

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ІМПЛАНТОВАНИМ ШТУЧНИМ ВОДІЄМ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Г.А. Ігнатенко, І.В. Мухін, Д.Ю. Узун

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вступ

У 5-40% хворих з імплантованим кардіостимулятором (режим DDD) виникають раніш не діагностовані пароксизми фібриляції передсердь (ФП), які визначають не лише погіршення системної гемодинаміки, але й створюють додатковий ризик кардіоеMBOLІЧНИХ ускладнень [2, 8]. Не дивлячись на те, що такий режим кардіостимуляції є одним з найбільш фізіологічних, проблема порушень серцевого ритму серед такої категорії хворих стає все актуальнішою [3]. Відомо, що одною з найчастіших причин (до 65%) виникнення ФП є ІХС [4, 6]. Між тим, приблизно в 20-30% випадків пароксизмальна форма ФП виникає у людей на тлі DDD режиму кардіостимуляції без гемодинамічно значущих порушень вільцевого кровообігу, а від так, залишаються не визначеними питання етіопатогенезу, електрофізіології, лікування і профілактики такого варіанту аритмії [5].

Мета дослідження полягала в аналізі протирецидивної ефективності ліпосомальних форм фосфатиділхоліну і кверцетину у хворих з неішемичною етіологією пароксизмальної ФП після імплантації пейсмейкера з режимом стимуляції DDD.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконувалося згідно з основним планом НДР Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і є фрагментом планової наукової теми «Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситерапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології» (№ держ. реєстрації 0108U009884).

Матеріал та методи дослідження

На першому етапі дослідження хворим з наявністю показань до постійної кардіостимуляції (синдром слабкості синусового вузла з брадикардією, тривалі паузи, синкопи, синдром Морганьї-Едемса-

Стокса, атріовентрикулярна блокада 2-3 ступеня, біфасцикулярна блокада) перед імплантацією стимулятора виключали гемодинамічно значущі порушення коронарного кровообігу, а хворих з наявністю ІХС до дослідження не включали. На другому етапі з когорти пацієнтів без ІХС з імплантованим пейсмейкером в режимі DDD відбирали хворих з наявністю пароксизмальної форми ФП.

До дослідження увійшли 40 пацієнтів з імплантованим кардіостимулятором в режимі DDD (згідно з рекомендаціями експертів Heart rhythm society and american college of cardiology foundation, 2012 р.) і наявністю пароксизмів ФП неішемичного походження. Методом випадкової вибірки пацієнти були розподілені в дві однотипні за віком ($\chi^2=0,5$, $p=0,41$), статтю ($\chi^2=1,8$, $p=0,24$), основним діагнозом ($\chi^2=2,1$, $p=0,22$) і формою ФП ($\chi^2=1,9$, $p=0,23$) групи спостереження. До 1-ї групи включено 20(50,0%) пацієнтів, які окрім базисного лікування, яке проводилося також з урахуванням супутньої кардіальної патології (інгібітори ангіотензинконвертуючого ферменту або сартани, антагоністи кальцію, бета-адреноблокатори, антагоністи альдостерону, дезагреганти, діуретики, статини), отримували профілактичні (підтримуючі) антиаритмічні дози аміодарону 150-450 мг/добу протягом року. Друга група спостереження включала 20 (50,0%) хворих, які окрім такого ж самого базисного і антиаритмічного лікування отримували ліпосомальний фосфатиділхолін і кверцетин: «Ліпін» (ліпосомальний фосфатиділхолін) вводили по 0,5 гр. на 50 мл фізіологічного розчину хлориду натрію вводили внутрішньовенно вранці, а «Ліпофлавіон» (27,5 мг ліпосомального лецитину-стандарту і 0,75 мг кверцетину) - внутрішньовенно ввечері (виробниче об'єднання «Біолек», Харків, Україна) по 10 днів кожні 3 місяці (4 курси на рік). Протиаритмічну ефективність двох режимів лікування оцінювали до початку лікування і через рік поспіль.

Для реєстрації безсимптомних і коротких нападів ФП використовували холтеровське моніторування ЕКГ (кардіомонітори «Cardio Tens» фірми «Meditech», (Угорщина) і «Кардіотехніка» - 04-АД-3(М), «Incart» (Росія)). Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми для статистичного аналізу «Statistica 6».

