на розвиток серцево-судинної патології у здорових жінок

з нормальною масою тіла [11].

Недостатньо вивчені можливості безпечного використання сучасної гормональної контрацепції у жінок з надлишковою масою тіла. Данні про вплив гормональної контрацепції на систему гемостазу, ліпідний і вуглеводний обмін у жінок з надлишковою масою тіла досить суперечливі. Остаточно не вивчена прийнятність нових видів гормональної контрацепції у жінок з надмірною масою тіла, не виявлена порівняльна ефективність, залежна від методики використання та шляхів введення гормональних контрацептивів. Це потребує подальшого вивчення впливу сучасної гормональної контрацепції на організм жінок з надлишковою масою тіла.

Мета дослідження

Провести аналіз зв'язку якості життя жінок репродуктивного віку з показниками їх гормонально-метаболического статусу до та під час використання гормональної контрацепції.

Матеріали і методи дослідження

Обстежили 90 жінок у віці від 18 до 35 років з індексом маси тіла (ІМТ) 25–29. Пацієнтки були розподілені на 3 групи: I група – 30 осіб, використовували вагінальну гормональну рилізінг-систему, що виділяє в кровотік щодня 15 мкг етинілестрадіолу і 120 мкг етоногестрела. Жінки II групи – 30 осіб, у циклічному режимі використовували оральні контрацептиви, що містять 20 мкг етинілестрадіолу і 3 мг дросперінона. III групу склали 30 жінок, що використовують оральні контрацептиви, що містять 20 мкг етинілестрадіолу і 0,15 мг дезогестрела.

Середній вік жінок склав 27,3 ± 2,1 року. Всі жінки не мали протипоказань для прийому гормональної контрацепції. У дослідження не включалися жінки з нейроендокринними порушення-

ми, що мають ІМТ більше 30, та жінки, які мають важку екстрагенітальну або гінекологічну патологію.

Дослідження проводилося до, а також через 6 місяців після початку прийому гормональної контрацепції і включало повне клініко-біохімічне обстеження.

Для процесу статистичного аналізу застосовувався пакет статистичного аналізу STATISTICA 6.0 (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5). Оцінка ступеня взаємозв'язку між парами незалежних ознак, які виражені у кількісній шкалі, здійснювалася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Р. Spearman (R), в залежності від характеру розподілу змінних. Оцінку достовірності коефіцієнтів кореляції проводили, порівнюючи розраховані коефіцієнти з критичними (виходячи з властивостей коефіцієнтів кореляції і ступенів свободи). Ранговий кореляційний аналіз Spearman проведено при довірчій ймовірності 95%.

Результати дослідження та їх обговорення

Для встановлення не тільки виразності різних в середніх значеннях за групами, але й з метою виявлення ступеня та спрямованості взаємозв'язку між вивченими ознаками, ми провели кореляційний аналіз за Spearman, з подальшою оцінкою коефіцієнтів R. В якості змінних з одного боку ми розглянули деякі параметри анкети SF-36, з іншого – окремі показники гормонально-метаболического статусу досліджуваної когорти жінок репродуктивного віку з надлишковою вагою без клінічно значимої супутньої патології.

Коефіцієнти кореляції між досліджуваними показниками у групі пацієнток, до вживання гормональної контрацепції, наведені у табл. 1.

Таблиця 1

Коефіцієнти кореляції між досліджуваними показниками у групі пацієнток до вживання гормональної контрацепції

Показники	PF	RP	BP	RE	SF	VT	MH
Кортизол	-0,17	-0,08	-0,26*	-0,22	-0,34*	-0,11	-0,37*
Лептин	-0,26	-0,23	-0,22	-0,29*	-0,41*	-0,17	-0,29
Адипонектин	-0,21	-0,13	-0,2	-0,31*	-0,29*	-0,12	-0,3*
Коефіцієнт атерогенності	-0,33*	-0,24*	-0,19	-0,32*	-0,21	-0,17	-0,3*
Індекс НОМА	-0,3*	-0,25	-0,22	-0,26	-0,37*	-0,22	-0,26

Примітка: * - рівень р для R менше 0,05

Як свідчать отримані до початку використання гормональної контрацепції дані, гормон хронічного стресу організму кортизол має зворотний зв'язок слабкої сили із такими показниками оцінювання якості життя, згідно опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY», як фізичне функціонування (Physical Functioning (PF) – демонструє міру, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення важкого і тому подібне)), вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності, Role – Physical (RP)) та життєздатність (Vitality (VT) – має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим). Таким чином,

рівень кортизолу не має суттєвого (р>0,05) впливу на вищезначені показники якості життя пацієнток.

