

ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА “ЖАНИН” В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ф.И. Иманказиева, А.А. Аскеров, Д.А. Турдуматова

Изучена эффективность комбинированного оральное контрацептива “Жанин” в терапии генитального эндометриоза.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз; лечение; оральные контрацептивы.

Генитальный эндометриоз – одна из наиболее актуальных проблем гинекологии. Эндометриоз встречается у 10–50 % женщин репродуктивного возраста, при лапароскопии его обнаруживают у 21 % женщин с бесплодием [1, 2]. Этиология, патогенез и методы лечения генитального эндометриоза (ГЭ) являются предметом споров и научных исследований. Имеется множество теорий возникновения эндометриоза, но наиболее признанные теории этиологии и патогенеза эндометриоза – эмбриональная, метапластическая и трансплантационная.

Эндометриоз относится к прогрессирующему и рецидивирующему заболеванию, что во многом обусловлено ежемесячной ретроградной менструацией [3]. Генитальный эндометриоз часто сопровож-

дается тазовыми болями, дисменореей, диспареунией, бесплодием. Наиболее частая локализация ГЭ – миометрий, яичник, брюшина.

Выбор метода лечения эндометриоза зависит от возраста женщин, локализации и степени распространенности заболевания, необходимости восстановления детородной функции при бесплодии.

Лечение больных с эндометриозом требует комплексного подхода. Оно включает иммунную, противовоспалительную и рассасывающую терапию, а также антиоксиданты, гепатопротекторы, симптоматические средства, такие как антианемические и обезболивающие препараты.

Развитие генитального эндометриоза происходит на фоне нарушения гормональной функции

яичников и гипоталамо-гипофизарной системы, и поэтому подключение гормональных препаратов является необходимым компонентом лечения. Так, для лечения больных с эндометриозом применяют агонисты Гонадотропин, рилизинг гормонов, антигонадотропины, прогестагены, антиэстрогены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты, т. е. оральные контрацептивы. Все указанные препараты оказывают угнетающее действие на систему регуляции репродуктивной функции на различных уровнях.

Действие комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (КОК) основано на торможении гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит к подавлению фолликулогенеза и овуляции, т. е. подавлению продукции женских половых гормонов и пролиферации эндометрия, а также эндометриальной ткани в очагах эндометриальных генеротопий.

Все современные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в качестве эстрогенного компонента содержат Этинилэстрадиол и гестагенный компонент с различными свойствами. В этом плане заслуживает внимания комбинированный низкодозированный монофазный оральная контрацептив (ОК) “Жанин”, который содержит 0,03 мг Этинилэстрадиола и 2 мг (гестаген) Диеногеста. По данным литературы, Диеногест сходен с другими известными прогестинами, но не имеет андрогенных свойств, обладает значительной антипролиферативной активностью и метаболически нейтрален [4, 5].

Целью исследования явилось изучение эффективности терапии генитального эндометриоза препаратом комбинированного оральная контрацептива “Жанин”.

Материал и методы исследования. Проводили наблюдение за 29 женщинами репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом. Средний возраст женщин составил $28,1 \pm 1,2$ года.

Диагноз “Генитальный эндометриоз” был установлен на основании тщательно собранного анамнеза, объективного общеклинического и специального гинекологического обследования. Для постановки диагноза использовали данные ультразвукового исследования, лапароскопии, гистероскопии. В 9 случаях эндометриоз был установлен при лапаротомии, проведенной по поводу другого заболевания.

По клиническим формам больные распределились следующим образом: внутренний генитальный эндометриоз (аденомиоз) – 7 (24,1 %) пациенток, наружный генитальный эндометриоз (эндометриоз яичников) – 9 (31,0 %), сочетанный – 13 (44,8 %).

Больным назначали прием КОК “Жанин” по непрерывному режиму по 1 таблетке в день в течение трех месяцев. При появлении прорывного кровотечения дозу препарата повышали до 2 таблеток. Результаты лечения оценивали через три и шесть месяцев. При значительном улучшении больные переходили на циклический режим приема препарата. Общая продолжительность применения КОК “Жанин” составила 12 месяцев.

Установлено, что у исследуемых женщин имел место высокий уровень инфекционных заболеваний начиная с периода детства (55,1 %). Наиболее часто встречались заболевания органов желудочно-кишечного тракта (44,8 %) и хронический пиелонефрит (58,6 %).

Анализ гинекологического анамнеза позволил выявить у большинства обследованных пациенток факторы риска развития наружного генитального эндометриоза: позднее менархе – у 13 (44,8 %), длительный период становления менструации – 11 (37,9 %), дисменорея – 3 (10,3 %), меноррагии – 5 (17,2 %), короткий менструальный цикл 24–25 дней – 11 (37,5 %) пациенток. Более половины обследуемых пациенток имели в анамнезе 2 и более искусственных абортов – 17 (58,6 %) пациенток, у 5 (17,2 %) были самопроизвольные аборты. Количество рожавших женщин – 25 (86,2 %) человек, нерожавших – 7 (24,1 %). Из числа обследованных женщин 4 (13,7 %) пациентки страдали первичным, 3 (10,3 %) – вторичным бесплодием.

