

# Оптимізація контрацепції у жінок з вегетосудинною дистонією

Д.С. Ледін

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що введення внутрішньоматкового контрацептива жінкам з вегетосудинною дистонією є менш ефективним, ніж гормональна контрацепція. Крім того, порушення ендокринологічного та мікробіологічного статусу, що виникають в поєднанні з переважанням парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, є клінічно несприятливими, що диктує необхідність пошуку нових рішень поставленого наукового завдання. Як було відзначено, більш оптимальним варіантом контрацепції для жінок з вегетосудинною дистонією є гормональна в поєднанні з медикаментозною підтримкою.

**Ключові слова:** контрацепція, вегетосудинна дистонія, оптимізація.

Проблеми планування сім'ї, регуляції дітонародження тісно пов'язані з питаннями контрацепції [1, 2]. В Україні, так само, як і в інших розвинених країнах, найчастіше використовують гормональний і бар'єрний методи профілактики небажаної вагітності. У той самий час вплив цих способів контрацепції на стан центральної і периферійної гемодинаміки вивчено недостатньо, а наявні публікації носять суперечливий характер. Так, з одного боку, статеві стероїди пропонують для поліпшення мікроциркуляції, а з іншого, – гормональні контрацептиви зумовлюють контамінацію піхви різними мікроорганізмами, внаслідок чого суттєво змінюється стан системного і місцевого імунітету.

Проблема екстрагенітальної патології у жінок репродуктивного віку в даний час є однією з найбільш актуальних в сучасній репродуктології, а частота її коливається в межах 40–60% [3, 4]. У структурі соматичної захворюваності одне з головних місць посідає вегетосудинна дистонія (ВСД), рівень якої зростає з року в рік, а ефективність пропонованих лікувально-профілактичних методик залишається недостатньо високою.

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми контрацепції за останні роки, питання профілактики небажаної вагітності у жінок з ВСД практично не вивчено, хоча їх необхідність не викликає сумнівів.

**Мета дослідження:** знизити частоту непланованої вагітності і побічних ефектів різних методів контрацепції у жінок з ВСД на основі розроблення методики поєднаного використання гормональних контрацептивів і комплексних препаратів рослинного походження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було обстежено 50 соматично і гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку, які використовували для контрацепції механічні засоби – контрольна група.

Дві основні групи склали 100 жінок репродуктивного віку з ВСД, які використовували різні методи контрацепції: 1.1 група – 50 жінок з ВСД, які використовували внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) і 1.2 група – 50 жінок із ВСД, які використовували поєднання гормональної контрацепції і медикаментозної корекції. При підборі методів контрацепції пацієнтки мали право вибору після проведеної по-

передньої бесіди щодо позитивних і негативних моментів кожного варіанта контрацепції. Кожна пацієнтка давала особисту згоду на використання того чи іншого варіанта профілактики непланованої вагітності.

При розробленні методики контрацепції у жінок з ВСД брали до уваги необхідність забезпечення високого контрацептивного ефекту, усуваючи побічний вплив та сприяючи поліпшенню стану здоров'я жінок з ВСД шляхом комбінованого застосування орального контрацептиву (ОК) з підтримувальною медикаментозною корекцією.

Суть методики полягає в тому, що у жінок з ВСД визначали тип клінічного перебігу ВСД і надалі використовували такі схеми:

- гіпотонічний тип – гормональний контрацептив (ГК), що містить етинілестрадіолу 0,02 мг і гестодену 0,075 мг (Логест) в поєднанні з фітопрепаратом, що містить Гінкго білоба;
- кардіальний і гіпертонічний типи – ГК, що містить етинілестрадіолу 0,02 мг, дроспіренону 3 мг і левомефолату кальцію 0,451 мг (Джас плюс) в поєднанні з комплексним фітопрепаратом, що містить таурин 0,867 г, екстракт плодів глоду – 0,043 г і пустирника – 0,087 г (Кратал).

Методика полягала у використанні протягом 3 міс гормональної контрацепції в поєднанні з підтримувальною медикаментозною терапією, а потім використовували тільки ГК. У разі зміни клінічного перебігу основної соматичної патології (ВСД) до гормональної контрацепції додавали підтримувальну медикаментозну терапію.

Ми вважали за доцільне використання саме цих гормональних препаратів, оскільки вони мають виражений антимінералокортикоїдний та антиандрогенний ефект, що потрібно враховувати при ВСД.