Слабкий зворотно пропорційний кореляційний зв'язок до початку використання контрацептивних препаратів виявили між кортизолом та наступними показниками – інтенсивність болю (Bodily Pain (BP)) і її впливу на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по будинку і зовні удома (R = -0,26, р<0,05); вплив емоційного стану на рольове функціонування (Role – Emotional (RE) – припускає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення об'є-

му виконаної роботи, зниження якості її виконання і тому подібне), $R = -0,22$, $p > 0,05$); соціальне функціонування (Social Functioning (SF) – визначається мірою, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування), $R = -0,34$ ($p < 0,05$); та Mental Health (MH – самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій), $R = -0,37$ при $p < 0,05$). Таким чином, із хронічним збільшенням рівня кортизолу в організмі жінок підсилюється інтенсивність больових відчуттів, вплив емоційного стану на рольове та соціальне функціонування зростає, а самооцінка психічного здоров'я погіршується.

Лептин, як пептидний гормон, який регулює енергетичний обмін, відноситься до адипокінів (гормонам жирової тканини). Зниження концентрації лептину веде до розвитку ожиріння (частково, за рахунок анорексигенної дії). Лептин розглядається в якості одного з факторів патогенезу інсулінзалежного цукрового діабету (2-го типу) – надлишок лептину веде до придушення секреції інсуліну, пригнічує дію інсуліну на клітини печінки, сприяє розвитку інсулінрезистентності інсулінзалежних тканин.

Негативний зв'язок слабкої сили та різноманітним статистичної значущості ми виявили між лептином та життєздатністю жінок ($VT - R = -0,17$, $p > 0,05$) до початку використання контрацептивів. Слабкий зворотний кореляційний зв'язок простежується між лептином та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,26$, $p > 0,05$), впливом фізичного стану на рольове функціонування ($RP - R = -0,23$), впливом емоційного стану на рольове функціонування ($RE - R = -0,29$, $p > 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,41$, $p < 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,22$ при $p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,29$, $p > 0,05$). Таким чином, найбільше страждає від збільшення рівня лептину соціальне функціонування жінок, маючи при цьому найменший бальний показник згідно опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY». Зі збільшенням рівня лептину до початку проведення лікування будуть мати менший бальний показник й інші вищеназвані критерії якості життя жінок, що в цілому відображає негативний вплив цього пептидного гормону на всі сфери життєдіяльності жінки.

Виявлено слабкий зворотно пропорційний взаємозв'язок між адипонектином і впливом фізичного стану на рольове функціонування ($RP - R = -0,13$, $p > 0,05$), а також життєздатністю жінок ($VT - R = -0,17$, $p > 0,05$) до початку лікування. Зафіксований зворотний кореляційний зв'язок між адипонектином та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,21$, $p > 0,05$), впливом емоційного стану на рольове функціонування ($RE - R = -0,3$, $p < 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,29$, $p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,2$, $p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я

($MH - R = -0,3$, $p < 0,05$). Тобто більш високі значення адипонектину призводять до зниження бального показника вищезначених маркерів якості життя жінок, проте сила цього зв'язку досить слабка.

Було визначено ступінь взаємозв'язку між коефіцієнтом атерогенності жінок та якістю їх життя. Коефіцієнт атерогенності представляє собою показник відношення суми ЛПНЩ і ЛПДНЩ до ЛПВЩ. Якщо співвідношення ліпопротеїнів високої і низької щільності зміщується в бік останніх, коефіцієнт атерогенності збільшується, і ризик розвитку атеросклерозу підвищується. Дуже слабкий зворотний зв'язок до експериментального лікування виявлено між коефіцієнтом атерогенності та інтенсивністю болю ($BP - R = -0,19$, $p > 0,05$), а також життєздатністю жінок ($VT - R = -0,17$, $p > 0,05$), тобто коефіцієнт атерогенності не проявляє суттєвого впливу на дані показники якості життя жінок. Слабкий зворотний кореляційний зв'язок до використання протизапальних засобів виявлено між коефіцієнтом атерогенності та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,33$, $p < 0,05$), впливом фізичного стану на рольове функціонування ($RP - R = -0,24$ при $p < 0,05$), впливом емоційного стану на рольове функціонування ($RE - R = -0,32$, $p < 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,21$, $p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,3$ при $p > 0,05$). Отже, підвищення ризику атеросклеротичного ураження судин жінок обернено пропорційне їх якості життя, цей зв'язок у більшості випадків показників статистично значимий, проте досить слабкої або дуже слабкої сили.