Отримані результати та їх обговорення

Результати впливу двох превентивних режимів на частоту симптомних і безсимптомних пароксизмів ФП надано в таблиці 1, з якої випливає, що в 2-ій групі спостереження було дещо більше пацієнтів з симптомними нападами ФП (на 5,0%), проте ефективність

включення до комплексного лікування ліпосомальних засобів в цій групі виявилася на 30,0% вищою, ніж традиційне. Зменшилася тривалість нападів в 1-ій групі на 0,3, а в 2-ій – на 4,2 хвилини (відмінності за результатами лікування між групами становили 3,7 хвилини). До того ж, в 1-ій групі до та після лікування, а також між групами спостереження статистично достовірних відмінностей встановлено не було. Вихідна частота безсимптомних пароксизмів ФП становила в обох групах 35%, що на 15% менше, ніж частота симптомних нападів аритмії в 1-ій і на 20,0% менше, ніж в 2-ій групі. Відзначена позитивна динаміка в бік зменшення частоти безсимптомних нападів ФП в 1-ій групі на 15%, а в 2-ій – на 25% порівняно з вихідними значеннями. Між тим, відмінності між групами наприкінці дослідження становили 10,0%, тобто в групі, що отримувала ліпосомальні препарати частота ФП виявилася вдвічі меншою за 1-у. Середня тривалість безсимптомних нападів в обох групах виявилася меншою, ніж симптомних пароксизмів (на 5,0 і 5,0 відповідно). Проте в 1-ій групі зменшення тривалості було мінімальним (на 0,2 хвилини) по відношенню до стартових значень, а в 2-ій групі – на 1,9 хвилини порівняно з вихідними параметрами і на 1,5 хвилини порівняно з аналогічними показниками через рік спостереження в 1-ій групі.

В режимі DDD пейсмейкер сприймає зубець P і надсилає електричний стимул до правого передсердя. Він накладаючись на рефрактерний період м'язи передсердя не викликає додаткового його скорочення [8]. Одночасно зубець P, що сприймається кардіостимулятором, як би «запускає» програму генерування чергового штучного стимулу для правого шлуночка. Такий електрофізіологічний механізм на даному етапі розвитку аритмології розцінюється як найбільш фізіологічний з приводу збудження і скорочення відповідних камер серця. Між тим, при зниженні долі шлуночкової стимуляції на 60% в режимі DDD дослідниками отримано двократний приріст рецидивів передсердних аритмій [10, 12]. При цьому зростає частота ФП у хворих при правощлуночкової стимуляції [11]. До того ж, автори вважають, що шлуночкова стимуляція при двокамерному режимі є не тільки фактором ризику виникнення пароксизмальної форми ФП, але й сприяє її підтримці, а зниження відсотка шлуночкової стимуляції дозволяє зменшити вірогідність рецидивування надшлуночкових аритмій в майбутньому [13-16].

Одним з досить неприємних моментів, що виникає під час пароксизму ФП в режимах DDD або DDDR є активація шлуночкової сти-

муляції. В зв'язку з цим в двокамерних стимуляторах включені алгоритми детекції частого, нефізіологічного передсердного ритму і автоматичного включення іншого режиму стимуляції (наприклад DDI або DDIR) [16]. По закінченні тахіаритмії кардіостимулятор автоматично перемикається на вихідний режим стимуляції (DDD або DDDR). Ця функція особливо корисна у пацієнтів з АВ-блокадою і при пароксизмальній ФП. Спеціальні програми, передбачені в сучасних кардіостимуляторах, дозволяють посиляти до серця електричні стимули низької енергії, які переривають реципрокні тахікардії (реципрокно АВ-вузлову, реципрокно тахікардію при синдромі WPW). Хоча, у хворих з ФП на тлі імплантації пейсмейкера в режимі DDD такі протиаритмічні можливості менші, ніж при інших надшлуночкових тахіаритміях [7]. Це питання є важливим з приводу того, що до числа ускладнень припинення пароксизмальних тахіаритмій відноситься ризик виникнення фібриляції тієї камери серця, на яку наноситься екстрастимул.