Для підтримувальної медикаментозної терапії при гіпотонічному типі використовували препарат з Гінкго білоба, який нормалізує стан судинної системи, поліпшує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові. При кардіальному і гіпертонічному типах перевагу надавали комплексному фітопрепарату, який крім комплексної метаболічної дії надає і гіпотензивний ефект.

Отже, все викладене вище є достатньо переконливим обґрунтуванням диференційованого підходу до контрацепції у жінок з ВСД.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, функціональні (оцінка стану вегетативної нервової системи), ендокринологічні, мікробіологічні і статистичні.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз основних особливостей клінічної характеристики обстежених жінок виявляє, що пацієнтки основних груп (1.1 і 1.2) знаходились на диспансерному обліку у терапевта або кардіолога і на момент обстеження специфічної медикаментозної корекції в зв'язку з ВСД не потребували.

Середній вік пацієнток контрольної групи склав  $28,2 \pm 2,4$  року і достовірно не відрізнявся від цього значення в основних групах ( $29,5 \pm 2,3$  і  $30,1 \pm 2,5$  року;  $p > 0,05$ ).

Вивчення зросто-масових взаємовідношень свідчить також про відсутність достовірних відмінностей між контрольною і основними групами ( $p>0,05$ ). Дослідження частоти пульсу у пацієток з різними варіантами ВСД свідчать про його норму та підтверджують наявність ремісії основного захворювання. Середні показники артеріального тиску (АТ) свідчать про відсутність достовірних відмінностей як за діастолічним показником ( $p>0,05$ ), так і за систолічним ( $p>0,05$ ).

Особливий інтерес представляють дані про репродуктивну функцію обстежених жінок. При цьому, середня кількість вагітностей в контрольній групі склала  $3,2\pm0,3$ , а в основній була достовірною вище (1.1 група –  $4,8\pm0,2$ ;  $p<0,05$ , та 1.2 група –  $4,7\pm0,2$ ;  $p<0,05$ ). Аналізуючи такі відмінності, слід зазначити, що вони визначені не кількістю пологів ( $p>0,05$ ), а внаслідок більш високої кількості артифіційних (1.1 група – до  $2,8\pm0,2$ ;  $p<0,05$ , та 1.2 група –  $3,0\pm0,2$ ;  $p<0,05$ ) та мимовільних абортів (1.1 група – до  $0,8\pm0,01$ ;  $p<0,05$ , та 1.2 група – до  $0,6\pm0,01$ ;  $p<0,05$ ). Іншими словами, пацієнтки з ВСД частіше регулювали непланову вагітність шляхом артифіційних абортів, що є дуже небажаним моментом з урахуванням їхнього соматичного стану. При оцінюванні анамнезу попередніх вагітностей привертає увагу той факт, що в 50% випадків мали місце ранні гестози і преєклампсія; в 20,0% – передчасні пологи; в 16,0% – аномалії пологової діяльності і в 10,0% – післяпологові гнійно-запальні ускладнення. Одержані дані свідчать про низку серйозних відхилень репродуктивного анамнезу у жінок з ВСД.

Фонові гінекологічні патології суттєво впливають на конкретний варіант запропонованої методики контрацепції. Так, у жінок контрольної групи в поодиноких випадках мав місце синдром передменструального напруження (4,0%). Разом із цим, у пацієток основних груп до початку контрацепції визначали значний рівень різних варіантів гінекологічної захворюваності. Частота запальних захворювань репродуктивної системи не відрізнялась за основними групами (1.1 група – 20,0% і 1.2 – 22,0%). Аналогічна закономірність відзначена і при оцінюванні рівня порушень менструального циклу (1.1 група – 16,0% і 1.2 – 14,0% відповідно).

Безумовно, напередодні призначення розроблених нами методик контрацепції проводили корекцію та санацію патологічних змін шийки матки, порушень циклу та вогнищ інфекції. Тривалість різних варіантів підготовчого етапу була різною та носила індивідуальний характер.

Як було відзначено вище, жінки основних груп мають ВСД, причому з переважанням гіпертонічного варіанта (1.1 група – 48,0% і 1.2 – 52,0%) порівняно з гіпотонічним (1.1 група – 30,0% і 1.2 – 28,0%) та кардіальним (1.1 група – 22,0% і 1.2 – 20,0%). У той самий час, ми вважали за доцільне проаналізувати супутню соматичну захворюваність. У контрольній групі у поодиноких випадках діагностували міопію (2,0%). Порівняно з цим, в двох основних групах рівень супутньої екстрагенітальної патології був суттєво вищим. Порівнюючи між собою окремі показники у пацієток з ВСД можна виділити явне переважання хронічного тонзиліту (1.1 група – 10,0% і 1.2 група – 12,0%). Решта нозологічних форм мали місце в поодиноких випадках.

