

Оптимізація гормональної контрацепції у пацієнток з хронічним пієлонефритом

Д.С. Ледін

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

Мета дослідження: вивчення можливості використання гормональної контрацепції у пацієнток з хронічним пієлонефритом (ХП).

Матеріали та методи. Було сформовано основну групу зі 100 жінок репродуктивного віку з ХП, яка була розділена на 2 підгрупи за різними методами контрацепції:

- підгрупа 1.1 – 50 жінок з ХП, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію;
- підгрупа 1.2 – 50 жінок з ХП, які використовували поєднання гормональної контрацепції і фітотерапії.

Контрольну групу склали 50 жінок репродуктивного віку без екстрагенітальної патології, які використовували механічні засоби контрацепції.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні і статистичні методи.

Результати. Ефективність гормональної контрацепції у жінок з ХП складає 100,0%, при цьому частота побічних ефектів зростає з 6,0% через 3 міс до 10,0% через 1 рік (міжменструальні кров'янисті виділення – 4,0%; нагрудання грудних залоз – 4,0%; патологічне збільшення маси тіла (на 4–5 кг) – 2,0%). Рівень вимушеної відмови складає 4,0%. Позитивними моментами є зниження протягом року частоти дисменореї (з 10,0% до 2,0%) і передменструального синдрому (з 8,0% до 2,0%).

Використання внутрішньоматкової контрацепції у жінок з ХП має ефективність 96,0%. Частота вимушеного видалення контрацептиву складає 22,0% (повна або часткова експульсія – 10,0%; гострий сальпінгоофорит – 4,0%; гіперполіменорея – 4,0% і больовий синдром – 4,0%). Сумарний показник побічних ефектів зростає з 12,0% через 3 міс до 28,0% через 1 рік (міжменструальні кров'янисті виділення – 12,0%; порушення мікробіоценозу статевих шляхів – 10,0% і 6,0% – диспареунія).

Заключення. Для оптимізації контрацепції у жінок з хронічним пієлонефритом можливе використання поєднання гормональних і фітопрепаратів.

Ключові слова: гормональна контрацепція, хронічний пієлонефрит, оптимізація.

Збереження репродуктивного здоров'я жінок, у тому числі і з хронічною патологією нирок, є одним із головних завдань сучасної медицини. Згідно з даними літератури, хронічна патологія нирок зустрічається у 5–7% [1, 2], найчастіше у жінок, ніж у чоловіків, і відрізняється тривалим хронічним перебігом. Відомо, що одним з найбільш поширених патологій нирок у жінок є хронічний пієлонефрит (ХП) [3, 4], який нерідко поєднується з гінекологічною та акушерською патологією [5, 6].

Не викликає сумнівів, що таке поєднання хронічної патології нирок з гінекологічною захворюваністю не тільки погіршує перебіг захворювання, але й має негативний вплив на репродуктивну функцію жінки.

Разом із тим, більшість пацієнток з ХП сексуально активні, фертильні, і у зв'язку з цим потребують не тільки високоєфективних, але й безпечних та прийнятних методів

контрацепції, які не мають негативного впливу на основне захворювання.

На сьогодні гормональна контрацепція вважається одним з найбільш високоєфективних методів контрацепції, який має не тільки контрацептивний, а й лікувальний ефект при таких гормонально залежних гінекологічних захворюваннях, як: ендометріоз, міома матки, гіперандрогенія, передменструальний синдром, дисменорея та ін. [1–7]. Цей аспект дуже важливий для жінок з ХП, тому що у них виявлена висока частота таких захворювань та їхнє поєднання [3, 4].

Аналіз літературних даних свідчить про відсутність досліджень, присвячених впливу різних методів контрацепції на перебіг ХП у жінок. До теперішнього часу не вивчено впливу гормональної контрацепції на клінічний перебіг ХП, на стан різних ланок імунітету. Не вивчені особливості репродуктивного здоров'я жінок з ХП, ефективність і прийнятність гормональних контрацептивів у них. Не визначена тактика ведення пацієнток з ХП у процесі контрацепції.