Таблиця 1

Ефективність профілактичного протиаритмічного лікування у хворих на пароксизмальну ФП

Параметри рецидивування	Етапи спостереження	Групи хворих	
		1-а група (n=20)	2-а група (n=20)
Частота симптомних пароксизмів ФП, %	початок превентивного етапу через рік	10(50,0%) 9(45,0%) ¹⁾	11(55,0%) 3(15,0%) ¹⁾²⁾
Середня тривалість одного симптомного пароксизму ФП, M±m, хвилини	початок превентивного етапу через рік	7,2±0,06 6,9±0,07	7,4±0,09 3,2±0,08 ¹⁾²⁾
Частота безсимптомних пароксизмів ФП, %	початок превентивного етапу через рік	7(35,0%) 4(20,0%) ¹⁾	7(35,0%) 2(10,0%) ¹⁾²⁾
Середня тривалість одного безсимптомного пароксизму ФП, M±m, хвилини	початок превентивного етапу через рік	2,2±0,03 2,0±0,02	2,4±0,06 0,5±0,02 ¹⁾²⁾

Примітка. ¹⁾ – відмінності між аналогічними показниками до та після лікування статистично достовірні; ²⁾ – відмінності між аналогічними показниками у хворих 1-ї і 2-ї груп статистично достовірні.

Згідно з погоджувальним документом експертів Heart rhythm society і american college of cardiology foundation (2012 р.), основним найбільш фізіологічним режимом кардіостимуляції на сучасному етапі розвитку аритмології є режим DDD. Між тим, останні моделі пейсмейкерів, що працюють в режимі DDDR, здатні визначати у хворого наявність фібриляції і тріпотіння передсердь та автоматично перемикаються на інший, безпечний і теж частотноадаптуючий (шлуночковий) режим стимуляції (VVIR) (так званий режим «switch mode»), який дозволяє уникати наджелудочкових тахіаритмій [2, 5]. Між тим, такі стимулятори є дорогими і мало доступними в нашій країні, а відтоді проблема лікування і профілактики ФП для хворих з постійною кардіостимуляцією залишається актуальною з приводу протиаритмічної терапії.

Ліпосоми - штучно створені біслоинні везикули, що складаються з одного або декількох фосфоліпідних бішарів, розділених водної фазою. Діаметр ліпосом може коливатися від 25 до 10 000 нм. Ці оболонки захоплюють у себе частину навколишнього водного розчину, а фосфоліпідна мембрана, яка їх утворює має властивості напівпроникного бар'єру, легко пропускає воду, але перешкоджає проникненню розчинених у ній речовин [1]. Ліпофлавіон - ліпосомальна форма біофлавоноїду кверцетину. До складу препарату входять кверцетин і фосфатиділхолін яєчного жовтка. Дія цього препарату базується на протизапальному (зниження синтезу лейкотрієнів), репаративному (поліпшення трофіки тканин), ангіопротекторному (нормалізація судинної проникності), антиоксидантному і антигіпоксичному (зниження активності перекисних процесів, мембраностабілізація), протиаритмічному (відновлення електричної стабільності міокарда і функції синусового вузла та провідної системи) ефектах. Відносно здатності поліпшувати електрофізіологічні процеси у міокарді при фібриляції і тріпотінні передсердь, вони наближаються до ефектів омега-3 поліненасичених жирних кислот [7, 9], а тому, можуть використовуватися при реперфузійних аритміях, як допоміжний засіб при суправентрикулярних і вентрикулярних порушеннях ритму, для профілактики пароксизмів ФП. Ліпін, будучи структурним антиоксидантом, має виражену мембраностабілізуючу дію за рахунок інтеграції в мембрану клітини. Саме фосфоліпідний склад визначає рідкокристалічні властивості і проникність мембран, що розглядаються в даний час як можливість управління внутрішньоклітинними процесами [1].

Висновки

1. У хворих з імплантованим двокамерним пейсмейкером виникають симптомні пароксизми ФП, що по відношенню до асимптомних в групах спостереження становлять 0,7 і 0,6 відповідно.

2. Тривалість симптомних нападів ФП виявилася в середньому на 5,0 хвилин більшою за безсимптомні.

3. Традиційне превентивне лікування сприяло зменшенню лише безсимптомних пароксизмів ФП, проте як включення до комплексної протиаритмічної терапії ліпосомальних засобів, на відмінну від стандартної, сприяє більш ефективному зменшенню частоти і тривалості як симптомних, так і безсимптомних варіантів ФП.

4. Ліпосомальні форми фосфатиділхоліну і кверцетину можуть розглядатися з позиції допоміжних засобів, що потенціюють протиаритмічну дію аміодарону та є доцільними для тривалої превентивної терапії пароксизмів ФП у хворих з імплантованим пейсмейкером в режимі DDD.