Одними з основних моментів у обстежених жінок з ВСД були переважання в анамнезі бар'єрних засобів контрацепції (1.1 група – 28,0% і 1.2 група – 30,0%); біологічного календаря (1.1 група – 22,0% та 1.2 група – 24,0%); ВМК (1.1 група – 6,0% та 1.2 група – 4,0%) та перерваного статевого акту (1.1 група – 14,0% та 1.2 група – 16,0%). ОК раніше пацієнтки основних груп взагалі не використовували. Порівняно з цим, серед жінок контрольної групи частіше всього застосовували ОК (24,0%); механічні бар'єрні засоби (20,0%) та ВМК (18,0%).

Отже, як свідчать результати проведеного аналізу клінічної характеристики обстежених жінок, профілактика

непланової вагітності є одним з найважливіших питань у жінок із ВСД. Поряд з цим, вирішення даного питання повинно відбуватись із урахуванням індивідуальних особливостей жіночого організму, а також наявності конкретного варіанта ВСД. Тому, на наш погляд, дуже важливі порівняльні аспекти різних методів контрацепції у пацієток основних груп.

Аналіз клінічного спостереження за 50 пацієнтками, які застосовували ГК, дозволив установити, що контрацептивний ефект склав 98% (1 випадок вагітності), а коефіцієнт Перля дорівнював 2,0.

Характеризуючи ефективність ГК необхідно відзначити, що частота побічних реакцій складала через 3 міс – 6,0%; через 6 міс – 8,0% а через 12 та 24 міс – 10,0%. Серед основних проявів негативних побічних ефектів можна виділити міжменструальні кров'янисті виділення (4,0%); нагрудання грудних залоз (4,0%) і істотне збільшення (до 4-5 кг) маси тіла (2,0%). Крім того, в поодиноких випадках мали місце нудота, головний біль і емоційна лабільність. Аналіз змін АТ показав, що достовірних розбіжностей з боку показників систолічного і діастолічного АТ не встановлено ( $p>0,05$ ).

У свою чергу, невисока частота побічних ефектів призвела до того, що протягом одного року тільки 4,0% (2 жінки) припинили використання даного препарату з різноманітних причин: збільшення маси тіла і за бажанням жінки та поєднання декількох варіантів негативних впливів (емоційна лабільність і нудота та інше). Серед позитивних моментів використання ГК можна відзначити зниження менструальної крововтрати, частоти дисменореї (із 10,0% до 2,0%;  $p<0,01$ ) та симптомів передменструального синдрому.

При подальшому динамічному спостереженні протягом 6 міс після припинення застосування ГК в 38,0% випадків настала бажана вагітність, що у 24,0% закінчилася своєчасними пологами, а в інших – прогресує в даний момент.

Отже, як свідчать отримані клінічні результати, використання ГК залежно від клінічного варіанта ВСД має високу ефективність (98,0% при коефіцієнті Перля 2,0), а також позитивно впливає на симптоматику дисменореї та передменструального синдрому.

З показників гормонального статусу, що досліджувались, ми провели оцінку з урахуванням фази менструального циклу динамічних змін вмісту Е, ПГ, Т, ФСГ і ЛГ. Характер виявлених змін рівнів основних статевих гормонів відповідав даним контрольної групи ( $p>0,05$ ), що свідчить про профілактичну спрямованість ГК в плані можливих гормональних змін у жінок з ВСД. При цьому визначена тенденція до зниження рівня ЛГ та ФСГ у другу фазу менструального циклу через 6 та 12 міс використання ГК, але без достовірних змін.

При оцінюванні впливу ГК в поєднанні з медикаментозною корекцією нами використано такий самий методологічний підхід, що і при попередніх дослідженнях.

До початку контрацепції між контрольною та 1.2 групами мали місце достовірні відмінності з боку всіх параметрів, що вивчаються.

