

А.Л. Верткин, А.В. Носова

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА НОВОЙ ФОРМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ КЛАЙРА НА СОМАТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

УДК 613.888

В статье раскрывается влияние новой формы комбинированного гормонального орального контрацептива Клайра на психологический и соматический статус женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: Клайра, комбинированная гормональная контрацепция, репродуктивный возраст

In clause the problem of influence of the new form of the combined hormonal oral contraceptive klayra on the psychological and somatic status of women of reproductive age is revealed.

Keywords: klayra, the combined hormonal oral contraceptive, reproductive age.

В России ежегодно производится порядка двух миллионов абортов, из которых около миллиона являются повторными. Между тем и искусственное прерывание беременности отражается на соматическом и психологическом статусе женщины [5], что в последующем приводит к формированию нейроэндокринного метаболического синдрома.

Помимо этого в первые два года после аборта у 8% женщин наблюдаются осложнения воспалительной этиологии, а через четыре – у 20-25% нарушается менструальная функция, возникает недостаточность второй фазы цикла, ановуляция и относительная гиперэстрогения [4]. Эти изменения не только ухудшают качество жизни женщин, но и усугубляют метаболические нарушения, способствуя раннему развитию атеросклероза и возникновению артериальной гипертензии [2].

Связь аборта с психическим здоровьем – остро дискуссионный вопрос [11]. Одни авторы демонстрируют статистическую корреляцию между абортом и переживанием печали или стресса, другие – выделяют термин «послеабортный синдром», который включает в себя чувство вины, депрессию, эмоциональную оторженность, агрессивность и суицидальные мысли [6].

В этой связи уменьшение числа абортов с помощью применения со-

временных методов контрацепции является наиболее эффективной профилактической мерой воздействия на организм женщины в целом.

Немаловажную роль в психологическом комфорте женщины играет выбранный способ контрацепции [7]. Одними из наиболее эффективных и безопасных методов контрацепции по критериям ВОЗ (2009) являются комбинированные оральные гормональные контрацептивы. Помимо противозачаточного действия они обладают широким лечебно-профилактическим эффектом, улучшающим прогноз и качество жизни женщин [1]. Так, содержащиеся в них эстрогены, стимулируя синтез оксида азота, способствуют релаксации гладкомышечных клеток сосудистого эндотелия и увеличению плотности костной ткани [9,10], стабилизируют менструальный цикл, нормализуют продолжительность и интенсивность менструальноподобного кровотечения, что приводит к ликвидации железодефицитной анемии [8].

Однако, несмотря на несомненные их преимущества КОК, распространенность их применения в структуре других методов контрацепции в России не превышает 5-6% [1]. При этом как в ряду пациентов, так и среди врачей, в том числе терапевтов, бытует необоснованное мнение о их побочных действиях, что еще больше ограничивает использование этих препаратов.

В то же время на фоне их использования действительно могут появляться побочные явления, в том числе головные боли, межменструальные кровотечения, депрессивные и тревожные расстройства, а также уплотнение молочных желез, тромбоз вен нижних конечностей и увеличение веса. Эти

явления связаны с гиперэстрогенемией, частоту которой можно уменьшить путем снижения в комбинированных контрацептивах концентрации эстрогенного компонента, комбинируя их с прогестинами.[3].

Цель исследования – определить влияние новой формы комбинированного гормонального орального контрацептива Клайра на психологический и соматический статус женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование включало 3 этапа. В первой части работы мы ретроспективно оценивали соматический статус, применяемую фармакотерапию и акушерско-гинекологический анамнез 1218 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $36 \pm 4,1$ года) по архивным данным крупного многопрофильного стационара ($n=741$), четырех поликлиник ($n=361$) и двух женских консультаций ($n=116$) Дирекции департамента здравоохранения САО г. Москвы. Помимо этого на основе протоколов аутопсий были проанализированы структура и осложнения соматической патологии у 164 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $34 \pm 2,1$ года), умерших в четырех стационарах Москвы, Брянска и Казани в течение последних трех лет (2009-2011 гг.). Выявление морфологического субстрата болезней у данных женщин, средний возраст которых не превышал 44 лет, способствовало формированию представления о наиболее опасных заболеваниях женщин данного возраста (рис.1).

