

УДК 618.11-006.2-031.14-008.06

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ
КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
С ДРОСПИРЕНОНОМ И ФИНАСТЕРИДА НА КЛИНИЧЕСКОЕ
ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ
ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Н.Н. ЗАХАРОВА, С.А. ДВОРЯНСКИЙ*

При использовании Финастерида у женщин с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений менструальный цикл достоверно стал более регулярным, наступили 2 беременности после лечения, а при использовании комбинированных оральных контрацептивов с дроспиреноном – выявлено более интенсивное подавление акне, наступило 8 беременностей на ребаунд-эффекте.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, метаболические нарушения, комбинированные оральные контрацептивы с дроспиреноном, Финастерид, нарушение менструального цикла, гирсутизм, бесплодие.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – это мультифакторное гетерогенное заболевание, характеризующееся нарушением менструального цикла, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, увеличением размеров и изменением морфологической структуры яичников [2,5]. Актуальность проблемы СПКЯ определяется большой распространенностью этой патологии [3,4,7]. Частота встречаемости синдрома в популяции составляет 11-15% [6], в структуре ановуляторного бесплодия – 70-75% [3,9], среди пациенток гинекологов-эндокринологов – 30%, у женщин с гирсутизмом – 85% [6]. СПКЯ – социально-значимая эндокринная патология, которая приводит к бесплодию, более частому развитию депрессии у молодых пациенток и снижает качество жизни этих женщин [6,8,10].

Цель исследования – сравнить эффективность применения КОК с дроспиреноном и Финастерид на клинические проявления гиперандрогении СПКЯ у пациенток без метаболических нарушений и их переносимость.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных в работе цели и задач обследованы 73 пациентки с СПКЯ без метаболических нарушений. Верификацию диагноза проводили согласно клинико-инструментальным критериям заключительного документа Роттердамского консенсуса (2003). При соответствии всем критериям включения и отсутствия критериев исключения рандомизированным методом 31 пациентке (I группа) в качестве лечения был назначен Финастерид в таблетках по 5 мг один раз в сутки непрерывно в течение 6 месяцев, а 42 пациенткам (II группа) – комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с антиандрогенным прогестагеном дроспиреноном по 1 таблетке с 1 или 5 по 21-25 день менструального цикла в течение 6 месяцев. Женщины в исследуемых группах были обследованы до и после лечения: сбор анамнеза, гинекологический осмотр с оценкой менструальной и репродуктивной функций, индекс массы тела (ИМТ), соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), наличие акне, гирсутизма, себореи, алопеции. Во время терапии производился сбор анамнеза по переносимости препаратов и наличие побочных эффектов. Статистическая обработка клинического материала производилась с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В исследование были включены молодые женщины, возраст которых составил в I группе 23,6±3,0, во II – 25,3±2,8. Все женщины являлись жителями города Кирова. В I группе брак был зарегистрирован у 38,7% пациенток, во II – у 71,4%. Из исследуемых имели высшее образование в I группе 25,8%, неполное высшее – 38,7%, среднее специальное – 32,3%, из них работали – 58,1%, учились – 41,9% женщин. Во II группе пациентки имели высшее образование в 52,4% случаев, неполное высшее – 16,7%, среднее специальное – 30,9%, из них работали 83,3%, работали и учились одновременно – 7,1%, только учились – 9,5%. Таким образом, в данном рандомизированном исследовании оказалось, что пациентки из II группы являлись работающими женщинами после окончания высших учебных заведений и большинство из них замужем. Из этого можно сделать вывод, что исследуемые во II группе были более заинтересованы в наступлении беременности. В I группе чуть меньше половины женщин, являлись студентками высших учебных заведений, что подразумевает наличие у этих пациенток хронического ин-

формационного стресса, повышенных учебных нагрузок и психоэмоционального напряжения, что может являться определяющим фактором в развитии СПКЯ [1,4,5].

Экстрагенитальная патология была зарегистрирована у 100% пациенток в обеих группах. В I и II группах простудные заболевания отмечались в 100% случаях, хронические заболевания рото- и носоглотки были зарегистрированы в анамнезе в I группе у 41,9% женщин и 45,2% во II, перенесенные детские инфекционные заболевания – 87,1% и 80,9% соответственно, диффузное заболевание щитовидной железы 0-1 степени, эутиреоз – 16,1% и 19,0%, заболевания мочевыводящей системы – 6,5% и 11,9%, патология желудочно-кишечного тракта – 19,4% и 21,4%, наличие вегето-сосудистой дистонии – 6,5% и 7,1%, миопия – 32,3% и 7,1%, анемия – 3,2% и 2,4%, патология опорно-двигательного аппарата – 3,2% и 9,5% соответственно, мастопатия отмечалась в анамнезе только во II группе в 4,8% случаях, а нейродермит отмечался только в I – 3,2%. Из этого следует, что в 40% случаях в обеих группах имелись в анамнезе хронические заболевания рото- и носоглотки, что является одним из ведущих факторов развития СПКЯ [1,4,5].