Так, у першу чергу необхідно відзначити той факт, що в контрольній групі наявність самого дермографізму (червоного або білого) було відзначено в поодиноких випадках (4,0–6,0%). Порівняно із цим, в 1.2 групі у всіх пацієток діагностована наявність як червоного (54,0%), так і білого дермографізму (46,0%). При оцінюванні основних параметрів дермографізму відзначено достовірне зниження прихованого періоду реакції: червоний (контрольна група –  $9,4\pm0,4$  с і 1.2 –  $5,1\pm0,3$  с,  $p<0,05$ ) та білий дермографізм (контрольна група –  $9,2\pm0,3$  с і 1.2 –  $5,1\pm0,3$  с,  $p<0,05$ ) при одночасному збільшенні тривалості реакції: червоний (контрольна група –  $2,1\pm0,2$  хв і 1.2 –  $3,8\pm0,3$  хв,  $p<0,05$ ) і білий дермографізм (контрольна група –  $2,0\pm0,2$  хв і 1.2 –

3,3±0,3 хв,  $p<0,05$ ), а також зниження відношення латентних періодів білого дермографізму (контрольна група – 0,99 і 1,2 – 0,67). Отримані результати свідчать про переважання парасимпатикотонії та низький поріг збудження ВНС, що ми також відзначали до початку досліджень у пацієток з ВСД, які використовують ВМК.

Результати порівняльного оцінювання показників феномену Даньїні-Ашнера свідчать про виражену брадикардію після проведення проби у пацієток з ВСД, що підтверджується результатами дослідження ЧСС (контрольна група – 78,7±0,9 уд/хв і 1,2 – 56,8±1,4 уд/хв,  $p<0,05$ ) та ступенем вираженості змін показника ЧСС (контрольна група – 5,3±0,9 і 1,2 – 3,0±0,3;  $p<0,05$ ).

Порівняльне оцінювання результатів кліноортостатичних проб до початку контрацепції свідчить, що у пацієток з ВСД відзначена брадикардія при кліноортостатичній пробі (ЧСС після проби у контрольній групі – 79,6±7,3 уд/хв, а 1,2 – 67,1±2,8 уд/хв,  $p<0,05$ ) та зміна ЧСС (контрольна група – 8,6±0,8 і 1,2 – 6,1±0,5;  $p<0,05$ ). При проведенні ортостатичної проби, навпаки, мала місце виражена тахікардія (ЧСС після проби у контрольній групі – 80,1±5,2 уд/хв, а 1,2 – 99,9±4,2 уд/хв,  $p<0,05$ ) та зміна показника ЧСС у контрольній групі – 6,9±0,4 а 1,2 – 8,7±0,5;  $p<0,05$ ).

Ми вважали за доцільне представити отримані результати КІГ у вигляді структури стану вегетативної нервової системи (ВНС). Отримані результати свідчать про переважання в контрольній групі нормотонії (84,0%), а у пацієток з ВСД – парасимпатикотонії (78,0%).

Отже, як свідчать отримані результати, до початку використання ГК у пацієток з ВСД має місце суттєве переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС, що підтверджується результатами дослідження дермографізму, кліноортостатичних проб, феномена Даньїні-Ашнера та КІГ. У зв'язку з цим, ми вважали за доцільне вивчити функціональний стан ВНС через 6 міс від початку використання ГК в поєднанні із запропонованою медикаментозною корекцією за тими самими критеріями.

Отримані дані свідчать про відсутність достовірних відмінностей між контрольною та 1,2 групами ( $p>0,05$ ). Результати дослідження показників феномена Даньїні-Ашнера, кліноортостатичних проб мають аналогічний характер. При сумарній оцінці за допомогою КІГ в 1,2 групі відзначається суттєва збільшення частоти нормотонії (з 6,0% до 50,0%) за рахунок зменшення частоти парасимпатикотонії (з 78,0% до 40,0%).

Отже, як свідчить оцінка функціонального стану ВНС у пацієток з ВСД, які використовують ГК в поєднанні з медикаментозною корекцією, частота порушень функціонального стану ВНС значно знижується. На нашу думку, це відбувається не тільки за рахунок впливу запропонованої медикаментозної корекції, а також і внаслідок позитивного впливу сучасних ГК на основні параметри ВНС, що прогностично є сприятливим в плані клінічного перебігу основної соматичної патології.

Дані проведеного мікроскопічного дослідження до початку контрацепції свідчать про відсутність суттєвих відмінностей з боку показників, що вивчаються, між пацієтками контрольної групи і з ВСД.