Мета дослідження: вивчення можливості використання гормональної контрацепції у пацієнток з ХП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була сформована основна група зі 100 жінок репродуктивного віку з ХП, яка була розділена на 2 підгрупи за різними методами контрацепції:

- підгрупа 1.1 – 50 жінок з ХП, які використовували внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК);
- підгрупа 1.2 – 50 жінок з ХП, які використовували поєднання гормональної контрацепції і медикаментозної корекції.

Контрольну групу склали 50 жінок репродуктивного віку без екстрагенітальної патології, які використовували механічні засоби контрацепції.

Під час підбору методів контрацепції пацієнтки мали право вибору після проведеної попередньої бесіди та викладення позитивних і негативних моментів кожного варіанта контрацепції. Пацієнтки давали особисту згоду на використання того чи іншого варіанта профілактики непланованої вагітності.

Під час розробки методики контрацепції у жінок з ХП брали до уваги необхідність забезпечення високого контрацептивного ефекту, усуваючи побічний вплив та сприяючи поліпшенню стану здоров'я жінок з ХП шляхом комбінованого застосування ОК з підтримувальною медикаментозною корекцією.

Методика полягала у використанні гормональної контрацепції (препарату, який містить етинілестрадіолу 0,02 мг, дроспіренону 3 мг і левомефолату кальцію 0,451 мг) у поєднанні протягом 6 міс з підтримувальною медикаментозною терапією (фітопрепарат, що містить траву золототисячнику – 18 мг; корінь любистку – 18 мг і листя розмарину – 18 мг), а потім використовували тільки гормональні контрацептиви (ГК). У разі зміни клінічного перебігу основної соматичної патології (ХП) до гормональної контрацепції додавали підтримувальну медикаментозну терапію.

Був застосований саме цей препарат через його антимінералокортикоїдний та антиандрогенний ефект, а також

через відсутність негативного впливу на сечостатеву систему. Фітопрепарат використовували як профілактичний протизапальний засіб рослинного походження.

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

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні і статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи основні особливості клінічної характеристики обстежених жінок, необхідно відзначити, що пацієнтки основної групи (підгрупи 1.1 і 1.2) знаходились на диспансерному обліку у терапевта або нефролога і в момент обстеження специфічної медикаментозної корекції у зв'язку з ХП не потребували.

Середній вік пацієнток контрольної групи складав $28,2 \pm 2,4$ року і достовірно не відрізнявся від цього значення в основних підгрупах ($29,5 \pm 2,3$ і $30,1 \pm 2,5$ року; $p > 0,05$). Вивчення показників зросту і маси тіла свідчить також про відсутність достовірних відмінностей між контрольною і основною групами ($p > 0,05$). Середні показники пульсу й АТ свідчать про відсутність достовірних відмінностей як за діастолічним показником ($p > 0,05$), так і за систолічним ($p < 0,05$).

Середній вік початку менархе був достовірно вищий у пацієнток 1.1 підгрупи (до $15,1 \pm 0,3$ року; $p < 0,05$), тоді як у 1.2 підгрупі суттєвих відмінностей не було ($p > 0,05$). Більш виражені відмінності спостерігались при оцінюванні показника середнього часу встановлення циклу, який був достовірно вищий в основних підгрупах (1.1 – до $4,3 \pm 0,2$ міс; $p < 0,01$; 1.2 – до $3,1 \pm 0,2$ міс; $p < 0,05$). Це свідчить про наявність взаємозв'язку між функціональним станом сечовидільної системи та часом встановлення регулярного менструального циклу. Порівняно з цим середня тривалість циклу та тривалість менархе достовірно не відрізнялись по групах ($p > 0,05$).