Вторая часть исследования заключалась в социологическом опросе 97 женщин различного возраста, среди которых 22 (средний возраст $36,6 \pm 4,1$)



Рис.1. Дизайн первой части исследования

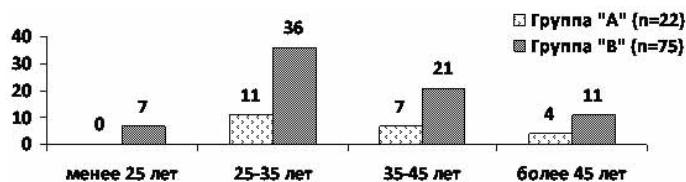


Рис.2. Возрастная структура проанкетированных женщин

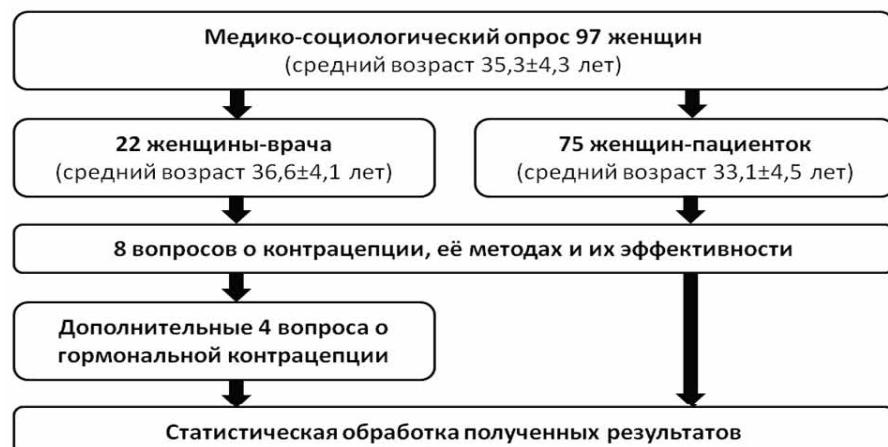


Рис.3. Дизайн второй части исследования



Рис.4. Дизайн третьей части исследования

являлись врачами-терапевтами (группа «А»), а остальные 75 (средний возраст $33,1\pm4,5$) – пациентками (группа «В»). Средний возраст всех проанкетированных женщин составил $35,3\pm4,3$ года.

Как видно из рис.2, большинство женщин были репродуктивного возраста.

Анкетирование проводили с целью оценки психологического статуса и уровня осведомленности женщин в вопросах эффективности и безопасности имеющихся методов контрацепции (рис.3). Всем участницам были заданы 8 вопросов, в том числе:

1. Знаете ли Вы о существовании связи между качеством контрацепции и состоянием Вашего здоровья?
2. Какой из методов контрацепции наиболее эффективный на Ваш взгляд?
3. Какой из методов естественной контрацепции наиболее эффективен?
4. Какой из методов барьерной контрацепции наиболее эффективен?
5. Какой из методов химической контрацепции наиболее эффективен?
6. Какой из методов гормональной контрацепции наиболее эффективен?
7. О каких опасностях, связанных с приемом гормонов, Вы знаете?
8. Какими методами контрацепции Вы пользуетесь/пользовались?

Кроме того, респонденты группы «А» должны были ответить на дополнительные вопросы, касающиеся гормональной контрацепции, а именно:

1. Известно ли Вам, с какими компонентами комбинированных контрацептивов связан риск развития нежелательных явлений?
2. Как Вы думаете, какие факторы способствуют гиперэстрогенемии?
3. Знаете ли Вы о различиях состава и режимов дозирования разных оральных контрацептивов?
4. Должен ли терапевт совместно с гинекологом участвовать в назначении гормональной контрацепции?

Третья часть исследования была посвящена изучению свойств нового комбинированного орального контрацептива Клайра, (Байер Шеринг Фарма, Германия) (КОК), содержащего в своем составе эстрадиола валерат и диеногест, которые максимально приближены к естественным эстрогенам и прогестинам, вырабатываемым в организме женщины (рис.4).

Динамический режим дозирования препарата характеризуется снижением дозы эстрогена и повышением дозы прогестагена на протяжении 26 дней применения активных таблеток. Эстра-

диопла валерат после приема внутрь и уже во время всасывания в слизистой оболочке кишечника быстро расщепляется до валериановой кислоты и эстрadiола, идентичного натуральному, концентрация которого поддерживается на относительно стабильном уровне на всем протяжении цикла.

Диеногест относится к прогестагенам четвертого поколения, так как не содержит в своей структуре этиниловой группы, ответственной за возможный гепатотоксический эффект, обладает высокой аффинностью к прогестероновым рецепторам, что обуславливает его высокую селективность.

