

А.Л. ТИХОМИРОВ¹, д.м.н., профессор, С.И. САРСАНИЯ², И.Б. МАНУХИН¹, д.м.н., профессор, В.В. КАЗЕНАШЕВ¹, к.м.н., Т.А. ЮДИНА³

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

²Федеральный центр репродукции «Санта-Мария», Москва

³Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-Клиника», Москва

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРОВ

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛНГ-ВМС

Применение обратимых контрацептивных методов длительного действия (Long-Acting Reversible Contraception – LARC), к которым относится ЛНГ-ВМС, при адекватном и рациональном консультировании может осуществлять не только контрацептивную, профилактическую, но и терапевтическую задачу при ряде распространенных гинекологических заболеваний. Рассмотрены 3 клинических случая с разбором ошибок при ведении пациенток.

Ключевые слова: обратимые контрацептивные методы длительного действия, левоноргестрел-рилизинг-система, контрацепция, гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, аденомиоз, заместительная гормональная терапия, перименопауза, репродуктивный возраст, экспульсия.

A.L. TIKHOMIROV¹, MD, Prof., S.I. SANSANIA², I.B. MANUKHIN¹, MD, Prof., V.V. KAZENASHEV¹, MD, T.A. YUDINA³

ANALYSIS OF CLINICAL EXAMPLES WHEN USING LNG-IUS

¹Evdokimov Moscow State Medical and Stomatologic University

²Federal Reproduction Center Santa-Maria, Moscow

³Multi-Profile Medical Holding SM-Klinika, Moscow

The use of long-acting contraceptive methods of the Long-Acting Reversible Contraception (LARC), to which the LNG-IUS belongs, with adequate and rational counseling can exercise not only a contraceptive, but also a preventive task in the treatment of disseminated gynecological diseases. Three clinical cases with the analysis of errors in the management of the patients are considered.

Keywords: Long-Acting Reversible Contraception, Reversible contraceptive methods of long-acting (LARC), levonorgestrel-releasing system (LNG-IUS), contraception, endometrial hyperplastic processes, uterine myoma, adenomyosis, hormone replacement therapy, perimenopause, reproductive age, expulsion.

В последние годы наметилась четкая тенденция к росту числа женщин, сделавших свой выбор в пользу LARC-методов (обратимые контрацептивные методы длительного действия, Long-Acting Reversible Contraception – LARC). Прогнозируется, что к 2020 г. их будут использовать около 57 млн женщин во всем мире [1].

В ходе исследования Contraceptive CHOICE Project, целью которого явилось повышение приемлемости и частоты применения LARC-методов у женщин репродуктивного возраста (n = 9 256, возраст 14–45 лет) после рассмотрения всех преимуществ этих средств и снятия финансового барьера (пациентки получали контрацептивы бесплатно), 69,8% женщин выбрали именно их: 46,9% – внутриматочную систему (ВМС) с левоноргестрелом, 12,4% – подкожный имплантат с этоноргестрелом и 10,5% – медьсодержащие внутриматочные средства, а не комбинированные оральные контрацептивы (КОК), пластыри, влагалищные кольца или инъекции депо медроксипрогестерона ацетата [2].

По данным ВОЗ, почти 85 млн женщин во всем мире пользуются ВМС. Внутриматочная контрацепция (ВМК) является вторым по распространению в мире методом предохранения от беременности после хирургической стерилизации [3]. В результате многочисленных исследований было доказано, что оптимальным гестагеном для ВМС является левоноргестрел (ЛНГ). В Финляндии в 1975 г. была разработана внутриматочная гормональная (ЛНГ) рилизинг-система. В результате масштабных исследований доказано, что ЛНГ-ВМС является наиболее эффективной, перспективной гормон-высвобождающей внутриматочной системой, которая широко рас-

пространена во многих странах мира. В общей сложности ЛНГ-ВМС исследовалась в течение 20 лет с участием 10 тыс. женщин и в 1990 г. появилась в продаже. ЛНГ как компонент внутриматочной системы выбран потому, что является одним из наиболее сильнодействующих прогестинов, обладает выраженным сродством к рецепторам прогестерона, проявляет 100%-ную биологическую активность. Это синтетический гестаген из группы 19-норстероидов, самый активный из известных гестагенов, обладает сильными антиэстрогенными и антигонадотропными эффектами и слабыми андрогенными свойствами. ЛНГ метаболизируется в эндометрии не так быстро, как прогестерон, и оказывает выраженное влияние на эндометрий. Поэтому первое, с чем сталкиваются клиницисты, – это необходимость использования ЛНГ-ВМС как контрацептива.