Гинекологические заболевания были отмечены у пациенток в виде: хронические урогенитальные инфекции в I группе у 41,9% и 42,9% женщин во II, острый кольпит и вагинит – 38,7% и 69,1% соответственно, хронический сальпингоофорит и эндометрит – 12,9% и 26,2%, эктопия шейки матки – 74,2% и 78,6% соответственно, кондиломы вульвы отмечались только во II группе у 4,8% исследуемых. Таким образом, женщины из II группы практически в 2 раза страдали чаще хроническими рецидивирующими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, чем в I, что может также являться причиной развития СПКЯ [1,4,5].

Имели в анамнезе хирургические вмешательства и травмы 12,9% женщин в I группе и 21,4% во II, что в 2 раза чаще, чем в I, и может быть пусковым фактором в развитии синдрома [1,4,5]. Отмечали наличие патологии беременности и / или родов у матерей пациенток в 12,9% случаях в I группе и 11,9% во второй. Оба показателя достоверно не отличаются друг от друга. Доказано, что патология течения беременности и / или родов у матери пациентки, играет немаловажную роль в этиологии СПКЯ [1,4,5]. Наследственность была отягощена по нарушению менструального цикла (НМЦ), гирсутизму, СПКЯ, онкоанамнезу и проблемам репродуктивного характера у 32,3% пациенток в I группе и 33,3% во II. Факторы такие как врожденный генетически детерминированный дефект ферментативных систем яичника и наследственный фактор, играют большое значение в возникновении синдрома у больных. Среди обследованных у 16,1% в I и 4,8% во II группах имелись вредные привычки в виде курения до 5-10 сигарет в день. Так как около 40% пациенток в I группе являются студентами, а это стрессовый фактор, то и вредных привычек у них было выявлено больше в 4 раза, чем во II.

Период менархе приходился на 13,8±1,1 лет в I группе и на 13,7±1,3 лет – во II. Начало половой жизни в исследуемых группах отмечалось в 17,2±3,4 лет в I и 18,0±2,2 – во II, количество половых партнеров в I – 2,8±2,3, во II – 2,5±1,3. Данные параметры достоверно не отличаются друг от друга. Были зарегистрированы НМЦ в I группе в виде: олигоменореи в 100%, из них в 12,9% случаях отмечались первичные или вторичные аменореи, явления метроррагии отмечались в 9,7% случаев. Были зарегистрированы также НМЦ во II группе в виде: олигоменореи в 92,9%, из них в 16,7% случаях наблюдались первичные или вторичные аменореи, явления метроррагии отмечались в 7,1% случаев. Количество дней менструальноподобного кровотечения варьирует в I группе 4,4±0,7 дней, во II – 4,9±0,8. У 71,0% пациенток диагностируются меньше 8 менструальных циклов в год в I группе и у 92,9% – во II. В I группе по объему теряемой крови в 80,7% случаев отмечаются умеренные, в 12,9% – скудные, в 6,5% – обильные месячные и в 19,4% зафиксирована дисменорея. Во II группе по объему теряемой крови в 92,9% случаев отмечаются умеренные, в 4,8% – скудные, в 2,4% – обильные месячные и в 21,4% зафиксирована дисменорея. Таким образом, более выраженные НМЦ были зафиксированы у женщин во II группе.