В данный этап исследования было включено 58 женщин детородного возраста (средний возраст $30,4 \pm 4,2$ лет), которым гинекологом в строгом соответствии со схемой терапии, зарегистрированной компанией-изготовителем, был назначен исследуемый препарат.

Длительность терапии составила 6 месяцев, а период наблюдения – 12.

Эффективность проводимой терапии анализировали по количеству случаев развившейся беременности, а безопасность – по динамике психологического статуса женщин, оцениваемого с помощью шкалы депрессии Бека, уровню артериального давления (АД), состоянию углеводного (определение базального содержания глюкозы и инсулина сыворотки крови с расчетом индекса чувствительности тканей к инсулину), липидного и водно-электролитного обмена, изменению индекса массы тела (ИМТ), показателей коагулограммы (активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, МНО) и обмена железа.

Статистическую обработку результатов осуществляли в программах «Microsoft Excel» и «Statistica» (Version 6.0). Использовали такие статистические методики, как: вычисление среднего значения, вычисление стандартного отклонения, расчет достоверности и критерия Стьюдента, построение диаграмм и гистограмм. Различия между группами считали достоверно значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты и обсуждение. В первой части исследования было выявлено, что из 741 женщины детородного возраста 476 (64,2%) были госпитализированы в гинекологическое отделение, 218 (29,4) – в хирургическое, а остальные 47 (6,3%) – в терапевтическую клинику. Из 476 пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение, причиной для госпитализации у 309 (64,9%) была угроза невынашивания беременности,

у 52 (10,9) – апоплексия яичника, у 48 (10,2) – дисфункциональное маточное кровотечение, у 38 (7,9) – эктопическая беременность и у 29 (6,1%) – перекрут ножки кисты яичника.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям было произведено 178 женщинам (37,4%), средний возраст которых составил $29,0 \pm 6,1$ года, что ниже среднего возраста остальных госпитализированных в стационар женщин.

Таким образом, большая распространенность заболеваний женской репродуктивной системы, требующих стационарного, зачастую оперативного, лечения, высокая частота развития патологии беременности, диктующей необходимость её прерывания, а также более молодой возраст этой категории пациенток свидетельствуют о наличии недостатков в вопросах информирования женщин о планировании беременности и выборе метода контрацепции.

Особое внимание в работе мы уделяли вопросу наличия у обследуемых женщин постоянного партнера, который клиницисты уточнили только у 783 (64,3%) из 1218 пациенток, в том числе в стационаре у 62,6% (n=464) и на амбулаторном приеме в поликлинике – у 56,8% (n=205). В то же время врачи женских консультаций отразили данные семейного анамнеза в 98,3% случаев (n=114).

Таким образом, уточнение наличия постоянного полового партнера и закономерно следующий за ним вопрос контрацепции остается невыясненным в 35,7% случаев.

Наиболее информативными медицинскими документами, содержащими относительно развернутые сведения о применяемых способах профилактики беременности, являлись амбулаторные карты пациенток, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях.

Так, из 116 женщин, архивные документы которых находились в женских консультациях, в 103 (88,8%) случаях врачи обращали внимание на регулярность половой жизни пациентки, особенности применяемого метода контрацепции или отсутствие такового.

Обратную ситуацию наблюдали в стационаре, где данный показатель составил 32,4% (n=240), а на амбулаторном приеме – только 12,7% случаев (n=46).

Таким образом, сбор анамнеза, отражающего детородную функцию женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, и применяемые ими методы профилактики беременности

производится крайне редко (n=389), что составляет 31,9% от всех женщин с сохраненной детородной функцией. При этом данные вопросы задают в большинстве случаев (n=366) консультанты-гинекологи (94,1%), в то время как терапевты уделяют внимание проблемам женского репродуктивного здоровья и вопросам контрацепции своим молодым пациенткам в единичных случаях – 5,9% (n=23).

Из 1218 включенных в исследование женщин различных возрастных групп акушерско-гинекологический анамнез был собран клиницистами лишь в 579 случаях (47,5%). Так, из 579 пациенток в анамнезе у 236 (40,8%) имело место искусственное прерывание нежелательной беременности, причем у 82 из них (14,2%) – аборты были повторными (табл 1).

Как следует из табл. 1, вместе с числом случаев искусственного прерывания беременности увеличивается число соматических заболеваний. Так, у пациенток с тремя и более абортаами в анамнезе соматический статус тяжелее на 61,3% по сравнению с женщинами, никогда не прибегавшими к аборту.