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР)

Пациентка В., 34 года

Обратилась с просьбой подобрать индивидуально способ предохранения от нежелательной беременности. При разговоре – взволнована.

Из анамнеза:

Менструации с 11 лет, установились сразу, обильные (более 6 прокладок в день), безболезненные, регулярные, через 28–30 дней. 5 дней менструального цикла (МЦ).

Половая жизнь с 18 лет, половой партнер 1, в браке (1).
Б-4: Р-3 (2004, 2008, 2011 гг. – самостоятельная беременность/роды, без осложнений). Последняя беременность на фоне КОК – январь 2016 г., закончилась неразвивающейся беременностью на сроке 4–5 недель.

Внутриматочная контрацепция является вторым по распространению в мире методом предохранения от беременности после хирургической стерилизации

Контрацепция:

Пациентка признает, что прием противозачаточных таблеток был нерегулярным, часто нарушения в приеме КОК достигали более 12 часов.

Прием КОК до последней беременности – 2 мес. Прием 3-й упаковки начала с опозданием и вновь с нарушением частоты приемов.

Наличие неразвивающейся беременности очень повлияло на психоэмоциональный фон пациентки.

Ранее пациентка пробовала использовать другие методы контрацепции.

Барьерные методы контрацепции (презервативы) периодически вызывают аллергическую реакцию (контактный дерматит).

Медьсодержащая ВМС – в период с 2006–2007 гг. Удалена из-за наличия обильных кровяных выделений в период менструации. Появление железодефицитной анемии.

Внутриматочное кольцо – в период с 2012 г., в течение 6 мес. Прекратила использование в связи с дискомфортом во время применения (периодически выпадало) и необходимостью особых условий перевозки (холодный контейнер) при длительных перелетах. Походов к врачу в другой стране для получения рецепта хотела избежать.

При очередном обращении к гинекологу был рекомендован прием КОК, который повлек вышеописанные последствия в связи с нарушениями режима использования.

Также при использовании КОК у данной пациентки отмечались проявления кандидозной инфекции перед очередной менструально-подобной реакцией.

Экстрагенитальные заболевания

2007 г. Железодефицитная анемия. Лечение. В настоящее время пациентка соматически не отягощена.

Гинекологические заболевания

2005 г. Эктопия шейки матки. Электрокоагуляция. Цитологическое исследование от 02.2016 г. – NILM.

2011, 2015, 2016 гг. Эпизоды вульвовагинального кандидоза. Лечение. Последнее обострение – январь 2016 г. Лечение с положительным терапевтическим эффектом.

2009 г. Аденомиоз. Миома матки малых размеров.

2016 г. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РДВ) слизистой полости матки по поводу неразвивающейся беременности, подтвержденной гистологическим исследованием.

03.2016 г. Консультации терапевта перед планируемым отъездом. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, гемостазиограмма – норма. Индекс массы тела (ИМТ) 27,5.

Консультация маммолога: железисто-кистозная мастопатия. Рекомендован УЗИ-контроль через 1 год.

Проведено бимануальное УЗИ

Клинический диагноз: аденомиоз. Миома матки малых размеров. Опущение передней/задней стенок влагалища I степени.

УЗИ (интрамуральные узелки по передней и задней стенкам – 1,5, 1,8 см соответственно, матка округлой формы, увеличение толщины задней стенки).

Эндометрий – 0,3 мм, 3-слойный, не изменен, соответствует фазе цикла. Яичники с мелким фолликулами. Далее проведен УЗИ-мониторинг МЦ. Заключение об отсутствии патологии эндометрия. Выявлен овуляторный МЦ.

Вне кровянистых выделений проведено бактериологическое, бактериоскопическое исследование. Обнаружены лактобактерии 10*7 ст., флора палочковая умеренная.

Исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) от 02.2016 – инфекции, передаваемые половым путем, вирус папилломы человека (ВПЧ) – не обнаружены.

Рекомендации

Учитывая данные анамнеза и проведенного дообследования, пациентке рекомендована и установлена ЛНГ-ВМС (левоноргестрел-рилизинг-система) под контролем УЗИ.

На протяжении 3 мес. перед очередным длительным отъездом пациентка находилась под дополнительным контролем по настоятельной просьбе. Менструально-подобная реакция на 2–3 мес. использования ЛНГ-ВМС – умеренная (3–4 прокладки в сутки), эмоциональный фон стабильный, жалоб не предъявляла.