5. В наступних дослідженнях у такої категорії хворих планується визначити вплив запропонованого профілактичного ліпосомального лікування на частоту тромботичних ускладнень (інфаркту міокарда, кардіогенних емболічних інсультів або транзиторних ішемічних атак) протягом тривалого періоду спостереження.

Література

1. Безкаравайный Б.А. Препараты природного фосфатидилхолина: перспективы применения в педиатрии / Б.А. Безкаравайный, М.И. Когутническая // Здоровье ребенка. - 2007. - № 6 (9). - С. 100-105.
2. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. - М., НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2012. - 196 с.
3. Егоров Д.Ф. Диагностика и лечение пациентов с имплантированными антиаритмическими устройствами / Д.Ф. Егоров, О.Л. Гордеев. - СПб.: Человек, 2005. - 256 с.
4. Клинические рекомендации ВНОА по проведению электрофизиологических исследований, катетерной аблации и применению имплантируемых антиаритмических устройств / Л.А. Бокерия, Р.Г. Оганов, А.Ш. Ревишвили [и др.]. - Новая редакция, 2013. - 219 с.
5. Кузнецов В.А. Сердечная ресинхронизирующая терапия: избранные вопросы / В.А. Кузнецов. - М., 2007. - 126 с.
6. Максимов Д.Б. Острый инфаркт миокарда, осложненный атриовентрикулярной блокадой II-III степени, и эффективность

електрокардіостимуляції / Д.Б. Максимов, Б.Г. Искендеров // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - № 3. - С. 112-114.

7. Нанотехнології, наномедицина: перспективи наукових досліджень та впровадження їх результатів у медичну практику / Л.Г. Розенфельд, В.Ф. Москаленко, І.С. Чекман, Б.О. Мовчан // Укр. мед. часопис. - 2008. - № 5 (67). - С. 63-68.

8. Пятаева О.В. Фибрилляция предсердий как фактор риска фатальных осложнений: перспективы профилактики рецидивов у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами / О.В. Пятаева, С.А. Зенин, А.Д. Куимов // Pacific Medical Journal. - 2007. - № 1. - P. 22-26.

9. Billman G.E. The effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on cardiac rhythm: a critical reassessment / G.E. Billman // Pharmacol. Ther. - 2013. - Vol. 140 (1). - P. 53-80.

10. Cardiac resynchronization therapy in patients with permanent atrial fibrillation / Iu.V. Mareev, V.N. Shitov, V.G. Kiktev [et al.] // Kardiologiia. - 2013. - Vol. 53 (5). - P. 43-49.

11. Chase D. Dual-site right ventricular and left ventricular pacing in a patient with left ventricular systolic dysfunction and atrial fibrillation using a standard CRT-D device / D. Chase, V. Kumar, A. Hooda // J. Saudi. Heart. Assoc. - 2013. - Vol. 25(3). - P. 213-218.

12. Impact of atrial prevention pacing on atrial fibrillation burden: primary results of the study of atrial fibrillation reduction (SAFARI) trial / M.R. Gold, S. Adler, L. Fauchier et al. // Heart Rhythm. - 2009. - Vol.6. - P. 295-301.

13. Reduction of atrial fibrillation in remotely monitored pacemaker patients: results from a Chinese multicentre registry / K. P. Chen, Y. Dai, W. Hua [et al.] // Chin. Med. J. - 2013. - Vol. 126 (22). - P. 4216-4221.

14. Prospective randomized study to assess the efficacy of site and rate of atrial pacing on long-term progression of atrial fibrillation in sick sinus syndrome: Septal pacing for atrial fibrillation suppression evaluation (SAFE) study / C.P. Lau, N. Tachapong, C.C. Wang [et al.] // Circulation. - 2013. - Vol. 13, № 128 (7). - P. 687-693.

15. The pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator registry of the Italian association of arrhythmology and cardiac pacing / A. Proclemer, M. Zecchin, M. Lunati [et al.] // G. Ital. Cardiol. - 2013. - Vol. 14 (11). - P. 784-796.

16. Volkov D.E. Surgical treatment of bradyarrhythmia and heart insufficiency by electric cardiostimulation: operative access, implantable device, complications, specific implantation technique / D.E. Volkov // Klin. Khir. - 2012. - Vol. 4. - P. 58-64.

Резюме

Ігнатенко Г.А., Мухін І.В., Узун Д.Ю. Профілактика рецидивів фібриляції передсердь у хворих похилого та старечого віку з імплантованим штучним водієм серцевого ритму.

