

Современные аспекты репродуктивного здоровья женщины: данные международных исследований

В г. Киеве 26–28 сентября прошла научно-практическая конференция с международным участием «Безопасное материнство: на пути реформ и инноваций». Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения Украины, Национальная академия медицинских наук Украины, Национальный проект «Новая жизнь: новое качество охраны материнства и детства», а также Ассоциация акушеров-гинекологов Украины. В рамках этого мероприятия был проведен симпозиум, посвященный последним европейским, украинским и российским тенденциям в ведении женщин с угрозой прерывания беременности на ранних и поздних сроках, а также подходам к тактике и терапии масталгии и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ). В форуме приняли участие ведущие специалисты Украины и России.

Открыл симпозиум член-корреспондент НАМН Украины, главный акушер-гинеколог МЗ Украины, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Вячеслав Владимирович Каминский. Во вступительном слове профессор В.В. Каминский особое значение придал актуальности проблемы преждевременных родов (ПР) в нашей стране, модератором дискуссии выступил руководитель отдела патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Исаакович Медведь.

Член-корреспондент НАН и НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Григорьевич Резников, выступив с докладом «Влияние пренатальных эндокринных факторов на репродуктивную функцию женщины и состояние плода», остановился на вопросах безопасности применения лекарственных средств во время беременности.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины Татьяна Феофановна Татарчук представила доклад «Масталгия. Тактика лечения с позиции гинеколога-эндокринолога».

О современных подходах к ведению ПР и терапии короткой шейки матки как предиктора ПР рассказал заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Валентин Александрович Потапов.

Главный научный сотрудник акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук Юлия Владимировна Давыдова представила доклад «Стратификация рисков преждевременных родов: от теории к практике».

Кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Эндокринологического научного центра РАМН Ирена Адольфовна Иловайская рассказала о подходах к диагностике и лечению СПКЯ.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов Ольга Анатольевна Пустотина подняла в своей презентации вопрос: «Есть ли альтернатива б-адреномиметикам?» и представила все аргументы, опираясь на данные международных обзоров и собственных исследований, представила альтернативные б-адреномиметикам препараты для лечения ПР.

– Каждый десятый ребенок в мире рождается преждевременно. Недоношенный ребенок – это 70% случаев ранней неонатальной смертности и 50% случаев ранней неонатальной заболеваемости. Для лечения ПР в нашей стране традиционно используют б-адреномиметики. И до последнего времени это были практически единственные токолитики, рекомендуемые в отечественных руководствах. На сегодняшний день они действительно являются самыми эффективными для лечения угрожающих преждевременных родов. Однако огромное количество серьезных побочных эффектов этого препарата, которые проявляются не только

у матери, но и у плода и новорожденного, вызывает серьезную обеспокоенность врачей.

Поэтому мировое медицинское сообщество рекомендует значительно сократить применение б-адреномиметиков у беременных по причине выраженности побочных эффектов и использовать их только при начавшихся ПР с целью краткосрочной пролонгации беременности, за время которой женщине проводится профилактика респираторного дистресс-синдрома и при необходимости транспортировка в специализированное учреждение.

Есть ли альтернатива этим препаратам и можно ли снизить частоту ПР, так как лечение – это лишь незначительная пролонгация беременности и не всегда, к сожалению, успешна. На сегодняшний день альтернатива б-адреномиметикам представлена следующими препаратами: блокатор кальциевых каналов нифедипин, ингибитор синтеза простагландинов индометацин, сульфат магния, антагонист рецепторов окситоцина атосибан и прогестерон.

Нифедипин – по эффективности токолитического действия не уступает б-адреномиметикам, отличаясь минимальными побочными действиями для матери и плода. Препарат является токолитиком первой линии во многих зарубежных клиниках.

Индометацин – также не уступает по эффективности б-адреномиметикам, однако оказывает известное побочное действие (преждевременное закрытие артериального протока), чревато как для матери, так и для плода.