Учитывая ИМТ пациентки, ей была объяснена возможная причина сохранения умеренных менструально-подобных выделений на данном этапе. УЗИ-мониторинг ЛНГ-ВМС через 1–3 мес. не выявил патологических изменений. М-ЭХО – 4,6 мм.

В результате масштабных исследований доказано, что ЛНГ-ВМС является наиболее эффективной, перспективной гормонально-высвобождающей внутриматочной системой, которая широко распространена во многих странах мира

Комментарии

Выбор гинеколога в пользу КОК или внутриматочного гормонального кольца у данной пациентки считаем целесообразным, потому что отмечены нарушения в приеме таблеток, пациентка забывает своевременно удалять внутриматочное кольцо, беспокоится о возможности нарушения его при транспортировке, не имеет возможности адекватно контролировать гемостаз, находясь длительное время за пределами страны, не всегда имеет

возможность обеспечить себя препаратом контрацепции при изменениях в графике командировок. Также у пациентки после родов зарегистрировано опущение передней и задней стенок влагалища, что приводит к необходимости периодически переставлять и поправлять внутриматочное контрацептивное кольцо.

Механизм контрацептивного действия ЛНГ-ВМС основан на изменении структуры эндометрия (торможение пролиферативных процессов; подавление митотической активности клеток эндометрия и миометрия; децидуоподобная реакция стромы; утолщение и фиброз стенок сосудов; тромбоз капилляров; снижение васкуляризации и количества сосудов; развитие атрофических процессов и аменореи); нарушение функции сперматозоидов (в том числе их подвижности). Значительное подавление функции эндометрия также может способствовать нарушению миграции сперматозоидов в маточные трубы. Изменение вязкости и химических свойств цервикальной слизи (предотвращение пенетрации сперматозоидов, а также патогенных микроорганизмов); изменение перистальтики маточных труб; снижение гипоталамо-гипофизарной функции (слабовыраженное торможение секреции ЛГ, изменения процесса овуляции и функции желтого тела). Такой механизм действия, принципиально отличный от медьсодержащих ВМК, объясняет наличие у ЛНГ-ВМС качественно новых свойств.

ЛНГ-ВМС не только обеспечивает высокую контрацептивную надежность, но и при изменении решения в пользу деторождения способствует быстрому восстановлению фертильности, что придает уверенности женщине и ощущение ее полноценности

R. Lewis и соавт. провели исследование *in vitro*, в котором с помощью надежных современных тестов слепым методом оценивали качество цервикальной слизи и пенетрационной способности сперматозоидов в середине цикла у пользователей ЛНГ-ВМС. [4]. Исследователи заключили, что в этот «критический» момент времени изменение характеристик цервикальной слизи у пользователей ЛНГ-ВМС надежно ингибирует трансцервикальный транспорт спермы. Ни в одном исследовании чувствительные тесты не выявили биохимических признаков беременности, предшествующей имплантации плодного яйца, что свидетельствует о раннем подавлении процессов фертилизации среди пользователей ЛНГ-ВМС [5, 6]. Это имеет существенное значение, так как до сих пор бытует мнение, что контрацептивное действие ВМС связано с прерыванием беременности на ранних сроках.

ЛНГ-ВМС не только обеспечивает высокую контрацептивную надежность, но и при изменении решения в пользу деторождения способствует быстрому восстановлению фертильности, что придает уверенности женщине и ощущение ее полноценности.

Положительным критерием является изменение характера менструально-подобных кровотечений

с потенциальным развитием аменореи, повышение качества жизни, особенно у женщин с обильными менструациями в анамнезе, снижение риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). При адекватном обследовании перед введением ЛНГ-ВМС и длительном использовании последней снижение риска ВЗОМТ подтверждено результатами крупного исследования (22 908 введений ВМС; наблюдение 51 399 женщино-лет), которое выявило только 1,6 случая ВЗОМТ на 1 тыс. женщино-лет при использовании внутриматочной гормональной ЛНГ-системы.

ЛНГ-ВМС обеспечивает долговременную экономическую выгоду, что является немаловажным фактором на современном этапе.

ВТОРОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (ЭКСПУЛЬСИЯ ЛНГ-ВМС)

Пациентка Д., 44 года

Жалобы на периодически возникающие схваткообразные боли внизу живота, слабость, снижение работоспособности, обильные менструальноподобные выделения.

Последнее посещение гинеколога – 1,5 месяца назад.