Після 6 міс використання ГК та медикаментозної корекції можна було спостерігати аналогічну картину. Зазначена мікробіологічна картина була характерна для нормального мікробіоценозу статевих шляхів, що свідчить про позитивний вплив (на відміну від ВМК) запропонованої методики на стан біоценозу піхви.

Як відомо, мікроскопічне дослідження, що проводять на першому етапі обстеження, часто не дає вичерпної інформації про стан мікрофлори. Тому було проведено детальне бактеріологічне дослідження до використання ГК.

У пацієток контрольної групи виявлені представники лактофлори в 100% спостережень. Умовно-патогенні мікроорганізми зустрічались (14–26%) у кількості, що не перевищує 4 лг КУО/мл. При цьому найчастіше висівалися *S. epidermidis* і представники роду *Corynebacterium*. У 1,2 групі встановлено відсутність достовірних відмінностей відносно контрольної групи, що свідчить про адекватну підготовку пацієтки до початку використання ГК.

Ми вважали за доцільне представити динаміку бактеріологічних досліджень через 6 міс використання ГК та медикаментозної корекції у пацієток з ВСД. При цьому, у пацієток з ВСД на фоні використання ГК не встановлено достовірних відмінностей відносно контрольної групи.

Отже, як свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, при використанні ГК та медикаментозної корекції у пацієток з ВСД протягом 6 міс не спостерігаються значні зміни у складі мікрофлори, які мали місце на фоні використання ВМК.

Таким чином, як свідчать результати наших досліджень, використання ГК в поєднанні з медикаментозною корекцією у жінок з ВСД є клінічно більш ефективним, а також не супроводжується порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів та ендокринологічного статусу. До позитивних моментів запропонованої методики слід віднести і нормалізацію функціонального стану ВНС. Отримані результати дозволяють рекомендувати запропоновану методику для використання в практичній охороні здоров'я.

ВМК була використана у 50 жінок з різними варіантами ВСД – 1,1 група. При аналізі цієї групи пацієток необхідно відзначити, що ми вводили ВМК тільки за бажанням пацієток і обстежували їх до і після введення. Певна частина представлених результатів отримана нами з амбулаторних карт спостереження і безпосередньо при зборі анамнезу у обстежених жінок. Для розроблення найбільш оптимальної методики контрацепції у пацієток з ВСД ми вважали за доцільне представити саме порівняльні аспекти ВМК та ГК.

Так, згідно з нашими даними, ВМК була введена без ускладнень у 92,0% жінок, а у 8,0% введення контрацептиву було ускладнене через спазм внутрішнього зіву, який був усунутий шляхом застосування спазмолітиків. Крім того, у 4,0% пацієток процедура введення ускладнилась неприємним станом, що не вимагав застосування терапії. Також важливим є факт збереження болювого синдрому в 54,0% жінок протягом 1–10 днів після введення ВМК, для купірування якого були застосовані спазмолітики та анальгетики.

Сумарний показник різноманітних побічних реакцій мав стійку тенденцію до зростання з 12,0% через 3 міс до 28,0% – через один рік. У структурі переважали міжменструальні кров'яністі виділення (12,0%); диспаревнія та дисменорея (10,0%) і емоційна лабільність (6,0%).

Клінічна ефективність ВМК у жінок з ВСД протягом 1 року склала 96,0% (2 випадки вагітності), а коефіцієнт Перля склав 4,0. За різноманітних причин ВМК було видалено в 12,0% жінок, причому протягом перших 3 міс у 6,0%, а протягом ще 3 міс – у 6,0% пацієток. Як свідчать отримані дані, у 6,0% жінок відбулась повна або часткова (4,0%) експульсія контрацептиву. Через 1 міс це відбулось у 4,0% пацієток, а у 2,0% через 3 міс. Серед інших причин видалення ВМК можна відзначити гострі сальпінгоофорити, гіперполіменорею і болювий синдром, що не піддається медикаментозній корекції (по 2,0%).

З огляду на суттєвий рівень побічних реакцій і ускладнень ми вважали за доцільне вивчити вплив ВМК на ендокринологічний статус, функціональний стан ВНС та мікробіоценоз статевих шляхів.