Для оцінки інсулінрезистентності може бути використаний індекс HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance). Підвищення значень HOMA-IR відзначається при підвищенні рівня глюкози або інсуліну натще.

Індекс HOMA демонструє негативний зв'язок слабкої сили із усіма критеріями згідно опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» до початку експериментального використання протизапальних засобів. Зокрема, із фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,3$, $p < 0,05$), впливом фізичного стану на рольове функціонування ($RP - R = -0,25$, $p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,22$, $p > 0,05$), життєздатністю жінок ($VT - R = -0,22$, $p > 0,05$), впливом емоційного стану на рольове функціонування ($RE - R = -0,26$, $p > 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,37$, $p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,26$, $p > 0,05$). Отже, із збільшенням ступеню інсулінрезистентності знижуються основні ключові бальні показники якості життя жінок до використання контрацептивів.

Коефіцієнти кореляції між досліджуваними показниками у групі пацієток після вживання гормональної контрацепції представлені в табл. 2.

Коефіцієнти кореляції між досліджуваними показниками у групі пацієнток після вживання гормональної контрацепції

Показники	PF	RP	BP	RE	SF	VT	MH
Кортизол	-0,11	-0,06	-0,17	0,11	-0,2	-0,10	-0,19
Лептин	-0,2	-0,18	-0,17	-0,21	-0,23	-0,2	-0,1
Адипонектин	-0,19	-0,14	-0,22	-0,26*	-0,23	0,04	-0,24
Коефіцієнт атерогенності	-0,2	-0,12	-0,19	-0,23	-0,21	-0,17	-0,20
Індекс НОМА	-0,3*	-0,25	-0,22	-0,26	-0,37*	-0,22	-0,26

Примітка: * - рівень p для R менше 0,05

Аналіз отриманої кореляційної матриці після використання гормональної контрацепції вказує на зниження ступеня взаємозв'язків між цілим рядом параметрів. Так, різноспрямований зв'язок дуже слабкої сили, після застосування гормональних контрацептивів, виявлено між кортизолом та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,11, p > 0,05$), впливом фізичного стану на ролеве функціонування ($RP - R = -0,06, p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,17, p > 0,05$), життєздатністю жінок ($VT - R = -0,10, p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,19, p > 0,05$).

Негативний зв'язок слабкої сили, після застосування гормональних контрацептивів визначено між кортизолом та соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,20, p > 0,05$). Прямий зв'язок дуже слабкої сили, після курсу лікування контрацептивними засобами виявлено між кортизолом та впливом емоційного стану на ролеве функціонування ($RE - R = 0,11, p > 0,05$). Отже, вживання гормональних контрацептивних засобів знизило ступінь обернено пропорційного зв'язку між основними показниками якості життя жінок та кортизолом. Проте, активність соціального функціонування почала незначно збільшуватися із ростом рівня гормону хронічного стресу, що і демонструє прямий тип зв'язку між даними показниками, проте дуже слабкої сили на фоні використання контрацептивних засобів.

Зворотний зв'язок слабкої сили до початку застосування гормональних контрацептивів визначили між лептином та впливом фізичного стану на ролеве функціонування ($RP - R = -0,18, p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,17, p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,1, p > 0,05$).

Слабкий зворотний кореляційний зв'язок до вживання контрацептивів простежується між лептином та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,20, p > 0,05$), впливом емоційного стану на ролеве функціонування ($RE - R = -0,21, p > 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,23, p > 0,05$), життєздатністю жінок ($VT - R = -0,2, p > 0,05$). Таким чином, найбільше страждає від збільшення рівня лептину соціальне функціонування жінок, маючи при цьому найменший бальний показник згідно опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY». Зі збільшенням рівня лептину після проведення лікування будуть мати менший бальний показник й інші вищезазначені критерії якості життя, що в цілому відображає негативний вплив цього пептидного гормону на

всі сфери життєдіяльності жінки.

Виявлено дуже слабкий різноспрямований зв'язок після терапевтичного курсу між адипонектином і фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,19, p > 0,05$), а також впливом фізичного стану на ролеве функціонування ($RP - R = -0,14, p > 0,05$), що не має для нас суттєвого клінічного значення.