У остальных 639 женщин (52,5%) информация в разделе акушерско-гинекологического анамнеза в медицинских документах отсутствовала.

У 893 (73,3%) из 1218 женщин удалось проанализировать спектр лекарственных препаратов, которые пациентки были вынуждены регулярно принимать в связи с какой-либо соматической патологией. Так, из 893 женщин фертильного возраста длительную лекарственную терапию получали 349 пациенток (39,2%), из которых 143 (40,9) принимали противовоспалительные препараты, 96 (27,5) – витамины, 75 (21,5) – гипотензивные препараты, 68 (19,5) – лекарства, влияющие на бронхиальную проходимость, 34 (9,7) – лекарственные средства, применяемые при заболеваниях органов пищеварения, 27 (7,7) – антимикробные препараты, 14 (4,1) – системные глю-

Таблица 1

Влияние аборта на соматический статус женщин (n=579)

Количество аборта в анамнезе	Количество соматических заболеваний
0 (n=343)	$1,2 \pm 0,1$
1 (n=154)	$1,2 \pm 0,1$
2 (n=36)	$1,4 \pm 0,2$
3 (n=29)	$2,6 \pm 0,2^*$
Более 3 (n=17)	$3,1 \pm 0,3^*$

* Соответствует значению $p < 0,0$.

кокортикостероиды и 11 (3,2) – другие медикаменты (в том числе седативные, корригирующие метаболизм и т.д.). Информация о длительной терапии остальных 325 (26,7%) пациенток в медицинских картах отсутствовала.

Таким образом, в случае возникновения какой-либо возможной патологии, связанной с нарушением репродуктивной функции и требующей назначения того или иного гормонального препарата (в т.ч. комбинированного), его подбор примерно у четверти женщин затруднен ввиду отсутствия информации о параллельно проводимой терапии и о потенциально возможном лекарственном взаимодействии.

Из 164 умерших женщин репродуктивного возраста причиной смерти у 102 пациенток (62,2%) явились злокачественные новообразования, у 39 (23,7%) – острые алкоголь-ассоциированные состояния и алкогольная висцеропатия, а у 23 (14,1%) – инфекционные заболевания и их осложнения. В структуре злокачественных новообразований у 69 (67,4%) был рак женских репродуктивных органов, в том числе у 37 (36,3) – рак молочной железы, у 17 (52,8) рак яичников, у 11 (35,9) – рак тела матки, а у 4 (11,3) – рак шейки матки. 22 женщинам был поставлен диагноз (21,8%) рак поджелудочной железы и 11 (10,6%) – рак других локализаций (легких, почек, желудка и т.д.).

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста имеет место высокая распространенность соматических заболеваний, наиболее неблагоприятными из которых являются злокачественные новообразования органов женской репродуктивной системы. В этой связи уместно напомнить о значении эстрогенов в профилактике рака женских репродуктивных органов и роли комбинированных контрацептивов как донаторов половых гормонов.

Согласно проведенному анкетированию 97 женщин существование связи между частотой искусственного прерывания беременности и соматическим статусом предполагают лишь 24,5% женщин (n=25), а именно 16 из группы «А» (72,7%) и 6 – из группы «В» (8,1%) ($p<0,05$).

По мнению 68,2% женщин группы «А» (n=15) и 44,1% – группы «В» (n=33) наиболее эффективным методом контрацепции является приём гормональных противозачаточных средств. Однако естественный метод профилактики беременности считают более успешным 9,1% женщин группы «А» (n=2) и 14,7% – группы «В» (n=11),

а барьерный – 22,7 (n=5) и 37,3% (n=28), соответственно. Химический метод контрацепции считают лучшим 4,1% женщин-пациенток (n=3). 40,9% женщин-врачей (n=9) и 41,3% женщин-пациенток (n=31) наиболее эффективным методом естественной контрацепции считают прерванный половой акт ($p>0,05$). Температурный метод является самым действенным для 27,3 (n=6) и 16,1% (n=12) ($p>0,05$), календарный – для 18,2 (n=4) и 32,1% (n=24) ($p>0,05$), а цервикальный – для 13,6 (n=3) и 10,7% (n=8) женщин ($p>0,05$) соответственно.