В момент исследования 24 (82 %) обследованных имели те или иные гинекологические заболевания (кольпит, цервицит, хронический аднексит) и получали по их поводу лечение. Основной жалобой исследуемых больных являлась периодическая тазовая боль различного характера, локализованная чаще внизу живота, с иррадиацией в область крестца, прямую кишку, нижние конечности. Усиление болей наблюдалось до, во время и после менструации у 22 (75,8 %) пациенток. При бимануальном исследовании отмечалась болезненность матки и придатков. На боль после коитуса указывали 5 (17,2 %) больных. Нарушения менструального цикла явились второй по частоте жалобой: на нерегулярные менструации жаловались 6 (20,6 %) пациенток, обильные – 18 (62,0 %), отклонений в менструальной функции не наблюдалось у 2 (6,8 %) пациенток. Мажущие темно-красноватые, “шоколадные”, выделения из половых путей за 2–3 дня до месячных отмечали 16 (55,7 %) пациенток и 6 (20,6 %) – после месячных.

Клиническая эффективность лечения женщин, страдающих эндометриозом оценивается

Таблица 1 – Оценка клинических проявлений эндометриоза до и после лечения препаратом “Жанин”

Вид нарушения	До лечения, n = 29		После лечения, n = 29	
	абс. число	%	абс. число	%
Тазовая боль	29	100	7	24,1
Альгодисменорея	21	72,4	4	13,7
Диспаурения	5	17,2	2	6,8
Нерегулярные менструации	6	20,6	-	-
Обильные менструации	18	62,0	2	6,8
“Шоколадные” выделения	23	75,3	3	13,6

чаще всего по купированию болевого синдрома и нормализации менструальной функции [2].

Следует отметить, что все предлагаемые и хирургические методы лечения и другие современные способы лечения не являются этиологичными и полностью не устраняют эндометриозные гетеротопии. Однако прогноз благоприятен при выявлении и лечении ранних стадий развития эндометриоза [1, 2].

Результаты исследования. Применение орального контрацептива “Жанин” привело к полной ликвидации тазовой боли или снижению болевого синдрома у 22 (75,8 %) больных (таблица 1). Лечение диспареунии было успешным у 3 из 5 пациенток (19,1 %), альгодисменореи – у 17 (80,9 %) из 21 больной. Следует отметить, что альгодисменорея значительно уменьшается при непрерывном приеме ОК “Жанин”.

Значительное улучшение установлено у женщин с нарушением менструального цикла (у всех нормализовался цикл). Из 17 пациенток с гиперполименореей у 16 (88,3 %) менструальная кровопотеря стала умеренной. Мажущие “шоколадные” выделения в период до и после месячных исчезли у 20 из 23 больных, что составило 86,9 %.

Таким образом, низкодозированный комбинированный оральный контрацептив “Жанин” оказался эффективным при лечении генитального эндометриоза. Наши данные совпадают с литературными данными [1, 4, 5]. В нашем исследовании обоснованные выводы об эффективности терапии женщин с эндометриозом, страдающих бесплодием, из-за недостаточного количества наблюдений обосновать не удалось. Однако, по литературным данным [1, 3, 4], наиболее широко применяются комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в лечении эндометриоза, сопровождающегося бесплодием.

Известно, что немаловажное значение кроме эффективности препарата имеет его переносимость. Такие побочные эффекты, как головная

боль, тошнота, нагрубание молочных желез наблюдались редко, только у 4 (13,7 %) пациенток и только в первые месяцы, т. е. в период адаптации. У наших пациенток в период наблюдения прибавка в массу тела не выявлена, что связано с метаболической нейтральностью препарата “Жанин”.

Выводы

1. Обследованные пациентки имели факторы риска развития наружного генитального эндометриоза: позднее менархе – 44,8 %, длительное становление менструации – 33,5 %, искусственные и самопроизвольные аборт – 58,6 % и 17,2% соответственно.

2. Основные жалобы пациенток на тазовую боль и нарушение менструального цикла.

3. Применение ОК “Жанин” приводит к ликвидации болевого синдрома, восстановлению менструального цикла, нормализации менструальной кровопотери.

4. ОК “Жанин” обладает хорошей переносимостью и не влияет на метаболический обмен.

Литература

1. Берестова О.А. Применение диеногестсодержащего низкодозированного орального контрацептива “Жанин” для оптимизации стимуляции фолликулогенеза / О.А. Берестова // Здоровье женщины. 2004. № 1. С. 91–94.
2. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. Т.М. Савельевой, В.Н. Серова и Г.Т. Сухих. 3-е изд., испр. и доп. М., 2009. 800 с.
3. Стрижаков А.Н. Эндометриоз: клинические и теоретические аспекты / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. М.: Медицина. 1996. 336 с.
4. Rowlands S. Newer progestogens // J.Fam. Plan. Repord. Health.Care. 2003. V. 29 (1). P. 13–16.
5. Wiegatz I., Lee J.H., Kutschera E. et al. Effect of dienogest-containing oral contraceptives on lipid metabolism // Contraception. 2002. V. 65. № 3. P. 223–229.