Мета дослідження полягала в аналізі протирецидивної ефективності ліпосомальних форм фосфатиділхоліну і кверцетину у хворих з неішемічною етіо-

логією пароксизмальної фібриляції передсердь після імплантації пейсмейкера з режимом стимуляції DDD. До дослідження увійшли 40 пацієнтів з імплантованим кардіостимулятором в режимі DDD і наявністю пароксизмів фібриляції передсердь неішемічного походження. До 1-ї групи включено 20(50,0%) пацієнтів, які окрім базисного лікування, яке проводилося також з урахуванням супутньої кардіальної патології, отримували профілактичні (підтримуючі) антиаритмічні дози аміодарону 150-450 мг/добу протягом року. Друга група спостереження включала 20(50,0%) хворих, які окрім такого ж самого базисного і антиаритмічного лікування отримували ліпосомальний фосфатиділхолін і кверцетин. Результати впливу двох превентивних режимів на частоту симптомних і безсимптомних пароксизмів фібриляції передсердь показали, що в 2-ій групі було дещо більше пацієнтів з симптомними нападами аритмії (на 5,0%). Ефективність ліпосомальних засобів в цій групі виявилася на 30,0% вищою, ніж при традиційному. Зменшилася тривалість нападів в 1-ій групі на 0,3, а в 2-ій - на 4,2 хвилини. Вихідна частота безсимптомних пароксизмів фібриляції передсердь становила в обох групах 35%, що на 15% менше, ніж частота симптомних нападів аритмії в 1-ій групі і на 20,0% менше, ніж в 2-ій. Відзначена позитивна динаміка в бік зменшення частоти безсимптомних нападів фібриляції передсердь в 1-ій групі на 15%, а в 2-ій - на 25% порівняно з вихідними значеннями. Середня тривалість безсимптомних нападів в обох групах виявилася меншою, ніж симптомних пароксизмів (на 5,0 і 5,0 відповідно). Проте в 1-ій групі зменшення тривалості було мінімальним (на 0,2 хвилини) по відношенню до початкових значень, а в 2-ій групі - на 1,9 хвилини.

Ключові слова: пейсмейкер, профілактика пароксизмів фібриляції передсердь, ліпосомальні форми фосфатиділхоліну і кверцетину.

Резюме

Ігнатенко Г.А., Мухін І.В., Узун Д.Ю. Профілактика рецидивів фібриляції передсердь у больних похилого и старческого возраста с имплантированным искусственным водителем сердечного ритма.

Цель исследования заключалась в анализе противорецидивной эффективности липосомальных форм фосфатидилхолина и кверцетина у больных с неишемической этиологией пароксизмальной фибрилляции предсердий после имплантации пейсмейкера с режимом стимуляции DDD. В исследование включены 40 пациентов с имплантированным кардиостимулятором в режиме DDD и наличием пароксизмов фибрилляции предсердий неишемического происхождения. В 1-ю группу включены 20 (50,0%) пациентов, которые кроме базисного лечения получали профилактические (поддерживающие) антиаритмические дозы амиодарона 150-450 мг / сутки в течение года. Вторая группа наблюдения включала 20(50,0%) больных, кроме такого же базисного и антиаритмического лечения получали липосомальный фосфатидилхолин и кверцетин. Результаты влияния двух превентивных режимов частоту симптомных и бессимптомных пароксизмов фибрилляции предсердий показали, что во 2-ой группе было несколько больше пациентов с симптомными приступами аритмии (на 5,0%). Эффективность липосомальных средств в этой группе оказалась на 30,0 % выше, чем в 1-ой. Уменьшилась продолжительность приступов в 1-ой группе на 0,3, а во второй - на 4,2 минуты. Исходная частота бессимптомных пароксизмов составляла в обеих группах 35%, что на 15% меньше, чем частота симптомных

приступов аритмии. Отмечена положительная динамика в сторону уменьшения частоты бессимптомных приступов фибрилляции предсердий в первой группе на 15%, а во 2-й - на 25% по сравнению с исходными значениями. Средняя продолжительность бессимптомных приступов в обеих группах оказалась меньше, чем симптомных пароксизмов (на 5,0 и 5,0 соответственно). Однако в первой группе уменьшение продолжительности было минимальным (на 0,2 минуты) по отношению к исходным значениям, а во 2-ой группе - на 1,9 минуты.