Зафіксований слабкий зворотний кореляційний зв'язок після застосування гормональних контрацептивів між адипонектином та впливом емоційного стану на ролеве функціонування ($RE - R = -0,26, p < 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,23, p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,22, p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,24, p > 0,05$). Життєздатністю жінок ($VT - R = 0,04, p > 0,05$) демонструвала дуже слабкий, проте позитивний зв'язок із адипонектином. Тобто більш високі значення адипонектину призводять до зниження бального показника вищезазначених маркерів якості життя жінок, проте сила цього зв'язку доволі слабка, а загальна життєздатність жінок покращується зі збільшенням значень адипонектину, як антиатерогенного та антидіабетичного чинника на фоні застосування гормональних контрацептивів.

Було визначено ступінь взаємозв'язку між коефіцієнтом атерогенності жінок та якістю їх життя. Дуже слабкий різноспрямований зв'язок після застосування гормональних контрацептивів виявлено між коефіцієнтом атерогенності та інтенсивністю болю ($BP - R = -0,19, p > 0,05$), впливом фізичного стану на ролеве функціонування ($RP - R = -0,12, p > 0,05$), а також життєздатністю жінок ($VT - R = -0,17, p > 0,05$), тобто коефіцієнт атерогенності не справляє суттєвого впливу на дані показники якості життя жінок після лікування.

Слабкий зворотний негативний кореляційний зв'язок після використання протизаплідних засобів виявлено між коефіцієнтом атерогенності та фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,20, p > 0,05$), впливом емоційного стану на ролеве функціонування ($RE - R = -0,23, p > 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,21, p > 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,20, p > 0,05$). Отже, підвищення ризику атеросклеротичного ураження судин жінок обернено пропорційне їх якості життя, цей зв'язок для кожного критерію опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» слабкої сили або дуже слабкої сили після використання гормональних контрацептивних препаратів.

Індекс НОМА демонструє слабкої сили зв'язок зворотної спрямованості із усіма критеріями згідно опитувача «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» після проведеного експериментального використання протизаплідних засобів. Зокрема, із фізичним функціонуванням ($PF - R = -0,3, p < 0,05$), впливом фізичного стану на рольове функціонування ($RP - R = -0,25, p > 0,05$), інтенсивністю болю ($BP - R = -0,22, p > 0,05$), життєздатністю жінок ($VT - R = -0,22, p > 0,05$), впливом емоційного стану на рольове функціонування ($RE - R = -0,26, p > 0,05$), соціальним функціонуванням ($SF - R = -0,37, p < 0,05$), та самооцінкою психічного здоров'я ($MH - R = -0,26, p > 0,05$). Отже, зі збільшенням ступеню інсулінрезистентності знижуються основні ключові бальні показники якості життя жінок до використання контрацептивів.

Після застосування гормональних контрацептивів незалежно від групи спостерігалось не тільки зниження тісноти і виразності кореляційних зв'язків змінних вищенаведеної матриці зі зміною рівня достовірності, але і, в окремих випадках, навіть їх спрямованості. Причому, виявилася диференційована зміна кореляційної сили взаємозалежностей окремих маркерів тих чи інших патофізіологічних процесів із певними доменами двох складових здоров'я жінки шкали Short Form-36.

Порівняльний аналіз якості життя пацієнток з надлишковою масою тіла свідчить про те, що використання сучасної гормональної контрацепції у цих жінок призводить до підвищення рівня фізичного і психологічного комфорту — відмічено достовірне поліпшення працездатності, фізичної і життєвої активності, поліпшення якості сексуального життя, що, на наш погляд, обумовлене високим контрацептивним ефектом, що знижує страх перед можливим настанням небажаної вагітності, позитивним впливом гормональної контрацепції на менструальну функцію та неконтрацептивними косметичними властивостями, що співпадає з даними сучасної літератури [6].

Гормональні контрацептиви зменшують об'єм менструальних виділень за рахунок гальмування проліферації ендометрія і пригнічення овуляції. В умовах ановуляції секреція простагландинів ендометрієм знижується. Також гормональні контрацептиви викликають зниження порогу збудливості гладком'язових клітин, зменшують їх активність, тим самим сприяючи зниженню внутрішньоматкового тиску, частоти і амплітуди скорочень м'язів матки [12]. Посилення скорочувальної активності матки може бути результатом збільшення концентрації естрогену в лютеїнову фазу циклу. Застосування низько- і мікро- дозованих комбінованих гормональних контрацептивів призводить до зниження концентрації естрогену, простагландинів і до зникнення або зниження вираженості симптомів дисменореї.