Особливий інтерес представляють дані про репродуктивну функцію обстежених жінок. При цьому середня кількість вагітностей у контрольній групі складала $3,2 \pm 0,3$, а в основних підгрупах була достовірно вищою (1.1 – до $4,8 \pm 0,2$; $p < 0,05$ та 1.2 – до $4,7 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Аналізуючи такі відмінності, слід відзначити, що вони були не за рахунок пологів ($p > 0,05$), а внаслідок більш високої кількості артіфіційних (1.1 – $2,8 \pm 0,2$; $p < 0,05$ та 1.2 – $3,0 \pm 0,2$; $p < 0,05$) та мимовільних абортів (1.1 – до $0,8 \pm 0,01$; $p < 0,05$ та 1.2 – до $0,6 \pm 0,01$; $p < 0,05$). Іншими словами, пацієнтки з ХП частіше регулювали неплановану вагітність шляхом артіфіційних абортів, що є дуже небажаним моментом з урахуванням їхнього соматичного стану. При оцінюванні анамнезу попередніх вагітностей привертає увагу той факт, що у 50% випадків мали місце ранні гестози і преєклампсія; у 20,0% – передчасні пологи; у 16,0% – аномалії пологової діяльності і у 10,0% – післяпологові гнійно-запальні ускладнення. Одержані дані свідчать про низку серйозних відхилень у репродуктивному анамнезі жінок з ХП.

На конкретний варіант запропонованої методики контрацепції суттєво впливає гінекологічна патологія в анамнезі. Так, у жінок контрольної групи в поодиноких випадках мав місце ПМС (4,0%) та хронічний сальпінгоофорит (4,0%). Порівняно з цим у пацієнток основних підгруп до початку контрацепції відзначено суттєвий рівень різних варіантів гінекологічної захворюваності в анамнезі. Частота запальних захворювань репродуктивної системи не відрізнялась в основних підгрупах (1.1 – 20,0% і 1.2 – 22,0%). Аналогічна закономірність відзначена і при оцінюванні рівня порушень менструального циклу (1.1 – 16,0% і 1.2 – 14,0% відповідно).

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

Як було вже відзначено вище, жінки основних груп мали ХП, причому з переважанням хронічного перебігу (1.1 – 62,0% і 1.2 – 64,0%) порівняно з хронічним рецидивним (1.1 – 38,0% і 1.2 – 36,0%). За даними анамнезу встановлено, що пієлонефрит розвинувся: у результаті висхідної уриногенної інфекції (цистит, уретрит) (1.1 – 36,0% і 1.2 – 38,0%); на ґрунті хронічних запальних процесів у статевих органах (сальпінгоофорит, ендометрит) (1.1 група – 24,0% і 1.2 – 22,0%); гематогенним шляхом (після перенесеного хронічного тонзиліту, карієсу зубів, гастритів і коліту) (1.1 група – 22,0% і 1.2 – 24,0%) і внаслідок преєклампсії при попередній гестації (1.1 – 18,0% і 1.2 – 16,0%).

Крім того, первинний пієлонефрит був діагностований дещо частіше (1.1 група – 56,0% і 1.2 група – 58,0%), ніж вторинний (1.1 – у 44,0% і 1.2 – у 42,0%), так само, як односторонній (1.1 – 72,0% і 1.2 – 70,0%) у порівнянні з двобічним (1.1 – 28,0% і 1.2 – 30,0%).

В той самий час, вважали за доцільне проаналізувати супутню соматичну захворюваність. У контрольній групі в поодиноких випадках виявляли міопію (2,0%). Порівняно з цим у двох основних підгрупах рівень супутньої екстрагенітальної патології був суттєво вищий. Порівнюючи між собою окремі показники у пацієнток з ХП, можна виділити явне переважання хронічного тонзиліту (1.1 група – 10,0% і 1.2 група – 12,0%). Решта нозологічних форм мали місце у поодиноких випадках.

Одним з основних важливих моментів в обстежених жінок з ХП є переважання в анамнезі бар'єрних засобів контрацепції (1.1 група – 28,0% і 1.2 група – 24,0%), біологічного календаря (1.1 – 22,0% та 1.2 – 24,0%); ВМК (1.1 – 6,0% та 1.2 – 4,0%) та перерваного статевого акту (1.1 – 14,0% та 1.2 – 16,0%). ОК раніше пацієнтки основних підгруп взагалі не використовували. Порівняно з цим жінки контрольної групи частіше за все використовували ОК (24,0%), механічні засоби (20,0%) та ВМК (18,0%).