Ключевые слова: пейсмейкер, профилактика пароксизмов фибрилляции предсердий, липосомальные формы фосфатидилхолина и кверцетина.

Summary

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Uzun D.Yu. Prevent a recurrence of atrial fibrillation in elderly and senile patients with an implanted artificial drivers heart rate.

The aim of the study was to analyze the preventive efficacy of liposomal forms fosfatydlholin and quercetin in patients with non-ischemic etiology of paroxysmal atrial fibrillation after implantation pesmeyker with mode of stimulation DDD. To study included 40 patients with an implanted pacemaker in DDD mode and the presence of paroxysmal atrial fibrillation non-ischemic etiology. By the 1st group included 20 (50,0%) patients in addition to basic treatment (inhibitors of ARB, calcium antagonists, beta-blockers, aldosterone antagonists, dezagregants, diuretics, statins), carried out also considering concomitant cardiac pathology, received prophylactic (supporting) antiarrhythmic amiodarone dose of 150-450 mg / day throughout the year. The second observation group included 20 (50,0%) patients, in addition of the same base and antiarrhythmic treatment received liposomal fosfatydlholin and quercetin. "Lipin" (liposomal fosfatydlholin) was administered at 0.5 g. to 50 ml. saline was administered intravenously sodium chloride in the morning, and "Lipoflavon" (27.5 mg liposomal lecithin-standard and 0.75 mg quercetin) - intravenous evening (production association "Biolek", Kharkov, Ukraine) for 10 days every 3 months (4 courses per year). The results of the preventive effects of two modes in the frequency of symptomatic and asymptomatic paroxysmal atrial fibrillation showed that in the second group were slightly more patients with symptomatic seizures arrhythmias (5,0%). Efficacy of liposomal drugs in this group was 30% higher than the traditional. Decreased duration of attacks in the first group is 0,3, and the second - 4,2 minutes. Output frequency of asymptomatic paroxysmal atrial fibrillation in both groups was 35%, which is 15% lower than the frequency of symptomatic attacks of arrhythmia in the first group and 20% less than in the second. Awarded a positive trend towards reducing the frequency of asymptomatic atrial fibrillation attacks in the first group 15% and in the second - 25% compared with baseline values. The average duration of asymptomatic attacks in both groups appeared less than symptomatic paroxysmal (by 5,0 and 5,0 respectively). However, the first group of reduction was minimal duration (0,2 minutes) relative to the initial values, and the second group - 1,9 minutes.

Key words: pesmeyker, prevention of paroxysmal atrial fibrillation, liposomal form fosfatydlholin and quercetin.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.О. Терьошин

УДК 618.14-002-07

КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР ПАЦИЕНТОК: ВЛИЯНИЕ НА МАССУ ТЕЛА И МЕНСТРУАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ

И.В. Лахно, О.В. Неелова, С.А. Пак, О.К. Даниленко

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Днепропетровская городская клиническая больница № 9*

Введение

Гормональная контрацепция прошла длинный путь прогрессивного развития, связанный как с совершенствованием действующих веществ и лекарственных форм, так и трансформацией взглядов женщин на необходимость профилактики нежелательной беременности. Одним из основных требований к контрацептиву является отсутствие негативного влияния на организм пациентки и ее потомство. Помимо этого важным аспектом является отсутствие побочных эффектов, обусловленных фармакологическими особенностями компонентов гормональных контрацептивов [2].

В последние годы широко используются микродозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие минимальное количество этинилэстрадиола. Тем не менее частота «мажущих» выделений и прорывных кровотечений у этого класса КОК выше в первые месяцы применения, чем у минидозированных [2, 4, 5]. Также разработан дифференцированный подход к назначению КОК с учетом тропности прогестинового компонента к специфическим прогестероновым рецепторам и взаимодействия с неспецифическими рецепторами андрогенов, эстрогенов, кортизола и альдостерона [6, 8]. Это позволяет избежать синдрома непереносимости прогестинов и реализовать возможные лечебные эффекты КОК. Метаболическая нейтральность и отсутствие влияния на задержку жидкости в организме женщины являются серьезными критериями в выборе контрацептива. К недостаткам КОК следует отнести необходимость ежедневного приема, колебания уровня стероидных компонентов КОК в плазме крови, первичный метаболизм в печени и зависимость эффекта от всасывания в кишечнике [5, 7, 9].

Определение оптимального препарата для контрацепции вопрос достаточно сложный, основанный на личных предпочтениях и