Рис. 1. Исследование по клинической оценке течения и исхода беременности

Сульфат магния – уступает по эффективности б-адреномиметикам, атосибан – по эффективности также уступает б-адреномиметикам.

Прогестерон – у этого препарата немало сторонников, но и достаточно много противников, которых в последнее время становится все меньше, особенно после того, как было доказано влияние прогестерониндуцируемого/блокирующего фактора (ПИБФ) на выработку провоспалительных цитокинов, играющих роль пускового механизма в развитии угрозы прерывания беременности, а также благодаря растущей доказательной базе о его эффективности на поздних сроках гестации (рис. 1).

Наша клиника имеет 11-летний опыт лечения ПР прогестероном и изучения его влияния на поздних сроках беременности. Мы были пионерами в нашей стране, в 2001 году положив начало исследованию влияния прогестерона на поздних сроках беременности. Была проведена клиническая оценка течения и исхода беременности у 220 женщин, накануне родоразрешения у них определяли концентрацию прогестерона в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) и после родов проводили морфологическое исследование последа (рис. 1).

Исследование проводили в три этапа. В основную группу включали беременных с отягощенным соматическим и акушер-

ско-гинекологическим анамнезом (эндокринными нарушениями, инфекционно-воспалительными заболеваниями половых органов, привычным невынашиванием, после стимуляции овуляции/ВРТ, с рубцом на матке).

У 32 женщин из основной группы беременность протекала без осложнений. У 138 пациенток этой же группы диагностированы гистологические признаки плацентарной недостаточности (у 20 из них отмечалась задержка роста плода); у 125 – угроза прерывания беременности, у 95 – сочетанная патология. Несмотря на то что сывороточная концентрация прогестерона считается недостоверным показателем для оценки течения беременности из-за несоответствия уровня прогестерона в крови и концентрации этого гормона в тканях, все же было показано, что у женщин с отягощенным акушерским анамнезом концентрация сывороточного прогестерона снижена, причем у 60% женщин его значения не превышали 1100 нмоль/л.

Отмечалась также прямая корреляция между морфологическими изменениями в плаценте и концентрацией гормона в сыворотке.

Как известно, основы для дальнейшего течения беременности закладываются в I триместре. Нарушение развития и имплантации плодного яйца приводит к угрозе прерывания бере-



Рис. 2. Угроза прерывания беременности

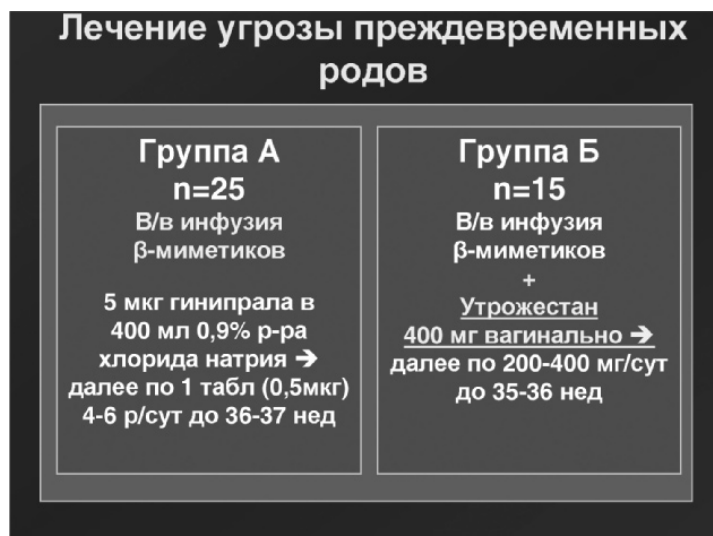


Рис. 3. Лечение угрозы преждевременных родов

менности, плацентарной недостаточности и возникновения гестоза, что также подтверждается данными нашего исследования. Из 115 женщин, у которых I триместр беременности протекал с угрозой выкидыша, подтвержденной данными УЗИ (гипертонус матки, ретрохориальная гематома, в ряде случаев – кровяные выделения из половых путей), в 62% случаев она сохранилась и на поздних сроках, в 78% выявлены гистологические признаки плацентарной недостаточности и почти у половины – гестоз различной степени тяжести.