Из анамнеза:

Менструации с 14 лет, установились сразу, обильные последние 3 года (более 8 прокладок в день), безболезненные, регулярные, через 28 дней, по 7–8 дней.

Половая жизнь с 24 лет, в браке (1), половой партнер 1 в течение 22 лет. Б-4: Р-2 (1998; 2006 гг. – самостоятельная беременность/роды, без осложнений).

От беременности ранее предохранялась с помощью прерванных половых контактов, презервативов, КОК. В настоящее время – ЛНГ-ВМС в течение 5 мес.)

А – 2 (2002; 2016 гг. – без осложнений).

Экстрагенитальные заболевания

Железодефицитная анемия, аутоиммунный тиреоидит (компенсация), остеохондроз. ИМТ – 28. Давление, пульс – в пределах нормы.

Гинекологические заболевания

2006 г. Миома матки. Аденомиоз. Размеры миомы соответствовали 7 неделям беременности. С 2007 г. периодически принимала КОК.

2008 г. Лейкоплакия шейки матки. ВПЧ (16 тип). Электроэксцизия.

2009 г. РДВ слизистой полости матки. Гистология: железистый полип эндометрия. Назначен гестаген с 16-го по 25-й день МЦ в течение 6 мес. КОК в течение 1 года.

Отмечен рост миомы матки до 8–9 недель беременности. Пациентка не соблюдала предписанного воздержания от гиперинсоляции и посещения солярия.

В декабре 2016 г. госпитализирована по поводу меноррагии в ГКБ. Проведено РДВ слизистой полости матки. Из описания манипуляции – длина по зонду 9 см, наружный зев свободно проходим для расширителя Гегара № 7,5.

Соскоб обильный полиповидный. Гистологическое исследование: Железисто-фиброзный полип эндометрия, участки фиброзной ткани. Выписана под наблюдение врача женской консультации (ЖК). Рекомендованы КОК, от чего пациентка категорически отказалась.

R. Lewis и соавт. провели исследование in vitro, в котором с помощью надежных современных тестов слепым методом оценивали качество цервикальной слизи и пенетрационной способности сперматозоидов в середине цикла у пользователей ЛНГ-ВМС

В следующем МЦ проведено дообследование.

Гормоны крови: эстрадиол 265; ФСГ – 5,67; АМГ 0,8; ТТГ – 1,24; пролактин 233.

Через 1 мес. – менструации вновь обильные, со сгустками. При УЗИ данных за патологию эндометрия не выявлено, отмечен конгломерат интрамуральных узлов по передней стенке до 4 см в диаметре с центрипетальным ростом.

Назначена терапия кровоостанавливающими средствами, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), препаратами железа. Консультирована терапевтом, гематологом – железодефицитная анемия. Вне менструации проведена гемостазиограмма, биохимический анализ крови, онкомаркеры СА-125, 19-9. Все показатели в пределах нормы. Цитологическое исследование – «атипические клетки не обнаружены». ПЦР, бактериологическое, бактериоскопическое исследования – без патологии. Консультирована маммологом, проведено УЗИ молочных желез. Заключение: преобладание железистого компонента над фиброзным. Патологии не выявлено. УЗИ-контроль 1 раз в 12 мес.

Со слов пациентки, учитывая данные анамнеза, дополнительных методов обследования, наличие регулярной половой жизни, «идиопатического кровотечения», решено установить ЛНГ-ВМС.

В течение 5 мес. после установки спирали отмечала наличие кровянистых выделений различной степени интенсивности, практически отсутствовал «сухой период». Лечащим врачом объяснена возможность кровянистых выделений в течение 6 мес. «При УЗИ – ВМК в полости матки».

Во время очередной менструации появились схваткообразные боли, более обильные, со сгустками, кровянистые выделения.

Пациентка обратилась самостоятельно в ЛПУ.

Диагноз: неполная экспульсия ВМК. Меноррагия. Миома матки. Аденомиоз.

При УЗИ также отмечено наличие конгломерата интрамуральных узлов 4 см в диаметре, исходящего из передней стенки, с центрипетальным ростом. При этом четкой визуализации дна тела матки нет. В полости матки, в средней трети – ВМК. При гинекологическом исследовании подтверждена неполная экспульсия ВМК.