59,1% женщин-врачей (n=13) и 77,3% женщин-пациенток (n=58) наиболее эффективным методом барьерной контрацепции считают использование мужских презервативов ($p>0,05$). Применение шеечных колпачков является самым успешным методом по мнению 13,7 (n=3) и 13,3% (n=10) женщин ($p>0,05$), влагалищных диафрагм – 9,1 (n=2) и 8,1 (n=6) ($p>0,05$), а женских презервативов – 18,2 (n=4) и 1,3% (n=1) женщин ($p>0,05$) соответственно.

68,2% женщин-врачей (n=15) и 44,1% женщин-пациенток (n=33) наиболее эффективным методом химической контрацепции считают использование вагинальных свеч ($p<0,05$). Применение вагинальных тампонов является самым действенным для 9,1 (n=2) и 34,7% (n=26) ($p<0,05$), а вагинального крема – для 22,7 (n=5) и 21,3% (n=16) женщин ($p>0,05$) соответственно.

22,7% женщин-врачей (n=5) и 30,7% женщин-пациенток (n=23) самым эффективным методом гормональной контрацепции считают приём комбинированных контрацептивов ($p<0,05$). Приём некомбинированных гестагенов (мини-пили) является наиболее успешным способом контрацепции по мнению 18,2 (n=4) и 16,1% (n=12) жен-

щин ($p>0,05$), а использование посткоитальной гормональной контрацепции – 4,1% (n=3) женщин-пациенток ($p<0,05$). Кроме того, использование гормональных инъекций максимально эффективно на взгляд 4,5 (n=1) и 4,1% (n=3) опрошенных женщин ($p>0,05$), гормональных подкожных имплантов – 4,5% (n=1) и 2,7 (n=2) ($p>0,05$), гормональных колец – 27,3 (n=6) и 22,7 (n=17) ($p>0,05$), гормональных пластырей – 4,5 (n=1) и 5,3 (n=4) ($p>0,05$), гормональных внутриматочных спиралей – 18,2 (n=4) и 14,7% (n=11) женщин ($p<0,05$) соответственно.

Таким образом, осведомленность женщин в вопросах эффективности и безопасности контрацепции неоднозначна, что, вероятно, обуславливает трудности в выборе ими противозачаточного метода.

Однако если в вопросах эффективности естественной, барьерной и химической контрацепции у женщин существует определенная ясность, то в выборе наиболее эффективного гормонального метода контрацепции наблюдаются очевидные трудности. Более того, в эффективности комбинированных контрацептивов женщины-врачи уверены на 8% реже, чем женщины-пациентки. Неоднозначность отношения к гормональным противозачаточным средствам может быть объяснена с позиций безопасности (рис. 5).

Как видно из рис. 5, 86,7% женщин-врачей (n=19) и 70,7% (n=53) женщин-пациенток опасаются избыточной массы тела ($p>0,05$). Избыточного роста волос боятся 22,7 (n=5) и 33,3% (n=25) женщин ($p>0,05$), появления новообразований – 63,7 (n=14) и 24,1 (n=18) ($p<0,001$), депрессивных и тревожных расстройств – 36,7 (n=8) и 48,1 (n=36) ($p>0,05$), тромбозов – 72,7 (n=16) и 54,7 (n=41) ($p>0,05$), а нарушений менстру-

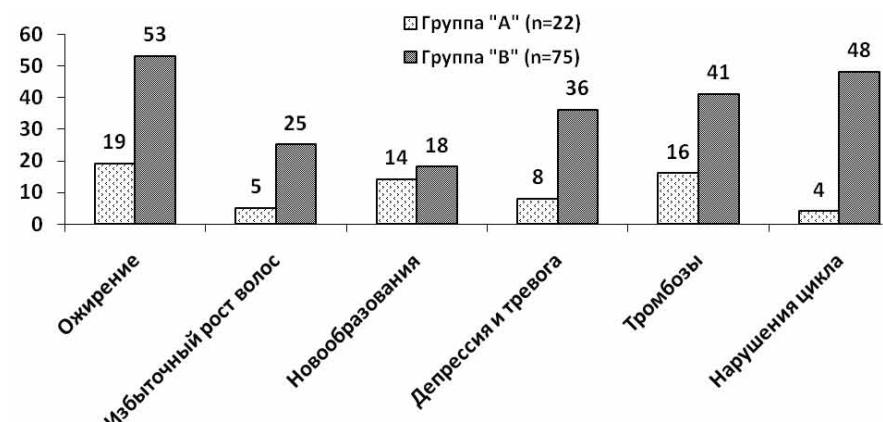


Рис.5. Информированность респондентов о возможности нежелательных эффектов приема гормональных контрацептивов

ального цикла – 18,2 (n=4) и 64,1% (n=48) женщин (p<0,05) соответственно.