Контрацепцию используют всегда – 41,9% женщин в I группе и 14,3% – во II, не всегда – 32,3% и 28,6% женщин в группах соответственно. Это еще раз доказывает, что пациентки с верифицированным диагнозом СПКЯ во II группе были более заинтересованы в наступлении беременности, чем в I, поэтому использовали кон-

* Кировская государственная медицинская академия, 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112

трапецию гораздо реже. У 19,35% в анамнезе у пациенток I группы были беременности: роды в 9,7% случаях, медицинские аборт в 6,5%, самопроизвольные аборт в 3,2%, беременности у этих женщин наступили через 9,0±2,7 месяцев половой жизни без контрацепции. У 23,8% в анамнезе женщин II группы были беременности: роды в 16,7%, медицинские аборт в 11,9%, самопроизвольные аборт в 4,8%, беременности у этих женщин наступили через 14,2±16,6 месяцев половой жизни без контрацепции. Из этого следует, что у каждой 4-5 женщины в анамнезе были беременности. В I группе желанными беременностями оказались 66,7% наступивших беременностей, во II – 90,3%, что вновь доказывает заинтересованность в деторождении женщин из II группы. Бесплодие наблюдалось в 22,6% случаях в I группе, из них в 85,7% – первичное, в 14,3% – вторичное, бесплодие от 1 до 2 лет – 28,6%, 3-4 года – 28,6%, более 5 лет – 42,9% женщин. Во II группе бесплодие было отмечено у 50% исследуемых, из них в 38,1% – первичное, в 11,9% – вторичное, бесплодие от 1 до 2 лет – 30,9%, 3-4 года – 7,1%, более 5 лет – 11,9% пациенток.

В I группе масса тела исследуемых до лечения составила 59,9±13,2 кг, после лечения – 59,2±13,4 кг (ниже на 0,7 кг по сравнению с исходным), ИМТ до лечения – 22,1±4,3, после терапии – 21,9±4,3 (ниже на 0,2 по сравнению с исходным), ОТ/ОБ до лечения – 0,8±0,1, после терапии – 0,8±0,2 (ниже на 0,1 по сравнению с исходным), что достоверно не отличается от исходных параметров ($p>0,05$). Во II группе масса тела пациенток до терапии составила 59,4±6,1 кг, после лечения – 60,0±6,1 кг (выше на 0,6 кг по сравнению с исходным), ИМТ до терапии – 22,1±1,8, после лечения – 22,4±1,9 (выше на 0,3 по сравнению с исходным), ОТ/ОБ до терапии – 0,7±0,1, после лечения осталось прежним, что достоверно не отличается от исходных параметров ($p>0,05$).

Менструальный цикл в I группе во время и после лечения сократился от 26,8% до 38,3% ($p<0,001$), во II группе цикл во время лечения у всех пациенток был регулярным, что свойственно всем КОК, а после лечения 57,1% женщины отметили НМЦ как было до лечения (неэффективность), в 42,9% случаях менструальный цикл сократился от 7,3% до 15,4%, что достоверно не отличается от исходного ($p>0,05$). В I группе до лечения гирсутизм число более 12 баллов по шкале Ферримана-Голлвея наблюдалось у 100% исследуемых, наличие акне у 80,7%, после терапии гирсутизм число – 11,4±2,5 ($p<0,001$), более 12 баллов – у 19,4% пациенток, наличие акне у 12,9% женщин, что достоверно. Во II группе до лечения гирсутизм число более 12 баллов наблюдалось у 85,7% исследуемых, наличие акне у 81,0%, после терапии гирсутизм число более 12 баллов – у 4,8% пациенток, наличие акне зафиксировано было только у 2,4% женщины, что достоверно. Таким образом, в I группе в процессе лечения достоверно гирсутизм снизился на 29,2%, во II группе – 31,8%, акне соответственно на 84,0% и 97,1% (табл. 1).

Таблица 1

Влияние Финастерид и комбинированных оральных контрацептивов с дроспиреноном на гирсутизм и менструальный цикл у пациенток с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений

Показатель	Первая основная группа (n=31)		Вторая основная группа (n=42)		Норма
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Менструальный цикл, дни	40,5±12,7** до 81,1±68,7*	29,7±5,6** до 50,1±32,8*	42,0±11,4 до 99,5±71,9	38,9±9,3 до 84,1±63,2	28-35
Гирсутизм, балл	16,0±3,6**	11,4±2,5**	15,6±2,9**	10,7±1,0**	

Примечание. * – ($p<0,05$) – коэффициент достоверности различий в группе после лечения; ** – ($p<0,001$) – коэффициент достоверности различий в группе после лечения.

При оценке репродуктивной функции в первой группе во время лечения наступило две беременности, которые в настоящее время прогрессируют и не отличаются от среднестатистических. Во второй группе на ребаунд-эффекте наступило 8 беременностей.