После удаления ВМК пациентке решено было провести диагностическую гистероскопию с последующим при необходимости соскобом слизистой полости матки. При выполнении гистероскопии обнаружено: полость матки по передней стенке и области дна деформирована на 1/3 интрамуральным узлом с центрипетальным ростом. Слизистая неравномерной толщины, бледно-розовой окраски, с полипами в области дна. Устья маточных труб прикрыты полипами с обеих сторон. Проведено РДВ слизистой полости матки. Соскоб обильный, полиповидный. Гистологическое исследование: железисто-фиброзный полип с хроническим воспалением в строме.

Комментарии

Тактика врача по введению ЛНГ-ВМС при истинных «идиопатических менструальных кровотечениях» и необходимости продолжительной контрацепции действительно возможна. При этом необходимо четко объяснять пациентке возможность появления мажущих кровянистых выделений (споттинг) на протяжении от 1 до 3, реже 5 мес. Также надо учитывать толерантность пациентки к споттингу, которая во многом зависит от приобретенного контрацептивного опыта. Например, пациентки, ранее использовавшие инъекционные средства или подкожные имплантаты, вполне приемлемыми сочтут кровомазания в течение первых 3–6 мес. после введения ЛНГ-ВМС. Женщины, применявшие ранее КОК, на фоне которых, как правило, объем менструальной кровопотери снижается, могут негативно отнестись к появлению даже незначительных кровянистых выделений [7]. Эксперты советуют измерять исходный уровень гемоглобина до введения внутриматочной гормональной системы (ВМГС), что поможет заверить пациентку в том, что этот показатель остается в нормальных пределах.

В течение первых трех месяцев после введения ЛНГ-ВМС эндометрий трансформируется в тонкий, неактивный, схожий с таковым во время лактационной аменореи, но отличающийся наличием выраженной децидуальной реакции стромы. Толщина эндометрия за 3 месяца уменьшается с 11 до 4,5 мм и остается на этом уровне до конца срока действия ЛНГ-ВМС. Супрессия эндометрия проявляется в уменьшении объема менструаций в среднем на 75%. Нерегулярные кровотечения после введения ВМГС достаточно распространены, но их негативное влияние на качество жизни значительно снижается, если женщины предварительно получили правильное консультирование. Частота нерегулярных продолжительных (более 8 дней) кровотечений уменьшается с 20% в 1-й месяц после введения ЛНГ-ВМС до 3% после 3 мес. воздействия [8]. Следует настоятельно советовать пациенткам не прибегать к извлечению ЛНГ-ВМС, по крайней мере в течение 6 циклов, чтобы оценить эффективность ее воздействия. В случаях кровотечений «прорыва» возможно применение антифибринолитических препаратов или НПВП, которые снижают объем кровопотери.

В данном конкретном наблюдении кровянистые выделения и экспульсия ЛНГ-ВМС обусловлены наличием конгломерата интрамуральных узлов с деформацией

полости матки и патологией эндометрия (полипами эндометрия). Безусловно, проведение гистероскопии во время первого РДВ позволило бы избежать тактической ошибки и адекватно оценить полость матки. Возможно, при проведении первого РДВ слизистой полости матки технически не удалось провести полностью полипэктомию, учитывая деформацию и длину полости.

ТРЕТИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: (ЛНГ-ВМС + ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЙ Е2 ПЛАСТЫРЬ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ, НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ)

Пациентка К., 47 лет

Жалобы на периодические головные боли («разливые» или в области затылка), постоянные отеки нижних конечностей, усиливающиеся в вечернее время, одышка, быстрая утомляемость, постоянное ощущение усиленного сердцебиения.

Последнее посещение гинеколога – 1 мес. назад.

Из анамнеза:

Менструации с 15 лет, установились сразу, умеренные, безболезненные, регулярные, через 25–26 дней, по 4 дня.

Половая жизнь с 21 года, в браке (II), половой партнер в настоящее время 1 в течение 15 лет. Б-3: Р-2 (1998 г. – самостоятельная беременность/роды, без осложнений; 2004 г. – самостоятельная беременность, срочное кесарево сечение на сроке 36 недель («повышение артериального давления (АД), отеки ног, белок в моче»).

2008 г. Раздельное диагностическое выскабливание по поводу неразвивающейся беременности на сроке 6 недель («генетическая патология»). С этого момента в беременности была не заинтересована.

После данной беременности появился предменструальный синдром (ПМС) с проявлениями психоэмоциональной дезадаптации (смена работы, неразвивающаяся беременность) и вегетативными расстройствами. КОК не назначали из-за наличия конкрементов в желчном пузыре. От беременности предохранялась барьерными и календарными методами.

«В течение 1,5 лет предохраняется от беременности, используя ЛНГ-ВМС».