Отже, як засвідчила клінічна характеристика обстежених жінок, профілактика непланованої вагітності є одним з найважливіших питань у жінок з ХП. Разом з тим, вирішення даного питання повинно бути з урахуванням індивідуальних особливостей жіночого організму, а також клініко-лабораторних проявів ХП. Тому дуже важливим є порівняння методів контрацепції у пацієнток основних підгруп.

Аналіз клінічного спостереження за 50 пацієнтками, які одержували ГК, дозволив установити, що контрацептивний ефект складав 100%.

Характеризуючи переносимість гормональної контрацепції, необхідно відзначити, що частота побічних реакцій складала через 3 міс 6,0%; через 6 міс – 8,0% і через 12 міс – 10,0%. Серед основних проявів негативних побічних ефектів можна виділити міжменструальні кров'янисті виділення (4,0%); нагрудання грудних залоз (4,0%) й 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 засвідчив, що достовірних розходжень з боку показників систолічного і діастолічного АТ не встановлено ($p > 0,05$).

У свою чергу, невисока частота побічних ефектів привела до того, що протягом одного року тільки 4,0% (2 жінки) пацієнток припинили використання контрацептивного препарату за різноманітних обставин: збільшення маси тіла і бажання жінки та поєднання декількох варіантів негативних впливів (емоційна лабільність, нудота тощо). Серед пози-

тивних моментів використання ГК можна відзначити зменшення менструальної крововтрати і частоти дисменореї (з 10,0% до 2,0%; $p < 0,01$) та симптомів ПМС.

При подальшому динамічному спостереженні протягом півроку після припинення використання ГК у 36,0% пацієнток настала бажана вагітність, яка у 22,0% закінчилась своєчасними пологами, а в інших прогресувала в даний момент.

Отже, як засвідчили отримані клінічні результати, використання ГК у поєднанні з медикаментозною корекцією має високу ефективність (100,0%), а також позитивно впливає при дисменореї та ПМС.

З досліджуваних показників гормонального статусу було проведено оцінювання динамічних змін з урахуванням фази менструального циклу вмісту Е, ПГ, Т, ФСГ і ЛГ. Характер виявлених змін рівнів основних статевих гормонів відповідав ановуляторним циклам, що свідчить про профілактичну спрямованість гормональної контрацепції в плані можливих гормональних змін у жінок з ХП.

На відміну від наведених вище даних ендокринологічного статусу, аналіз основних змін біохімічних показників було проведено незалежно від фази менструального циклу. Так, згідно з отриманими даними, до початку використання ГК не встановлено достовірних відмінностей з боку параметрів ($p > 0,05$), які вивчаються, що підтверджує наявність стійкої ремісії ХП.

Аналогічна закономірність збереглася протягом 3 міс використання ОК та 6 міс. Одержані результати слугували підставою для додаткового призначення медикаментозної корекції у тих пацієнток для запобігання достовірних відмінностей з боку параметрів, що вивчаються. На наступному етапі, через 12 міс достовірні відмінності між контрольною групою і групою жінок з ХП були також відсутні ($p > 0,05$).

Вивчені гемостазіологічні показники не мають достовірних відмінностей у порівнянні з контрольною групою ($p > 0,05$) до початку контрацепції і через 3 міс. На наступному етапі – через 6 міс відзначено достовірне зменшення АЧТЧ (контрольна група – $36,1 \pm 1,2$ с і $1,2 - 54,7 \pm 1,3$ с; $p < 0,05$). У даній ситуації вважали за доцільне додаткове призначення ацетилсаліцилової кислоти у мінімальній профілактичній дозі (100 мг). Надалі, після 12 міс достовірні відмінності з боку АЧТЧ між контрольною групою і групою жінок з ХП зникли ($p > 0,05$).

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, призначення ГК пацієнткам з ХП не призводить від початку вживання до достовірних змін вмісту креатиніну, сечовини, ЛФ і АЧТЧ.

У даній ситуації було доцільним призначення додаткової медикаментозної корекції, що дозволило протягом дослідження запобігти виникненню достовірних відмінностей з боку цих параметрів. Ураховуючи 100% клінічну ефективність ГК, такий підхід вважаємо обґрунтованим і можливим для практичного застосування у таких пацієнток.