На II этапе исследования были отобраны 75 женщин с диагностированной угрозой прерывания беременности в I триместре.

Беременные были разделены на три группы в зависимости от получаемой терапии: I группа (15 пациенток) получала комплексную сохраняющую терапию без препаратов прогестерона, II группа (45) – комплексную терапию и микронизированный прогестерон (Утрожестан) в дозе 200–400 мг и III группа (15) – комплексную терапию и микронизированный прогестерон (Утрожестан) в дозе 200–300 мг продолжительностью до 35–36 нед беременности (рис. 2).

В I группе (без прогестерона) угроза прерывания беременности и ПР в дальнейшем наблюдалась у 87% женщин. У 100%

отмечались признаки плацентарной недостаточности, сопровождающиеся задержкой развития плода у трети беременных. Практически у всех женщин пришлось прибегнуть к инфузии β-адреномиметиков.

Таким образом, угроза прерывания беременности в I триместре значительно ухудшает течение беременности и прогноз для новорожденного. Включение препаратов прогестерона в состав комплексной терапии угрозы прерывания беременности привело к значительному улучшению ее дальнейшего течения. При применении прогестерона до 16 нед беременности (2-я группа) в 1,5 раза снизилась частота угрозы прерывания беременности во второй половине и в 2 раза – необходимость назначения β-адреномиметиков. Длительное применение прогестерона (3-я группа) позволило в 2,6 раза снизить частоту угрозы прерывания на поздних сроках беременности и в 11 раз снизить частоту использования β-адреномиметиков.

Еще в 1974 году в британском медицинском журнале была опубликована статья о достоверном снижении сывороточной концентрации прогестерона у беременных с ПР.

Поэтому задачей третьего этапа нашего исследования было изучить влияние прогестерона в III триместре беременности. Для этого было отобрано 58 беременных, которых разделили на



Рис. 4. Мета-анализ данных 5 рандомизированных исследований



Рис. 5. Влияние вагинального прогестерона на показатель преждевременных родов

две группы – группу контроля и основную. В группу контроля вошли 18 женщин без угрозы прерывания беременности в сроках 28–33 нед. В основную группу вошли 40 пациенток, поступивших на стационарное лечение с угрозой ПР в сроках гестации 28–33 нед.

Все беременные, поступившие с клиникой угрозы ПР, были разделены на две подгруппы (рис. 3).

Первой подгруппе (25 пациенток) назначался b-адреномиметик гексопреналин по схеме (внутривенно и перорально), второй подгруппе – гексопреналин внутривенно и микронизированный прогестерон перорально и вагинально в суммарной дозе 400 мг до 35–36 нед беременности. Беременным первой подгруппы в результате проведенного лечения в 25% случаев потребовалась повторная инфузия гексопреналина на следующий день лечения, а при приеме таблетированных форм b-адреномиметика угроза прерывания возобновилась и через 2–3 нед им повторно назначались инъекции b-адреномиметиков.

У беременных, получавших с b-адреномиметиками Утрожестан, положительный эффект был достигнут в 93% случаев и только одной беременной потребовалась повторная инфузия на следующий день.

Таким образом, применение Утрожестана для лечения угрозы ПР в сочетании с внутривенным введением b-адреномиметиков приводит к более быстрому и длительному достижению токолитического эффекта, в 5,7 раза снижая необходимость их повторных инфузий, уменьшая опасность развития сердечно-сосудистых осложнений у матери и плода и сроки пребывания на стационарном лечении.