При оцінюванні вмісту основних ендокринологічних показників можна відзначити відсутність достовірних відмінно-



стей між групами в 1-у фазу циклу протягом усього періоду дослідження. У порівнянні з цим, у лютеїнову фазу через 6 міс мало місце достовірне зниження вмісту простагландину (ПГ) (до  $15,4 \pm 1,4$  мкг/л;  $p < 0,05$ ) і лютеїнізувального гормону (ЛГ) (до  $4,3 \pm 0,4$  мМО/мл;  $p < 0,05$ ). Аналогічна закономірність зберігалася і через 12 міс (до  $15,7 \pm 1,5$  мкг/л;  $p < 0,05$  і до  $4,1 \pm 0,4$  мМО/мл;  $p < 0,05$ ). Співставляючи ці дані зі значним рівнем побічних реакцій та ускладнень можна виділити високий ризик розвитку зниження вмісту ПГ та ЛГ при використанні ВМК у жінок з ВСД.

До початку контрацепції у всіх жінок обстежуваних груп проводили вивчення функціонального стану ВНС.

Як свідчать отримані дані, між контрольною та 1.1 групами мали місце достовірні відмінності з боку всіх параметрів, що вивчаються. Так, у першу чергу необхідно відзначити той факт, що в контрольній групі наявність самого дермографізму (червоного чи білого) було відзначено в поодиноких випадках (4,0–6,0%). Порівняно з цим, в 1.1 групі у всіх пацієнток було діагностовано наявність як червоного (52,0%), так і білого дермографізму (48,0%). При оцінюванні основних параметрів дермографізму відзначено достовірне зниження прихованого періоду реакції: червоний (контрольна група –  $9,4 \pm 0,4$  с і 1.1 –  $5,2 \pm 0,4$  с,  $p < 0,05$ ) та білий дермографізм (контрольна група –  $9,2 \pm 0,3$  с і 1.1 –  $5,0 \pm 0,3$  с,  $p < 0,05$ ) при одночасному збільшенні тривалості реакції: червоний (контрольна група –  $2,1 \pm 0,2$  с і 1.1 –  $3,9 \pm 0,3$  хв,  $p < 0,05$ ) та білий дермографізм (контрольна група –  $2,0 \pm 0,2$  хв і 1.1 –  $3,2 \pm 0,3$  хв,  $p < 0,05$ ), а також зниження відношення латентних періодів білого дермографізму (контрольна група – 0,99 і 1.1 – 0,68). Отримані результати свідчать про переважання парасимпатикотонії та низький поріг збудження ВНС.

Результати порівняльного оцінювання показників феномену Даньїні-Ашнера свідчать про виражену брадикардію після проведення проби у пацієнток з ВСД, що підтверджується результатами дослідження ЧСС (контрольна група –  $78,7 \pm 0,9$  уд/хв та 1.1 –  $57,1 \pm 1,3$  уд/хв,  $p < 0,05$ ) та ступенем вираженості зміни показника ЧСС (контрольна група –  $5,3 \pm 0,9$  і 1.1 –  $3,1 \pm 0,3$ ;  $p < 0,05$ ).

Особливий інтерес представляють дані про порівняльне оцінювання результатів кліноортостатичних проб до початку контрацепції. При цьому, у пацієнток з ВСД відзначена брадикардія при кліноортостатичній пробі: ЧСС після проби (контрольна група –  $79,6 \pm 7,3$  уд/хв і 1.1 –  $66,1 \pm 3,3$  уд/хв,  $p < 0,05$ ) та зміни показника ЧСС (контрольна група –  $8,6 \pm 0,8$  уд/хв і 1.1 –  $6,2 \pm 0,5$  уд/хв;  $p < 0,05$ ). При проведенні ортостатичної проби, навпаки, мала місце виражена тахікардія: ЧСС після проби (контрольна група –  $80,1 \pm 5,2$  уд/хв і 1.1 –  $100,4 \pm 4,8$  уд/хв,  $p < 0,05$ ) та частішання ЧСС (контрольна група –  $6,9 \pm 0,4$  уд/хв і 1.1 –  $8,8 \pm 0,5$  уд/хв;  $p < 0,05$ ).

Ми вважали за доцільне представити отримані результати КІГ у вигляді структури стану ВНС. Отримані результати свідчать про переважання в контрольній групі нормотонії (84,0%), а у пацієнток з ВСД – парасимпатикотонії (80,0%).

Отже, як свідчать отримані результати, до початку використання ВМК у пацієнток з ВСД має місце явне переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС, що підтверджується результатами дослідження дермографізму, кліноортостатичних проб, феномену Даньїні-Ашнера та КІГ. У зв'язку з цим, ми вважали за доцільне вивчити функціональний стан ВНС через 6 міс від початку введення ВМК за тими самого критеріями.