Дані проведеного мікроскопічного дослідження до початку контрацепції свідчать про відсутність суттєвих відмінностей з боку параметрів, що вивчаються, між пацієнтками контрольної групи і групи з ХП.

Після 6 міс використання ГК та медикаментозної корекції можна було спостерігати аналогічну картину. Описана мікробіологічна картина була характерна для нормально-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 зроблено детальне бактеріологічне дослідження щодо використання ГК. Так, у пацієнток контрольної групи виявлені представники лакто-

флори, які переважають у кількісному відношенні. Знайдені умовно-патогенні мікроорганізми виявляли у кількості (14–26%), що не перевищує $4 \lg$ КУО/мл. При цьому найчастіше висівали представників роду *Corynebacterium*. В 1.2 підгрупі було встановлено відсутність достовірних відмінностей відносно контрольної групи, що свідчить про адекватну підготовку пацієнток до початку використання ГК.

Доцільно представити динаміку бактеріологічних досліджень через 6 міс використання гормональної контрацепції та медикаментозної корекції у пацієнток з ХП. При цьому у пацієнток з ХП 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 пацієнток з ХП протягом 6 міс не спостерігалися значні зміни у складі мікрофлори, які мали місце на фоні використання ВМК.

Таким чином, як засвідчили результати досліджень, використання ГК у поєднанні з медикаментозною корекцією у жінок з ХП є клінічно ефективним, а також не супроводжується порушенням мікробіоценозу статевих шляхів та ендокринологічного статусу. До позитивних моментів запропонованої методики слід віднести її нормалізацію біохімічних та гемостазіологічних показників. Отримані результати дозволяють рекомендувати запроповану методику для використання у практичній охороні здоров'я.

ВМК були застосовані у 50 жінок з ХП (1.1 підгрупа). Під час клінічного ведення цих пацієнток ВМК вводили тільки за бажанням пацієнток і обстежували їх до та після введення. Певна частина представлених результатів отримана із амбулаторних карт спостереження і безпосередньо під час збору анамнезу у обстежених жінок. Для розробки найоптимальнішої методики контрацепції у пацієнток з ХП брали до уваги саме порівняльні аспекти при використанні ВМК та ГК.

Так, згідно з даними, ВМК були застосовані без утруднень у 92,0% жінок, а у 8,0% введення контрацептиву було утруднено внаслідок спазму внутрішнього зіву, який був усунутий шляхом застосування спазмолітиків. Крім того, у 4,0% пацієнток процедура введення ускладнилась непритомним станом, що не потребував застосування терапії. Також важливим є і факт збереження болювого синдрому в 54,0% жінок протягом 1–10 днів після введення ВМК, для купірування якого були застосовані спазмолітики й анальгетики.

Сумарний показник побічних ефектів мав стійку тенденцію до зростання з 12,0% через 3 міс до 28,0% – через один рік. Серед їхніх основних проявів переважали міжменструальні кров'янисті виділення (12,0%).

Клінічна ефективність ВМК у жінок з ХП протягом 1 року складала 96,0% (2 випадки вагітності). За різноманітних причин ВМК був видалений у 22,0% жінок, причому протягом перших 3 міс – у 12,0%, а протягом ще 3 міс – у 10,0% пацієнток. Як свідчать дані, у 10,0% жінок відбулася повна або часткова (6,0%) експульсія контрацептиву. Через 1 міс це відбулося у 8,0% пацієнток, а у 2,0% – через 3 міс. Серед інших причин видалення ВМК можна відзначити гострі сальпінгофорити, гіперполіменорею і болювий синдром, що не піддаються медикаментозній корекції (по 4,0%).

З огляду на суттєвий рівень побічних реакцій і ускладнень було вивчено вплив ВМК на ендокринологічний статус, біохімічні, гемостазіологічні зміни, а також на мікробіоценоз статевих шляхів.