В I группе было отмечено у 48,4% пациенток незначительные побочные эффекты, не требующие отмену препарата в виде: в 16,1% случаев усиление акне ко 2-3 месяцу лечения, к концу лечения они исчезли полностью, 9,7% – кандидозный кольпит, 6,5% – функциональные кисты в яичниках в начале лечения, проходящие с нормализацией менструального цикла к концу лечения, 3,2% – уменьшение белей, 3,2% – усиление белей, 3,2% – скудные месячные, 3,2% – меноррагия, 3,2% – крапивница в

начале лечения, быстро проходящая. Во II группе было зафиксировано у 64,3% женщин незначительные побочные эффекты, не требующие отмену препарата в виде: в 21,4% случаев кандидозный кольпит, 11,9% – незначительное повышение массы тела, 11,9% – масталгия, 11,9% – мажущие выделения, 2,4% – головокружение и слабость, 2,4% – тянущие боли внизу живота, 2,4% – уменьшение белей.

Выводы.

1. Финастерид и комбинированные оральные контрацептивы с дроспиреноном оказывают выраженное разнонаправленное лечебное действие на пациенток с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений.

2. При лечении Финастеридом было зафиксировано меньше нежелательных явлений, чем при терапии комбинированных оральных контрацептивов с дроспиреноном.

Литература

1. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии /ред. Е.М. Вихляевой.– М.: Мед. информ. Агентство, 2002.– 768 с.
2. Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия / Грищенко В.И. [и др.]// Медицинские аспекты здоровья женщины.– 2010.– №1.– С. 5–13.
3. Гусейнова, Н.Ф. Алгоритм ведения пациенток с синдромом поликистозных яичников в сочетании с различными заболеваниями щитовидной железы / Гусейнова Н.Ф., Курбанова Д.Ф., Маммедгасанов Р. М. // Акушерство и гинекология.– 2009.– №3.– С. 71–72.
4. Дедов, И.И. Синдром поликистозных яичников: руководство / Дедов И.И., Мельниченко Г.А.– М.: Медицина, 2008.– 361 с.
5. Дедов, И.И. Синдром поликистозных яичников: практические рекомендации для врачей / Дедов И.И., Андреева Е.Н., Карпова Е.А.– М., 2009.– 51 с.
6. Синдром поликистозных яичников / Манухин И.Б.[и др.]// Акушерство и гинекология.– 2007.– №5.– С. 62–66.
7. Консервативная терапия (стимуляция овуляции) синдрома поликистозных яичников / Шереметьева Е.В. [и др.]// Лечащий врач.– 2010.– №4.– С.60–67.
8. Шилин, Д.Е. Синдром поликистозных яичников / Д.Е. Шилин// Consilium-Medicum.– 2007.– Т.9.– №9.– С. 683–688.
9. Azziz, R. High Level of androgens in a main feature of polycystic ovary syndrome // Fertil Steril.– 2003.– Vol. 80.– P. 323.
10. Laboureaux-Soares Barbosa, S., Rodien P., Rohmer, V. Polycystic ovary syndrome: treatment with insulin-sensitizing agents // Ann Endocrinol (Paris).– 2002.– Feb.– Vol. 63.– P. 31–35.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF INFLUENCE OF THE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES WITH DROSPIRENONE ON FINASTERID ON CLINICAL CURRENT HYPERANDROGENISM OF SYNDROME POLYCYSTIC OVARY AT PATIENTS WITHOUT METABOLIC INFRINGEMENTS

N.N. ZAKHAROVA, S.A. DVORYANSKY

Kirov State Medical Academy

At using Finasterid by women with a polycystic ovary syndrome without metabolic infringements the menstrual cycle authentically became more regular, 2 pregnancies occurred after treatment, and at using combined oral contraceptives with drosiprenon - more intensive acne suppression was noted and 8 pregnancies in, has come 8 pregnancies at rebound effects.

Key words: polycystic ovary syndrome, metabolic infringements, combined oral contraceptives with drosiprenon, Finasterid, menstrual cycle infringement, hirsutism, barrenness.

УДК 616-002.3-08:615.454.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ФОРМ АНТИСЕПТИКОВ И ПОЛИКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ НА ОСНОВЕ ЭНТЕРОСТЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

А.Ю. ГРИГОРЬЯН, А.И. БЕЖИН, Т.А. ПАНКРУШЕВА, А.В. ИВАНОВ, Л.В. ЖИЛЯЕВА, Е.В. КОБЗАРЕВА

В статье представлены результаты лечения экспериментальных ран

* Курский государственный медицинский университет, 305041, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3. Тел. +7(4712)58-81-32