Отримані дані свідчать про більш виражені зміни при оцінюванні основних параметрів дермографізму, що підтверджується зміною коефіцієнту достовірності з 0,05 до 0,01. Результати дослідження показників феномену Даньїні-Ашнера і кліноортостатичних проб мають характер, аналогічний такому і до початку контрацепції.

Сумарна оцінка за допомогою КІГ в 1.1 групі свідчить про незначне зниження рівня нормотонії (з 6,0% до 4,0%) та симпатикотонії (з 14,0% до 12,0%) за рахунок збільшення частоти парасимпатикотонії (з 80,0% до 84,0%).

Отже, як свідчать результати оцінки функціонального стану ВНС у пацієнток з ВСД, що використовують ВМК, повністю зберігається переважання парасимпатичного відділу, що прогностично є не дуже сприятливим в плані клінічного перебігу основної соматичної патології.

Результати проведеного мікроскопічного дослідження до початку контрацепції свідчать про відсутність суттєвих відмінностей з боку параметрів, що вивчаються, між пацієнтками контрольної групи та з ВСД.

Після 6 міс використання ВМК склад вагінальних виділень свідчить про явне переважання в 1.1 групі клітин епітелію (контрольна група –  $2,7 \pm 0,2$  і 1.1 –  $7,9 \pm 0,5$ ;  $p < 0,001$ ) і лейкоцитів (контрольна група –  $3,3 \pm 0,3$  і 1.1 –  $5,2 \pm 0,2$ ;  $p < 0,01$ ). Крім того, у цих пацієнток переважала змішана флора (контрольна група – 34,0% і 1.1 – 60,0%) у значній кількості (1.1 група – 78,0%). У великій кількості випадків (48,0%) відзначається наявність «ключових клітин» з високим рівнем їхнього лізису (66,0%), а також поява таких мікроорганізмів, як *Mobiluncus* (54,0%) і *Bacteroides* (36,0%). Хоча запальна реакція слизової оболонки піхви не характерна для порушень мікробіоценозу, при мікроскопії мазків вагінальних виділень нерідко відзначали до 5 і більше лейкоцитів у полі зору в поєднанні з коковими і коккобацилярними морфотипами в значній кількості адгезованих на лейкоцитах.

Зазначена мікробіологічна картина була характерна для порушень мікробіоценозу статевих шляхів, що потребувало або видалення ВМК, або використання засобів для ефективної корекції дисбіозу піхви.

Одним з механізмів контролю вагінальної мікрофлори є висока адгезивна здатність молочно-кислих бацил до поверхні епітеліальних клітин. Ендогенні штами лактобактерій, що мають високу адгезивну активність і тісно взаємодіють зі слизовою оболонкою піхви, мають селективні переваги як перед умовно-патогенними мікроорганізмами, так і перед екзогенними лактобактеріями. Прикріплюючись до епітеліоцитів, автохтонні штами забезпечують тим самим феномен резистентності колонізації. Мікроскопічне дослідження, що проводять на першому етапі обстеження, часто не дає вичерпної інформації про стан мікрофлори. Тому нами було зроблено детальне бактеріологічне дослідження щодо використання ВМК. У пацієнток контрольної групи виявлені представники лактофлори, що переважають в кількісному відношенні. Виявлені умовно-патогенні мікроорганізми зустрічались (14–26%) в кількості, що не перевищує 4 лг КґО/мл. При цьому найчастіше висівалися *S. epidermidis* і представники роду *Corynebacterium*. В 1.1 групі нами встановлено відсутність достовірних відмінностей відносно контрольної групи, що свідчить про адекватну підготовку пацієнток до введення ВМК.

Ми вважали за доцільне представити динаміку бактеріологічних досліджень через 6 міс використання ВМК у пацієнток з ВСД.