Під час оцінювання вмісту основних ендокринологічних показників було відзначено відсутність достовірних відмінностей між групами в 1-у фазу циклу протягом усього досліджуваного періоду. У порівнянні з цим у лютеїнову фа-

зу через 6 міс мало місце достовірне зниження вмісту ПГ (до $15,4 \pm 1,4$ мкг/л; $p < 0,05$) і ЛГ (до $6,3 \pm 0,6$ мМО/л; $p < 0,05$). Аналогічна закономірність зберігалася і через 12 міс (до $15,7 \pm 1,5$ мкг/л; $p < 0,05$ і до $6,1 \pm 0,5$ мМО/л; $p < 0,05$). Співставляючи ці дані зі значним рівнем побічних реакцій та ускладнень, можна визначити ризик розвитку недостатності лютеїнової фази при використанні ВМК у жінок з ХП.

На відміну від зазначених вище даних ендокринологічного статусу, аналіз основних змін біохімічних показників проводили незалежно від фази менструального циклу. Так, згідно з отриманими даними, до початку використання ВМК не встановлено достовірних відмінностей з боку параметрів, що вивчаються ($p > 0,05$), що підтверджує наявність стійкої ремісії ХП. Аналогічна закономірність збереглася протягом 3 міс використання ВМК, а вже через 6 міс мало місце достовірне збільшення вмісту креатиніну (контрольна група – $56,8 \pm 2,1$ мкмоль/л і $56,8 \pm 2,1$ мкмоль/л у жінок з ХП; $p < 0,05$), сечовини ($4,7 \pm 0,3$ ммоль/л і $5,9 \pm 0,2$ ммоль/л відповідно; $p < 0,05$) і ЛФ ($149,9 \pm 9,7$ мкмоль/л і $176,8 \pm 8,1$ мкмоль/л відповідно; $p < 0,05$). Одержані результати не перевищують верхню межу норми, проте у порівнянні з контрольною групою мають достовірні відмінності ($p < 0,05$), що може свідчити про підвищення ризику рецидиву ХП на фоні використання ВМК.

Було вивчено гемостазіологічні показники, які не мають достовірних відмінностей порівняно з контрольною групою ($p > 0,05$).

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

Після 6 міс використання ВМК спостерігалась інша картина. Показники вагінальних виділень свідчать про явне переважання в 1.1 підгрупі клітин епітелію (контрольна група – $2,7 \pm 0,2$ і $7,9 \pm 0,5$ у жінок з ХП; $p < 0,001$) і лейкоцитів (контрольна група – $3,3 \pm 0,3$ і $5,2 \pm 0,2$ у жінок з ХП; $p < 0,01$). Крім того, у цих пацієнток переважала змішана флора (контрольна група – 34,0% і 60,0% – у жінок з ХП) в значній кількості (відповідно – 78,0%). У значній кількості випадків (88,0%) визначена наявність «ключових клітин» з високим рівнем їхнього лізису (86,0%), 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 виявляли до 5 і більше лейкоцитів у полі зору в поєднанні з коковими і кокобацилярними морфотипами, у значній кількості адгезованих на лейкоцитах.

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

Одним з механізмів контролю вагінальної мікрофлори є висока адгезивна здатність молочнокислих 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 було зроблено детальне бактеріологічне дослідження щодо використання ВМК. Знайдені умовно-патогенні мікроорганізми виявляли у кількості (12–28%), що в середньому не перевищує $4,1$ лг КУО/мл. При цьому найчастіше висівали *S.epidermidis* і представників роду *Corynebacterium*. Було

встановлено відсутність достовірних відмінностей у підгрупі 1.1 відносно контрольної групи, що свідчить про адекватну підготовку пацієнток до введення ВМК.

Була визначена динаміка бактеріологічних досліджень через 6 міс використання ВМК у пацієнток з ХП.