Назначение поддерживающих доз прогестерона (Утрожестан 200–300 мг/сут) способствует дальнейшему благоприятному течению беременности без терапии b-адреномиметиками.

Представленное исследование не являлось многоцентровым, поэтому особый интерес вызывает проведенный R. Romero (2012) мета-анализ пяти рандомизированных исследований, в котором изучали результаты вагинального применения прогестерона у женщин с бессимптомным ультразвуковым укорочением шейки матки во II триместре беременности на уменьшение ПР и неонатальной заболеваемости у 1146 женщин (с укорочением шейки матки <25 мм). Пациентки основной группы (388) получали микронизированный прогестерон вагинально. Группа контроля получала плацебо. Результаты исследования показали значительное снижение частоты ПР (от 31 до 50% в зависимости от срока гестации (рис. 4–7). Кроме того, в основной группе отмечалось уменьшение госпитализации в отделении реанимации новорожденных на 25%, случаев респираторного дист-

ресс-синдрома – на 52%, ИВЛ – на 32%, плодов с массой тела <1500 г – на 45%.

На сегодня в Российской Федерации в связи с переходом с 01.01.2012 г. на критерии рождения, рекомендованные ВОЗ, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, издан приказ № 1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» и методическое письмо «Преждевременные роды».

Согласно этим документам, основанным на данных мировой литературы, назначение производных прогестерона эффективно у женщин группы высокого риска ПР (прежде всего, среди женщин, в анамнезе которых имеются ПР), что снижает риск повторных ПР на 35% (доказательный уровень самой высокой степени AI).

Доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской медицинской педиатрической академии Наталья Игоревна Тапильская рассказала о российских и европейских стандартах профилактики ПР.

– Все мы понимаем, что выхаживание недоношенного ребенка является крайне обременительным для бюджета любого уровня. В Российской Федерации ежегодно 16 тыс. детей рождаются глубоко недоношенными. На выхаживание и реабилитацию одного такого ребенка расходуется около 500 тыс. рублей. Кроме того, дополнительных расходов требует проведение пренатальной подготовки беременных, имевших в анамнезе ПР – основной фактор риска, влияющий на возможность наступления последующих ПР. В связи с этим МЗ России на основе уже существующих клинических протоколов, а также новой доказательной базы издало приказ, регулирующий медикаментозную терапию ПР, определяющий факторы развития ПР и алгоритм определения риска ПР.

Согласно этому приказу первичное определение риска ПР следует проводить по клиническим данным. Ультразвуковое определение длины шейки матки и определение фибронектина плода позволяют прогнозировать ПР при отсутствии родовой деятельности. Особое внимание акцентируется на использовании тест-полоски фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста в цервикальном секрете (Actim Partus), которая позволяет прогнозировать ПР за 7–10 дней до их начала. Все беременные, имеющие положительные результаты теста Actim Partus, должны быть госпитализированы в перинатальные центры.

Составителями приказа были учтены результаты многочисленных исследований, посвященных вопросам безопасности и

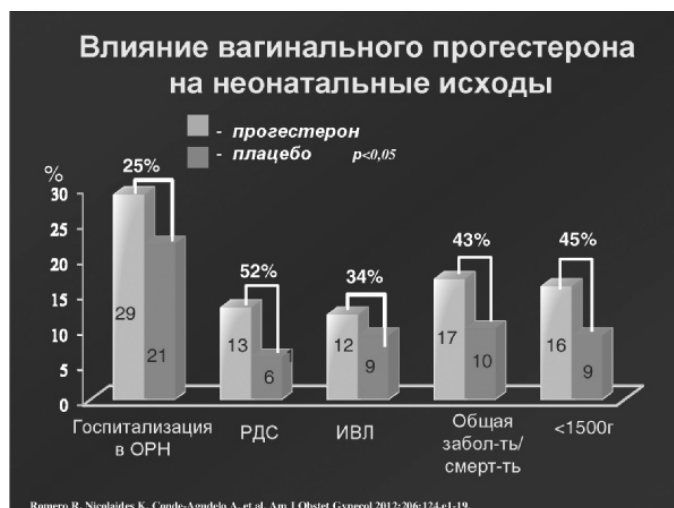


Рис. 6. Влияние вагинального прогестерона на неонатальные исходы

эффективности лечения ПР.