При цьому, у пацієнток з ВСД на фоні використання ВМК встановлено достовірне зниження *Lactobacillus* spp. (контрольна група –  $6,3 \pm 0,1$  КґО/мл і 1.1 –  $3,5 \pm 0,3$  КґО/мл;  $p < 0,01$ ) і *Bifidobacterium* spp. (контрольна група –  $4,2 \pm 0,2$  КґО/мл і 1.1 –  $3,3 \pm 0,2$  КґО/мл;  $p < 0,05$ ) при одночасному збільшенні кількості *E. coli* (контрольна група –  $3,8 \pm 0,3$  КґО/мл і 1.1 –  $5,1 \pm 0,2$  КґО/мл;  $p < 0,05$ ); *Enterococcus* spp. (контрольна група –  $3,8 \pm 0,2$  КґО/мл і 1.1 –  $6,1 \pm 0,4$  КґО/мл;  $p < 0,01$ ) і *S. aureus* (контрольна група –  $3,8 \pm 0,3$  КґО/мл і 1.1 –  $5,6 \pm 0,2$  КґО/мл;  $p < 0,01$ ), а також по-

ява *Bacteroides* spp. (1.1 група –  $3,2 \pm 0,2$  КУО/мл); *Peptococcus* spp. (1.1 група –  $3,7 \pm 0,3$  КУО/мл) і *Peptostreptococcus* spp. (1.1 група –  $3,5 \pm 0,3$  КУО/мл). Причому, така закономірність була характерна як за типом моноінфекції, так і у складі багатоклітинних асоціацій.

Отже, як свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, при використанні ВМК у пацієнток з ВСД вже через 6 міс спостерігаються значні зміни у складі мікрофлори, які виявляються пригніченням лактофлори, яка забезпечує резистентність колонізації. На цьому фоні відбувається розширення спектра і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори. Очевидно, що така мікробіологічна картина є загрозою репродуктивному здоров'ю жінки. У зв'язку із цим є доцільним проводити не тільки бактеріоскопічне, але і детальне бактеріологічне дослідження, що дозволяє виявити потенційні патогени. Оскільки такі зміни мікроекології піхви представляють серйозну загрозу репро-

дуктивному здоров'ю жінок, необхідність видалення ВМК або їхня своєчасна корекція видається очевидною.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, введення внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) жінкам з вегетосудинною дистонією (ВСД) є менш ефективною у порівнянні з гормональними контрацептивами (ГК). Крім того, порушення ендокринологічного та мікробіологічного статусу, що виникають у поєднанні з переважанням парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, є клінічно несприятливим, що диктує необхідність пошуку нових рішень поставленого наукового завдання. Як було відзначено вище, більш оптимальним варіантом контрацепції для жінок з ВСД є гормональна, однак у низі випадків можливе використання і ВМК, особливо у жінок з протипоказаннями до ГК.

### Оптимизация контрацепции у женщин с вегетосудистой дистонией Д.С. Ледин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что введение внутриматочного контрацептива женщинам с вегетосудистой дистонией является менее эффективным, чем гормональная контрацепция. Кроме того, нарушения эндокринологического и микробиологического статуса, которые возникают в сочетании с преобладанием парасимпатичного отдела вегетативной нервной системы, являются клинически неблагоприятными, что диктует необходимость поиска новых решений поставленной научной задачи. Как было отмечено, более оптимальным вариантом контрацепции для женщин с вегетосудистой дистонией является гормональная в сочетании с медикаментозной поддержкой.

**Ключевые слова:** контрацепция, вегетосудистая дистония, оптимизация.

### Optimisation of contraception at women with vegeto-vascular dystonia D.S. Ledin

Results of the spent researches testify that introduction intrauterine contraceptive to women with a vegeto-vascular dystonia is less effective in comparison with hormonal contraception. Besides, infringements endocrinological and microbiological status which arise in a combination to prevalence of parasympathetic department of vegetative nervous system, are clinically adverse that dictates necessity of search of new decisions of the put scientific problem. As it has been noted, more optimum variant of contraception for women with a vegeto-vascular dystonia is hormonal in a combination to medicamentous support.

**Key words:** contraception, a vegeto-vascular dystonia, optimisation.

### Сведения об авторе

Ледин Дмитрий Сергеевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 440-79-78

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Комбинированные оральные контрацептивы и факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы / Э.К. Айламазян, Л.В. Ерофеева, М.А. Тарасова // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 63–67.
2. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства / И.А. Мануилова. – М., 2015. – 234 с.
3. Платонова О.В. Дифференцированный подход к использованию контрацепции у женщин с тиреоидной патологией / О.В. Платонова // Здоровье женщины. – 2011. – № 4. – С. 49–51.
4. Семянов М.В. Профилактика непланируемой беременности у женщин с хроническим вирусным гепатитом / Семянов М.В. // Репродуктивное здоровье женщины. – 2012. – № 3.

Статья поступила в редакцию 22.10.2015