Таким образом, основными аргументами против гормональной контрацепции у большинства женщин являются риск ожирения, избыточного роста волос, депрессивных и тревожных расстройств и тромботических осложнений. Более того, женщины-врачи на 39,6% чаще женщин-пациенток связывают приём гормональных противозачаточных средств с развитием новообразований, в том числе злокачественных. И наоборот, женщины-пациентки на 45,9% чаще опасаются нарушений менструального цикла на фоне приема гормональных контрацептивов.

Сомнения в безопасности гормональных методов контрацепции, которые абсолютным большинством женщин (68,2% женщин группы «А» (n=15) и 44,1% женщин группы «В» (n=33)) признаются наиболее эффективными, в то же время приводят к низкой частоте приёма гормонов.

Опрос 22 женщин-врачей показал их неосведомленность в механизмах действия и возможных побочных эффектах КОК. Так, нежелательные явления КОК 40,9% врачей (n=9) связывают с эстрогенным и 27,3% (n=6) – с гестагенным компонентом, 13,6% (n=3) – с высокими дозами обоих гормонов, входящих в состав КОК, а 18,2% (n=4) – не могут дать ответ на этот вопрос.

По мнению 5 врачей (22,7%), гиперэстрогенемии способствуют гормональнозависимые опухоли, 3 врачей (13,6) – ожирение, 4 врачей (18,2) – стрессорные ситуации, а остальные 10 клиницистов (45,5%) затруднились дать ответ. Никотиновую и алкогольную зависимости, а также ассоциированную с ними патологию ни один из клиницистов к факторам риска развития гиперэстрогенемии не отнёс. Ни один из опрошенных врачей-терапевтов на вопрос о химическом составе и режиме дозирования различных гормональных противозачаточных средств не ответил, в то же время в целесообразности назначения и выбора КОК совместным решением гинеколога и терапевта были убеждены 19 опрошенных женщин (86,4%).

Таким образом, женщины репродуктивного возраста, в том числе являющиеся врачами общей практики, продемонстрировали низкую осведомленность в общих вопросах контрацепции, а также в аспекте эффективности и безопасности гормонального метода

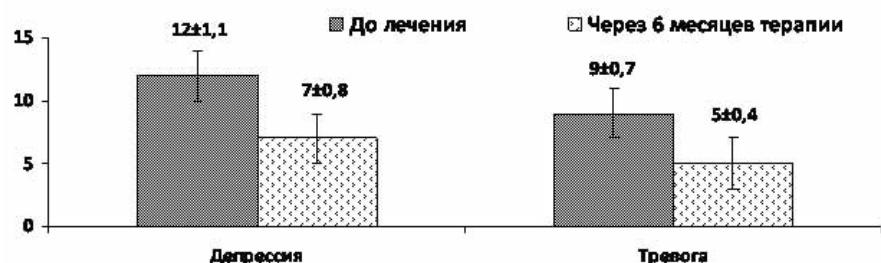


Рис.6. Психологический статус женщин до и после терапии КОК

Таблица 2

Динамика клинико-лабораторных показателей на фоне терапии КОК

Показатель	До терапии	После терапии
ИМТ, кг/м ²	28,7±4,3	27,8±3,9
Индекс QUICKY, балл	0,365±0,012	0,371±0,011
Систолическое АД, мм рт.ст.	128±7	127±6
Диастолическое АД, мм рт.ст.	78±3	79±4
АЧТВ, с	32±1,8	34±1,4
Фибриноген, г/л	2,5±0,2	2,4±0,2
МНО	0,9±0,05	0,8±0,05
Гемоглобин, г/л	121,4±2,7	123,3±1,9
Сывороточное железо, мкмоль/л	24,4±0,8	24,9±0,9
Общий холестерин, ммоль/л	3,8±0,3	3,7±0,2
Глюкоза крови, ммоль/л	4,1±0,2	4,0±0,4
Калий сыворотки крови, ммоль/л	3,9±0,9	4,1±0,6
Натрий сыворотки крови, ммоль/л	137,6±2,2	139,2±2,4

* Соответствует значению p<0,05.

предохранения от нежелательной беременности.

Как видно из рис.6, на фоне 6-месячной терапии КОК угнетения психологического статуса женщин, вошедших в исследование, отмечено не было. Более того, за время наблюдения средний балл симптомов депрессии уменьшился с 12±1,1 до 9±0,7 (на 41,7%) (p<0,05), а тревоги – с 7±0,8 до 5±0,4 (на 44,6%) (p<0,05).