Основу доказательной базы составляет Кокрановский мета-анализ, в котором изучали эффективность медикаментозной терапии угрозы ПР. Согласно его данным (Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered in risk of preterm birth, 2009, J.M. Dodd) в группе беременных, принимавших прогестерон, отмечалось:

- достоверное снижение частоты ПР у женщин с ПР в анамнезе и истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН);
- достоверное снижение перинатальной и неонатальной смертности с ПР;
- достоверное снижение риска развития детского церебрального паралича (ДЦП) и аномалий слуха у новорожденных, что объясняется его нейропротекторным эффектом;
- снижение частоты рождения детей с низкой массой тела от пациенток, леченных прогестероном;
- снижение частоты общих нарушений и психомоторного развития у детей;
- результаты первых исследований свидетельствуют об уменьшении количества случаев кровоизлияний в желудочки мозга, являющихся основой развития ДЦП;
- применение микронизированного прогестерона в сроке 24–34 нед гестации у пациенток с риском ПР снижает вероятность их наступления в 9 раз;
- снижение частоты развития респираторного дистресс-синдрома у детей, родившихся от пациенток с диагнозом ИЦН.

Эти результаты в полной мере подтверждают токолитическое действие прогестерона, которое обусловлено блокированием F2a и а-адренергической стимуляцией, усилением б-адренергических влияний, снижением концентрации рецепторов окситоцина, снижением синтеза простагландина F2a, подавлением синтеза ИЛ-8 эпителиальными клетками нижних отделов половых путей.

R. Ergu и соавторы (1986), G. Noblet и соавторы (1991), da Fonseca и соавторы (2007) изучали вопросы безопасности прогестерона. Результаты их исследований дают основания утверждать, что микронизированный прогестерон не обладает токсическим и тератогенным действием и безопасен для плода.

В то же время данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что применение б-адреномиметиков не уменьшает количество родов в течение 7 дней и не снижает перинатальную смертность. Восемь других исследований не продемонстрировали влияние б-адреномиметиков на частоту развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Неэффективны

ми в лечении ПР также оказались сульфат магния, блокаторы рецепторов окситоцина, нифедипин и наложение швов на шейку матки. Мета-анализ шести исследований (1695 пациенток) показал, что применение блокаторов окситоциновых рецепторов не снижает частоту ПР и не улучшает неонатальные исходы.

Благодаря многочисленным исследованиям, проведенным в мире, выяснилось, что прогестерон обладает эффектами, которые необходимы для физиологической поддержки беременности, а именно:

- противотревожный;
- ингибирование синтеза провоспалительных цитокинов.

В нашей клинике проведено открытое проспективное исследование среди беременных с выраженной реакцией на хронический стресс, который, как известно, является одним из ведущих факторов риска угрозы прерывания беременности как на ранних, так и на поздних сроках.

Данные нашего исследования дают основание говорить о положительном влиянии микронизированного прогестерона (Утрожестана) на сохранение беременности у женщин с угрозой аборта, спровоцированной хроническим стрессом. В заключение следует напомнить о важных принципах назначения прогестерона в акушерско-гинекологической практике.