Використання низько- і мікродозованих комбінованих гормональних контрацептивів сприяє

поліпшенню стану пацієнток, що страждають на дисменорею і передменструальний синдром, за рахунок пригнічення овуляції, зниження вмісту власного прогестерону, зменшення секреції простагландинів, зниження концентрації естрогену [13]. Застосування гормональних контрацептивів сприяє поліпшенню настрою і створює певний позитивний настрій.

Доведено, що естрогени мають захисну дію відносно атеросклеротичних змін судин. При введеному естрогенів суттєво збільшується рівень ЛПВЩ, що також є захисним фактором проти серцево-судинних захворювань. Позитивна дія естрогенів на метаболізм ліпідів може нейтралізувати несприятливу дію гестагенів. Тому сучасні низькодозовані препарати останнього покоління, в яких добре збалансований склад компонентів, не впливають на розвиток серцево-судинної патології у здорових жінок.

Деякі автори вважають, що організм має механізми адаптації до гормональних контрацептивів. Тому першу фазу після початку прийому ОК, під час якої у певних осіб спостерігаються помітні зрушення толерантності до глюкози, вони називають адаптаційною, а другу, коли толерантність до вуглеводів повертається до норми, - постадаптаційною [11]. Цим же пояснюється відсутність значних змін толерантності до глюкози у жінок, які тривалий час приймають КОК. Згідно з сучасними літературними даними, використання прогестагенів третього покоління або низьких доз прогестагенів другого покоління надає мінімальний ефект на рівень глюкози та інсуліну в крові у здорових жінок з нормальною масою тіла [14].

Проаналізувавши сучасні літературні дані можливо зробити висновок, що як естрогени, так і гестагени у складі КОК в деяких ситуаціях можуть викликати зниження толерантності до глюкози і впливати на рівень інсуліну в крові. Транзиторна гіперглікемія на тлі використання КОК зустрічається дуже рідко, приблизно у 3% здорових жінок з нормальною масою тіла. Ці зміни оборотні і повертаються до нормативних значень після відміни препаратів.

Особливу увагу необхідно приділяти жінкам групи ризику по виникненню гіперглікемії на тлі використання гормональної контрацепції. До цієї групи відносяться пацієнтки з порушенням толерантності до глюкози, ожирінням, цукровим діабетом, жінки, які мають в анамнезі пологи великим плодом і гестаційний діабет [15]. Більшість авторів визначають доцільність визначення рівня глікемії до і в процесі гормональної контрацепції у пацієнток групи ризику. У жінок, які не страждають на цукровий діабет, тривалий прийом КОК не приводить до його виникнення. Отримані у дослідженні дані дозволяють вважати, що збільшення індексу НОМА примушує з обережністю підходити до призначення оральних гормональних контрацептивів у пацієнток з проявами інсулінорезистентності.

Тактика ведення жінок з надлишковою вагою в

процесі гормональної контрацепції має бути диференційованою і індивідуальною залежно від віку, стану репродуктивного здоров'я, виду гормональної контрацепції, особливості розподілу жирової тканини. Гормональні контрацептиви можуть бути рекомендовані в якості контрацептиву першого вибору у жінок з надмірною масою тіла.

Висновки

Отримані дані дозволяють обґрунтовано вказати, що застосування оральних гормональних контрацептивів певною мірою модулює гормональний фон, що, в свою чергу, асоціюється з нормалізацією повсякденної життєдіяльності пацієнток, причому як фізичного, так і психічного компонентів здоров'я (згідно анкетування за допомогою опитувальника SF-36).

Перспективи подальших досліджень

Перспективним виявляється подальше дослідження метаболічних ефектів та їх взаємозв'язку із параметрами життєвої задоволеності на тлі гормональної контрацепції у жінок репродуктивного віку в залежності від динаміки індексу маси тіла при навмисному зниженні ваги.

Література

1. Алмазов В. А. Метаболический сердечно-сосудистый синдром / В. А. Алмазов, Я. В. Благодосклонная, Е. В. Шляхто, Е. И. Красильникова - СПб., 1999. - 203 с.
2. Дедов И. И. Патогенетические аспекты ожирения / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Т. И. Романцова // Ожирение и метаболизм. - 2004. - № 1. - С. 3-9.