Как видно из табл. 2, на фоне терапии комбинированным гормональным оральным контрацептивом, содержащим эстрадиола валерат и диеногест уровень систолического и диастолического АД (p>0,05), углеводный (p>0,05), липидный (p>0,05) и водно-электролитный обмен (p>0,05), индекс массы тела (p>0,05), показатели коагулограммы (p>0,05) и обмена железа (p>0,05) не претерпели изменений. Кроме того, на фоне его применения ни у одной из пациенток беременность не наступила.

Таким образом, полученные результаты отражают высокую эффективность и безопасность исследованного КОК, позволяют широко использовать его в качестве гормонального противозачаточного препарата у широкого круга женщин репродуктивного возраста, не влияющего на угнетение психического статуса, а также не имеюще-

го влияния как на гемодинамические показатели, так и на параметры углеводного, липидного, водно-солевого обменов.

Литература

1. Адамян Л.В.Генетические аспекты гинекологических заболеваний / Л.В.Адамян, В.А. Спицын, В.Н. Андреева. – М: Медицина, 2008. -240с. Adamyan, L.V.Genetic aspects of gynecologic diseases // L.V. Adamyan, V.A. Spitsin, V.N. Andreeva-M:,Medicina,2008.-240p.
2. Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия / В.И. Кулаков, Б.В.Леонов, Л.Н.Кузьмичев. -М:,Медицина, 2005. - 592с. Kulakov, V.I.Treatment of female and male's barreness // V.I.Kulakov, B.V.Leonov, L.N. Kuzmichev-M:,Medicina,2005- 592p.
3. Подзолкова Н.М. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова.- М:Медицина, 2003.-129с. Podzolkova, N.M.Differential diagnostics in gynecology // N.M.Podzolkova, O.L.Glazkova-M:,Medicina,2003.-129p.
4. Савельева Г.М. Акушерство / Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков. - М: Медицина,2000-262с. Saveleva, G.M.Obstetrics. // G.M. Saveleva, V.I. Kulakov, A.N. Strishakov-M:,Medicina,2000-262p.
5. Хломов К.Д. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических на течение беременности у женщин с угрозой прерывания / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколов // Перинатальная психология и психология родительства. - 2007.- №3.-С. 38-49. Hlomov, K.D. The influence psychoemotional

and individual- characteristical on current of pregnancy at women with threat of interruption.// K.D. Hlomov, S.N. Enicolopov / Prenatal psychology and parental psychology.- 2007.- №3.- P. 38-49.

6. Adler N.E. Psychological factors in abortion / N.E. Adler, H.P. David, B. Major // American Psychologist.-2007.- № 47.-P. 1194-1204.

7. Coleman P.K. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research

published 1995-2009 / P.K. Coleman // The British Journal of Psychiatry. - 2007.- 199 (3). - P. 180-186.

8. Graser T. Climodien (estradiol valerate 2 mg plus dienogest 2 mg) is safe and effective in the treatment of postmenopausal complaints / T. Graser // Climacteric. - 2001.-№ 4.- P. 332-342.

9. Katsuki Y. Effects of dienogest (a synthetic steroid) on coagulation, fibrinolysis, and platelet aggregation in female monkeys / Y. Katsuki, H.

Nobukata, T. Ishikawa // Toxicol Letters. - 1998, (98).- P.105-113.

10. Muck A.O. Effects of estradiol and dienogest on potential markers of vascular function in postmenopausal women / A.O. Muck // Jenapharm Company Documentation. - 1998.-21p.

11. Pope L.M. Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? / L. M. Pope, N. E. Adler, J. M. Tschan // Journal of Adolescent Health. - 2008.-№ 29. - P. 2-11.

УДК 616.1-083.98(571.56)

С.Н. Морозов, А.А. Донская, К.И. Иванов, Л.М. Мярина

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ЯКУТСКЕ

В исследовании проведен анализ результатов лечения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе: сравнивалась группа больных, получивших тромболитическую терапию (ТЛТ) и не получивших. Положительная динамика в первые 180 мин в группе с ТЛТ по ЭКГ-признакам у 63%, по клиническим признакам – у 84% больных, у пациентов, не получивших ТЛТ, положительная ЭКГ-динамика у 38%, клиническая динамика – у 59%. Методика ТЛТ эффективна и безопасна и может проводиться любой бригадой скорой и медицинской помощи.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, тромболитическая терапия.