- Недопустимость полипрагазии. По данным литературы и согласно мнению известных экспертов (В.Е. Радзинский), назначение нескольких прогестеронов или их комбинации с синтетическими гестагенами недопустимо и не оправдано.
- Соблюдение принципов преемственности между стационаром, врачом-репродуктологом и женской консультацией. Выписка из стационара не должна сопровождаться прерыванием терапии Утрожестаном, так как это часто приводит к повторной госпитализации с симптомами угрожающего аборта или ПР. Поэтому пациенткам группы риска по угрожающим ПР (особенно пациенткам, у которых наступила беременность с помощью программ ВРТ) Утрожестан в дозе 200 мг 2 раза в сутки должен быть рекомендован в непрерывном режиме до 34–36 нед беременности. Пациенткам с диагнозом ИЦН Утрожестан должен быть рекомендован в непрерывном режиме несмотря на наложение шва на шейку матки или ношение разгрузочного pessaria.

На сегодняшний день в Москве рабочей группой под руководством В.Е. Радзинского создаются новые протоколы по профилактике ПР, согласно которым рекомендуется интравагинальное введение микронизированного прогестерона до 34–36 нед.



Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины Татьяна Феофановна Татарчук представила взгляд гинеколога-эндокринолога на проблему масталгии.

– По данным литературы, у женщин после 40 лет в 60% случаев и в возрасте до 30 лет в 25% случаев отмечается та или иная патология грудной железы.

В связи с отсутствием мастодинии и масталгии в перечне заболеваний статистические данные требуют коррекции большинства классификаций. Это приводит к определенной сложности в оценке распространенности данного состояния. Однако несмотря на возможные различия в оценке, с точки зрения клинициста масталгия является весьма распространенной.

Согласно классификации масталгия относится к дисгормональным доброкачественным заболеваниям грудных желез (ДЗГЖ). Выделяют циклическую – обусловленную гормональными нарушениями, и нециклическую масталгию – обусловленную воспалительным процессом.

Нециклическая масталгия редко связана с раком грудной железы (РГЖ). Результаты большого обсервационного исследования (Rosenfeld, 2009), в котором приняли участие 6,5 тыс. женщин с масталгией, показали, что у 85% пациенток наблюдались нормальные результаты маммографии, у 9% – незначительные изменения и лишь у 1,2% были выявлены подозрения на малигнизацию. При этом важно помнить, что нециклическая боль даже в одной грудной железе требует проведения УЗИ или маммографии и консультации маммолога.

Циклическая масталгия, как правило, является билатеральной и гормонзависимой. Она связана с менструальным циклом, сочетается с ДЗГЖ, может быть проявлением злокачественной опухоли грудной железы. Применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) может увеличивать болевые ощущения. Согласно последним данным, если заместительная гормональная терапия или

прием КОК сопровождается масталгией, то у этих женщин выше риск РГЖ, особенно в постменопаузе. Таким образом, масталгия, которая служит предиктором опухолевого процесса в грудной железе, требует соответствующего лечения.

Наличие объемных образований в сочетании с масталгией требует проведения маммографии, УЗИ грудных желез и тонкоигольной аспирационной биопсии. По результатам обследования выделяют непролиферативные, пролиферативные без атипии и атипические гиперплазии. Относительный риск развития РГЖ увеличивается в 1,5-2 раза и в 5 раз при пролиферативных без атипии и атипических гиперплазиях соответственно.

Грудная железа – гормоночувствительный и гормоноактивный орган, имеющий свою ароматазную систему (рис. 7). Эта система, с одной стороны, инактивирует эстрогены, поступающие в сыворотку крови, с другой – принимает участие в ароматизации ДГЭА-С, ДГЭА, что особенно важно при наличии надпочечниковой андрогении у женщин в постменопаузе, так как служит фактором риска РГЖ. Именно поэтому стрессорная гиперандрогения является одним из ведущих факторов риска РГЖ у женщин в постменопаузе. Гормональная регуляция грудной железы представляет собой сложный физиологический процесс, в развитии которого принимают участие ТЗ, Т4, эстрогены, прогестерон, пролактин, инсулиноподобный фактор роста, кортизол, гормон роста.

Один из ключевых гормонов, влияющих на состояние грудной железы, – прогестерон.