При цьому у пацієнток з ХП на фоні використання ВМК встановлено достовірне зниження *Lactobacillus* spp. (контрольна група – $6,3 \pm 0,1$ КУО/мл і підгрупа 1.1 – $3,5 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,01$) і *Bifidobacterium* spp. (контрольна група – $4,2 \pm 0,2$ КУО/мл і підгрупа 1.1 – $3,3 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні числа *E.coli* (контрольна група – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл і підгрупа 1.1 – $5,1 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$); *Enterococcus* spp. (контрольна група – $3,8 \pm 0,2$ КУО/мл і підгрупа 1.1 – $6,1 \pm 0,4$ КУО/мл; $p < 0,01$) і *S.aureus* (контрольна група – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл і підгрупа 1.1 – $5,6 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,01$), а також поява *Bacteroides* spp. (підгрупа 1.1 – $3,2 \pm 0,2$ КУО/мл); *Peptococcus* spp. (підгрупа 1.1 – $3,7 \pm 0,3$ КУО/мл) і *Peptostreptococcus* spp. (підгрупа 1.1 – $3,5 \pm 0,3$ КУО/мл). Причому така закономірність була характерна як для моноінфекції, так і у складі багатоклітинних асоціацій.

Отже, як свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, при використанні ВМК у пацієнток з ХП вже через 6 міс спостерігаються значні зміни у складі мікрофлори, які проявляються пригніченням лактофлори, що забезпечує резистентність колонізації. На цьому фоні відбувається розширення спектра і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори. Оскільки такі зміни мікроекології піхви представляють серйозну загрозу репродуктивному здоров'ю жінок, виникає необхідність видалення ВМК або їхньої своєчасної корекції.

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, введення ВМК жінкам з ХП супроводжується низкою побічних ефектів. Крім того, порушення ендокринологічного та мікробіологічного статусу, які виникають у поєднанні з достовірними змінами низки біохімічних параметрів, є клінічно несприятливими, що вимагає необхідності пошуку нових рішень поставленого наукового завдання. Як було вже зазначено вище, використання ГК за відсутності протипоказань є більш ефективним та прийнятним, однак використання ВМК також має доцільність у жінок з ХП, коли використання інших видів контрацепції, як правило, не рекомендується, за виключенням тих випадків, коли застосування більш придатного засобу є неприйнятним для пацієнта.

ВИСНОВКИ

1. Ефективність гормональної контрацепції у жінок з хронічним пієлонефритом складає 100,0%, при цьому частота побічних ефектів зростає з 6,0% через 3 міс до 10,0% через 1 рік (міжменструальні кров'яністі виділення – 4,0%; нагрудання грудних залоз – 4,0%; патологічне збільшення маси тіла (на 4–5 кг) – 2,0%). Рівень вимушеної відмови складає 4,0%. Позитивними моментами є зниження протягом року частоти дисменореї (з 10,0% до 2,0%) і передменструального синдрому (з 8,0% до 2,0%).

2. Застосування внутрішньоматкової контрацепції у жінок з хронічним пієлонефритом має ефективність 96,0%. Частота вимушеного видалення контрацептиву складає 22,0% (повна або часткова експульсія – 10,0%; гострий сальпінгофорит – 4,0%; гіперполіменорея – 4,0% і больовий синдром – 4,0%). Сумарний показник побічних ефектів зростає з 12,0% через 3 міс до 28,0% – через 1 рік (міжменструальні кров'яністі виділення – 12,0%; порушення мікробіоценозу статевих шляхів – 10,0% і 6,0% – диспареунія). Загострення хронічного пієлонефриту і погіршення показників гомеостазу не спостерігалось.

Оптимизация гормональной контрацепции у пациенток с хроническим пиелонефритом Д.С. Ледин

Цель исследования: изучение возможности использования гормональной контрацепции у пациенток с хроническим пиелонефритом (ХП).

Материалы и методы. Была сформирована основная группа из 100 женщин репродуктивного возраста з ХП, которая была разделена на 2 подгруппы по различным методам контрацепции:

- подгруппа 1.1 – 50 женщин с ХП, которые использовали внутриматочную контрацепцию;
- подгруппа 1.2 – 50 женщин с ХП, которые использовали сочетание гормональной контрацепции и фитотерапии.

Контрольную группу составили 50 женщин репродуктивного возраста без экстрагенитальной патологии, которые использовали механические средства контрацепции.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, лабораторные и статистические методы.