The article presents the analysis of results of patients treatment with acute coronary syndrome at a pre-hospital stage has been made: the group of patients received TLT and not received was compared. Positive dynamics in group with TLT on electrocardiography attributes was found at 63 %, to clinical attributes at 84 % of the patients; in distinction from patients who did not received TLT: positive electrocardiography dynamics in 38%, clinical dynamics in 59%. TLT technique is effective and safe and can be spent by any emergency brigade.

Keywords: acute coronary syndrome, thrombolysis therapy.

Несмотря на огромные усилия научных и практикующих врачей, летальность от сердечнососудистых заболеваний в РФ остается высокой [2]. Во многом это обусловлено трудностями при внедрении инвазивных методов лечения острого коронарного синдрома (ОКС). Даже в столице РФ г. Москва эти методы используются у 5-10% больных. [5] В Республике Саха (Якутия) территориальная раздробленность населенных пунктов и труднодоступные транспортные схемы не позволяют доставить пациента на операционный стол в рекомендуемый временной период – 90 мин от начала появления симптомов ОКС. Поэтому тромболитическая терапия (ТЛТ) на сегодня остается лидерствующей реперфузационной стратегией. По представленным в 2007 г. данным, ТЛТ проводится в мегаполисе в 13%, в средних городах в 19, в сельской местности в 9% случаев [6,7], а в г. Якутске в 9,9% от количества диагностированного ОКС [1]. Столь небольшой процент проводимой ТЛТ

обусловлен тем, что процедура выполняется только специализированными бригадами, несмотря на рекомендации проводить ТЛТ фельдшерским и линейным врачебным бригадам [4]. Кроме этого, на догоспитальном этапе врач «скорой помощи» для диагностики ОКС пользуется скучным анализом анамнестических, клинических и ЭКГ-данных и не всегда применяет биохимические маркеры некроза миокарда, в связи с чем у врача очень часто возникают сомнения, которые трактуются в пользу отказа от ТЛТ. Однако при умелой организации процесса и желании организаторов здравоохранения, врачей, фельдшеров «скорой помощи» можно повсеместно внедрить эту методику, включая районные больницы и амбулатории, и в разы увеличить количество проведенных процедур.

Цель исследования: сравнительный анализ результатов лечения с использованием тромболитической терапии у больных с ОКС на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 327 больных с ОКС, обратившихся за медицинской помощью на Станцию скорой медицинской помощи г. Якутска в 2009-2010 гг. В зависимости от тактики лечения пациенты разделены на 2 группы: в первую группу вошли 127 больных, которым наряду со стандартной медикаментозной терапией про-

водилась ТЛТ. Показаниями к проведению ТЛТ были: подъем сегмента ST ЭКГ на 0,1 мВ и выше не менее чем в 2 смежных отведениях, либо впервые диагностированная блокада левой ножки пучка Гиса, которые сопровождались соответствующей клинической картиной ОКС [2]. Вторую группу – 91 больной – составили больные с ОКС, которым по различным причинам не проводили ТЛТ и эндоваскулярные лечебные манипуляции (отказ больного, наличие противопоказаний, и др.). В сравниваемых группах больных значимых различий не наблюдалось ($\phi=0,09-0,777$; $p>0,05$) (табл.1).

Исследуемые группы были сопоставимы. Все больные в соответствии с протоколом получали лечение, включающее терапию нитратами, β-адреноблокаторами, дезагрегантами, анальгетиками. Больным проводили мониторинг ЭКГ, АД, ЧСС. С целью дальнейшего лечения больные были доставлены в МУ ЯГКБ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica 6.0: применяли критерий Фишера, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В исследование включены пациенты старшего возраста. Средний возраст в 1 группе составил: $56,6 \pm 8,2$, во 2-й – $57,1 \pm 10,3$ года. По анализу ЭКГ-данных, в локализации поражения миокарда в исследуемой группе преобладало пораже-

МОРОЗОВ Сергей Николаевич – к.м.н., докторант Московского государственного медико-стоматологического университета; **ДОНСКАЯ Ара Андреевна** – д.м.н., проф. ИПОВ СВФУ им.М.К. Аммосова; **ИВАНОВ Кюндюл Иванович** – д.м.н., директор Республиканского кардиологического диспансера РБ №1-Национального центра медицины МЗ РС(Я); **МЯРИНА Лиля Михайловна** – зав. отделением МУ ЯГКБ г. Якутска.