Прогестерон, применяемый при ДЗГЖ, снижает активность эстрогенных рецепторов на ядерной мембране, увеличивает продукцию эстрадиолконвертирующих энзимов, приводит к модуляции апоптоза клеток грудной железы за счет стимуляции С53-супрессора опухоли, модулированию митохондриальных протоонкогенов, угнетению пролиферации ткани грудных желез. Перечисленные свойства прогестерона определяют целесообразность его применения у женщин репродуктивного возраста.

Среди гестагенных препаратов, применяемых для лечения масталгии, эффективным и безопасным является гель прогестерона – Прожестожель. Это препарат местного применения, который хорошо переносится пациентками, не вызывает фобий, оказывает стойкое анальгезирующее действие, не обладает системным влиянием на организм. Кроме того, Прожестожель создает эффективную концентрацию прогестерона непосредственно в тканях грудной железы, уменьшает митотическую активность ее клеток.

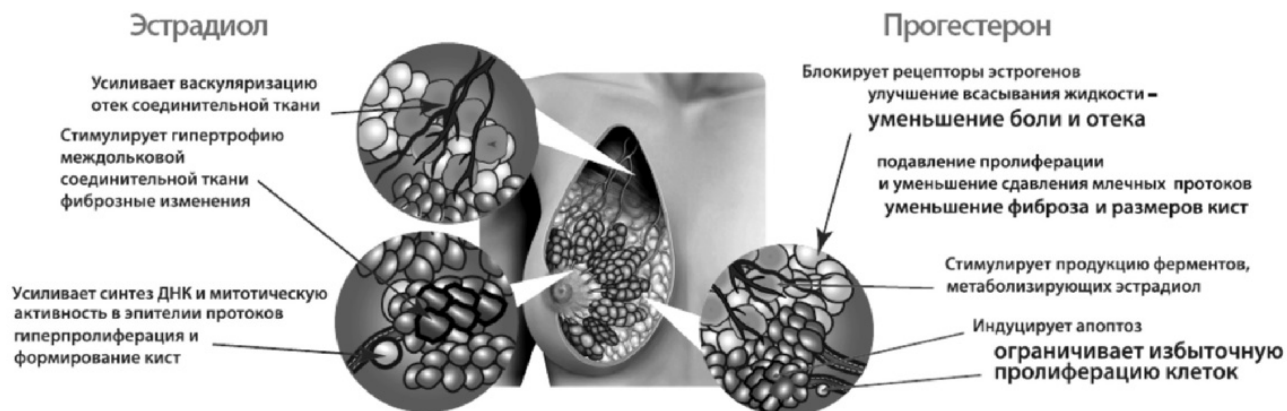


Рис. 7. Влияние эстрадиола и прогестерона на функцию грудной железы

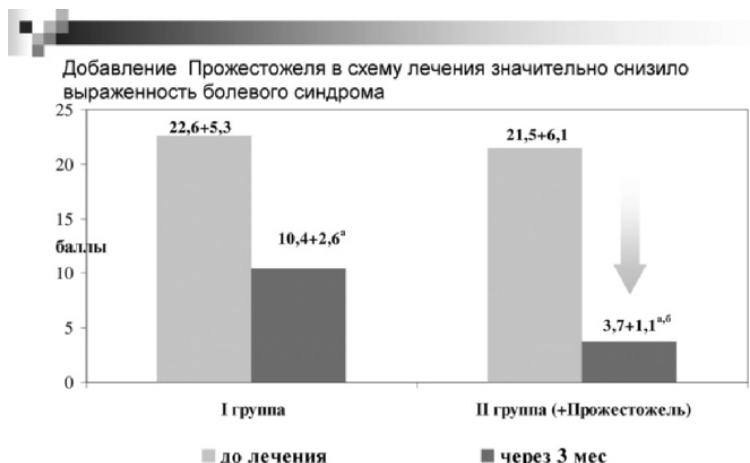


Рис. 8. Динамика среднего рангового индекса боли согласно Мак-Гилловского опросника при применении Прожестожеля