3. Критерії прийнятності використання методів контрацепції / Всесвітня організація охорони здоров'я. - вид. 3, 2004 р. - К.: Моріон, 2006.
4. Прилепская В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Прилепская, Е. В. Цаллагов. - М., 2004. - С. 283-320.
5. Светлаков А. В. Лептин и липидный спектр крови у женщин с разными типами ожирения / А. В. Светлаков, М. В. Яманова, О. С. Филиппов, Н. А. Малахова // Проблемы репродукции. - 2001. - № 6. - С. 33-35.
6. Руководство по контрацепции / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 448 с.
7. Assman G. Quantification of high-density lipoprotein cholesterol by precipitation with phosphotungstic acid / MgCl₂ / G. Assman, H. Schriewer, G. Schmitz, E.-O. Hagele // Clin. Chem. - 2013. - Vol. 29, № 12. - P. 2026-2030.
8. Bucolo G. Quantitative determination of serum triglycerides by the use of enzymes / G. Bucolo, H. David // Clin Chem. - 2013. - № 19. - P. 476-482.
9. Pettitti D.B. Epidemiologic assessment of the risk of oral contraception / D.B. Pettitti // J. Reprod. Med. - 2016. - Vol. 31, №9 (suppl.). - P. 887 - 891.
10. Ожирение. Руководство для врачей / Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 456 с.
11. Серов В.Н. Ожирение и здоровье женщины / В.Н. Серов, Н.И. Кан, Е.А. Богданова, Е.В. Жаров, В.Т. Гаврилюк. - М.: ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, 2005. - 184 с.
12. Межевитинова Е.А. Прогестагены в контрацепции / Е.А. Межевитинова // Гинекология. - 2001. - Том 3, №2. - С. 36-40.
13. Старостина Е. Принципы лечения расстройств приёма пищи, сопровождающихся ожирением / Е. Старостина // Врач. - 2009. - №4. - С. 58 — 61.
14. Прилепская В.Н. Эволюция прогестагенов и прогресс современной контрацепции / В.Н. Прилепская, Л.И. Острейкова // Гинекология. - 2004. - Том 6, №3. - С. 111-113.
15. Сперофф Л. Клиническое руководство по контрацепции / Л. Сперофф, Ф.-Д. Дарни / Пер. с англ. под ред. В.Н. Пртлепской. - М.: Бином, 2009. - 430 с.

Уфферат

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИХ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ДО И ВО ВРЕМЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Авраменко Н. В., Барковский Д. Е., Кабаченко О. В., Гридина И. Б.

Ключевые слова: интравагинальная гормональная рилизинг система, оральные контрацептивы, избыточный вес.

Выбор эффективного, безопасного и доступного гормонального контрацептива у молодых женщин с избыточной массой тела является очень актуальным вопросом. Гормональные контрацептивы часто характеризуются наличием выраженных побочных эффектов и неудобством приема для пациентки. С целью выбора оптимального современного контрацептивного препарата для молодых женщин с избыточной массой тела у 90 пациенток изучена эффективность и безопасность применения современных гормональных методов контрацепции методом распределения их на три группы, одна из которых использовала интравагинальную гормональную рилизинг систему, вторая - микродозированные оральные контрацептивы с дроспериноном, а третья использовала микродозированные оральные контрацептивы с дезогестрелом. Установлено, что применение современных гормональных контрацептивов в определенной степени модулирует гормональный фон, что, в свою очередь, ассоциируется с нормализацией повседневной жизнедеятельности пациенток, причем как физического, так и психического компонентов здоровья (согласно анкетирования с помощью опросника SF - 36).

Summary

CORRELATION ANALYSIS BETWEEN THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN OF CHILD-BEARING AGE AND THEIR INDICES OF HORMONAL AND METABOLIC STATUS BEFORE AND AFTER HORMONAL CONTRACEPTION

Avramenko N. V., Barkovsky D. E., Kabachenko E. V., Gridina I. B.

Key words: intravaginal hormonal releasing system, oral contraception, overweight.

The choice of effective, safe and accessible hormonal contraceptive for young overweight women is very pressing question. Hormonal contraceptives are often characterized by the presence of the pronounced adverse effects and uncomfortable mode of administration for patients. In order to improve the choice of optimal hormonal contraceptives for young overweight women, the study involving 90 patients was aimed at investigating efficiency and safety of modern hormonal contraceptives. The women were divided into three groups, one of which used the intravaginal hormonal releasing system, the second group took oral contraceptives with drospironon, and the third group took oral contraceptives with desogestrel. It has been found out the modern hormonal contraceptives modulates hormonal status, that in turn, is associated with normalization of daily vital functions of patients, both physical and emotional components of health (according to data obtained by SF-36 questionnaire).