Результаты. Эффективность гормональной контрацепции у женщин с ХП составляет 100,0%, при этом частота побочных эффектов возрастает с 6,0% через 3 мес до 10,0% через 1 год (межменструальные кровянистые выделения – 4,0%; нагрубание грудных желез – 4,0%; патологическое увеличение массы тела (на 4–5 кг) – 2,0%). Уровень вынужденного отказа составляет 4,0%. Позитивными моментами являются снижение в течение года частоты дисменореи (с 10,0% до 2,0%) и предменструального синдрома (с 8,0% до 2,0%). Использование внутриматочной контрацепции у женщин с ХП имеет эффективность 96,0%. Частота вынужденного удаления контрацептива составляет 22,0% (полная или частичная экспульсия – 10,0%; острый сальпингоофорит – 4,0%; гиперполименорея – 4,0% и болевой синдром – 4,0%). Суммарный показатель побочных эффектов возрастает с 12,0% через 3 мес до 28,0% – через 1 год (межменструальные кровянистые выделения – 12,0%; нарушения микробиотенноза половых путей – 10,0% и 6,0% – диспареуния).

Заключение. Для оптимизации контрацепции у женщин с хроническим пиелонефритом возможно использование сочетания гормональных и фитопрепаратов.

Ключевые слова: гормональная контрацепция, хронический пиелонефрит, оптимизация.

Optimisation of hormonal contraception at patients with chronic pyelonephritis D.S. Ledin

Research objective: studying of possibility use of hormonal contraception at patients with chronic pyelonephritis.

Material and methods: 1 group of 100 women of reproductive age with chronic pyelonephritis which used various methods of contraception:

- Subgroup 1.1 – 50 women with chronic pyelonephritis which used intrauterine contraception;
- Subgroup 1.2 – 50 women with chronic pyelonephritis, which use a combination of hormonal contraception and herbal medicine.

Control group 50 women of reproductive age without экстрагенитальной have made pathologies which used mechanical means of contraception.

Clinical, functional, laboratory and statistical methods have been included in a complex of the spent researches.

Results. Effective of hormonal contraception at women with chronic pyelonephritis makes 100,0%, thus frequency the collateral effects increases from 6,0% in 3 months to 10,0% in 1 year (between menstrual hemorragia – 4,0%; mastalgia – 4,0%; a pathological increase of weight of body (4–5 kg) – 2,0%). Level of the compelled refusal makes 4,0%. The positive moments are decrease within year of frequency dysmenorrea (from 10,0% to 2,0%) and premenstrual syndrome (from 8,0% to 2,0%).

Use intrauterine contraceptions at women with chronic pyelonephritis has efficiency of 96,0%. Frequency of the compelled removal of a contraceptive makes 22,0% (full or partial expulshione – 10,0%; salpingooforites – 4,0%; hyperpolymenorrea – 4,0% and painful syndrome – 4,0%). The total indicator collateral effects increases from 12,0% in 3 months of 28,0% – in 1 year (between menstrual hemorragia – 12,0%; infringements microbiocenose of sexual ways – 10,0% and 6,0% – dyspareunia).

The conclusion. For optimisation of contraception at women with a chronic pyelonephritis probably use of a combination hormonal and phytopreparations.

Key words: hormonal contraception, a chronic pyelonephritis, optimization.

Сведения об авторе

Ледин Дмитрий Сергеевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 440-79-78

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М., Товстановська В.О. 2012. Контрацепція: порівняння та перспективи. *Нова медицина.* 4:21–27.
2. Вертищенко А.В., Присядько М.М. 2012. Методи контрацепції і їх роль у здоров'ї сучасної жінки. *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* 4:31–40.
3. Вовк К.Б., Петербуржська В.Ф. 2011. Гормональная терапия различных нарушений менструальной функции у женщин репродуктивного периода.:16.
4. Жук С.И., Захурдаева Л.Д. 2014. Гормональная контрацепция и пути оптимизации ее назначения. *Здоровье женщины.* 7:184–187.
5. Bayson L.W., Hughbert O.J. 2013/ Intrauterine contraception as a solution for modern woman. *JAMA.* 283:1430–6.
6. Birkhduser M. 2014/ Progestagen use in oral contraception – basic knowledge. *Ther Umsch.* 66 (2):71–87.
7. Cameron S. 2012. Contraception and gynaecological care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 23(2):211–20.

Статья поступила в редакцию 18.01.2016