Эффективность применения Прожестожеля при циклической мастодинии, клинически проявляющейся в прогестероновую фазу менструального цикла, обусловлена:

- уменьшением отека за счет прямого и опосредованного антиэстрогенного действия на грудную железу (препятствует повышению проницаемости капилляров и уменьшает интенсивность циклического отека соединительнотканной стромы);
- снижением активности ноцицептивной системы, повышая порог болевой чувствительности на уровне ЦНС, улучшая качество жизни;
- снижением чувствительности тканей к простагландинам, уменьшая болевые ощущения.

Из этого следует, что у женщин репродуктивного возраста гестагены оказывают позитивный эффект на функцию грудной железы.

В нашей клинике проведено исследование, в котором сравнивалась эффективность лечения фитопрепаратом (I группа) и фитопрепаратом с Прожестожелем (II группа) у женщин, страдающих масталгией.

По результатам проведенного исследования, регрессивная динамика среднего рангового индекса боли согласно Мак-Гилловскому опроснику через 3 мес после лечения была в 2,8 раза выше в группе, получавшей дополнительно Прожестожель (рис. 8). Согласно данным ВАШ: отмечалось 6-кратное снижение выраженности болевого синдрома через 3 мес терапии по сравнению с состоянием до лечения. Кроме того, влияние Прожестожеля на ноцицептивную систему способствовало уменьшению клинических проявлений предменструального синдрома у женщин позднего репродуктивного возраста.

Таким образом, врачебная тактика при циклической масталгии заключается в отказе от курения, коррекции питания, применении прогестерона (Прожестожель) в виде местной терапии, агонистов ГнРГ, антиэстрогенов, дофаминергических препаратов, консультации маммолога.

При ациклической мастодинии рекомендуется отказ от курения, коррекция питания, применение нестероидных противовоспалительных препаратов, консультация маммолога.

Отдельный вопрос, который требует более детального обсуждения: масталгия на фоне применения гормональной

контрацепции (ГК). До 40% женщин в первые 2–3 мес страдают масталгией на фоне применения КОК, что может привести к дальнейшему отказу от терапии и неблагоприятным последствиям в виде нежелательной беременности и необходимости менять лечебную тактику.

Задача врача – назначить в адаптационный период терапию, облегчающую это состояние, и предоставить возможность продолжить применение оральных контрацептивов.

Накожные аппликации Прожестожеля позволяют повысить концентрации прогестерона непосредственно в тканях грудной железы. Воздействуя на эпителий и сосудистую сеть, Прожестожель препятствует повышению проницаемости капилляров и уменьшает интенсивность циклического отека соединительнотканной стромы грудных желез, не влияя при этом на уровень прогестерона в плазме крови. Лечебный эффект достигается непосредственно в органе-мишени. Быстрое купирование болевого синдрома повышает качество жизни женщин и способствует продолжению приема ГК.

Следовательно, Прожестожель является эффективным средством для уменьшения и предотвращения симптомов нагрубания и болезненности грудных желез при приеме ГК, ПМС. При назначении ГК следует рекомендовать, первые 2–3 мес приема одновременно использовать трансдермальный гель Прожестожель на область грудных желез. Эта терапия показана для уменьшения побочных эффектов на ткань грудной железы и предотвращения прекращения приема ГК пациенткой. Преимуществом данного препарата является то, что его можно назначать как самостоятельно с целью лечения мастопатии, так и в сочетании с другими методами терапии, направленными на коррекцию различных гинекологических заболеваний.

По-прежнему обсуждаются риск РГЖ и его связь с приемом КОК.

Согласно последним данным применение КОК не ассоциируется с повышением риска РГЖ.

Наличие мастодинии не должно быть причиной отказа от КОК, на сегодняшний день эту проблему можно решить.

По материалам газеты «Здоровья Украины» (часть 1)