Экстрагенитальные заболевания

Хронический тонзиллит, хронический геморрой, калькулезный холецистит в течение более 11 лет (не оперировалась).

Проходила диспансерное наблюдение по месту прикрепления 1,5 года назад (терапевт, маммолог, невролог, гинеколог). Патологии не выявлено.

Отмечает высокий уровень стресса на работе, в связи с чем появилась повышенная раздражительность, плаксивость. ИМТ – 32.

Гинекологические заболевания

1997 г. Хламидийная инфекция. Лечение (положительный терапевтический эффект).

2000 г. Эктопия шейки матки. Лечение солковагином. ВПЧ – отрицательно.

2010, 2012 гг. – менометроррагия. РДВ слизистой полости матки. Со слов пациентки, «полипы эндометрия, гиперплазия».

2015 г. Меноррагия. Гистероскопия + РДВ слизистой полости матки. Гистологическое заключение: простая железистая гиперплазия без атипии. Проведено лечение агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (а-ГнРГ) в течение 6 мес. «Переносила терапию очень плохо, отмечала 3–4 раза повышение АД до 140/100, которое купировалось приемом седативных средств. За время лечения «прибавка в весе 6 кг при сохранении обычного рациона». Восстановление менструации через 2 мес. после последней инъекции. Гормоны крови: ТТГ – 2,45; Т4 св. – 10; эстрадиол 170; ФСГ – 10,54; пролактин 156.

Следует настоятельно советовать пациенткам не прибегать к извлечению ЛНГ-ВМС, по крайней мере в течение 6 циклов, чтобы оценить эффективность ее воздействия

Учитывая данные анамнеза, необходимость в контрацепции, рецидивы гиперпластических процессов эндометрия, как альтернативу оперативному лечению лечащим врачом пациентки решено установить ЛНГ-ВМС.

Перед введением ВМС была обследована по месту прикрепления в рамках диспансеризации. Все исследования (консультации специалистов, биохимический анализ крови, УЗИ брюшной полости, клинический анализ крови, общий анализ мочи, онкомаркеры, бактериоскопическое (С, V,U), цитологическое исследование) предоставлены лечащему врачу, противопоказаний к ЛНГ-ВМС не было.

В течение 1 мес. после установки спирали приходила на плановый осмотр, УЗИ, жалоб не предъявляла. Отмечала умеренные кровянистые выделения в дни предполагаемой менструации, которые пациентку не волновали.

Врач ЖК рекомендовал вести «дневник самочувствия». Через 5 мес. появились периодические головные боли в затылочной области, которые пациентка связывала с переутомлением. Менструально-подобных выделений больше не было. При повышении АД самостоятельно принимала каптоприл под язык с положительным эффектом. Через 1 год после использования ЛНГ-ВМС отметила периодическое появление «приступов» жара, одышку, тахикардии. Гинекологом был назначен тофизопам, после которого отмечала незначительный терапевтический эффект. Дообследование: гормоны крови, трансвагинальное УЗИ (ТВУЗИ), консультации маммолога и гастроэнтеролога.

ТВУЗИ: признаки перименопаузы? ВМК в полости матки.

Гормоны крови: ФСГ 15,7; эстрадиол 76. Врачом-гинекологом было рекомендовано добавить к проводимой терапии эстрогены (трансдермальная форма) в непрерывном режиме. На фоне таких назначений (2 мес.) пациентка отмечала стабильное повышение АД, тахикардию, повышенное потоотделение, появление одышки, отеков нижних

конечностей. Оценить наличие/отсутствие «чувства жара» не смогла. С вышеописанными жалобами обратилась в ЛПУ для консультации по поводу назначенной терапии с диагнозом: *Менопаузальная терапия (МГТ) (ЛНГ-ВМС + трансдермальная форма эстрогена). Аденомиоз. Артериальная гипертензия. Недостаточность кровообращения.*

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Отмечаются симметричные отеки голеней. Дыхание везикулярное, ослабленное. Частота дыхательных движений 18 в мин. В нижних отделах легких единичные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Частота сердечных сокращений = PS – 90 уд/мин. АД 170/90 мм рт.ст. Печень у края реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. ИМТ – 32. Физиологические отправления в норме.

При бимануальном исследовании – патологии нет. Из ц/к – нити ВМС.

При УЗИ: тело матки 56 x 53 x 50 мм, миометрий неоднородный. Передняя стенка утолщена. Эндометрий – тонкий, в полости матки ВМС, расположена адекватно. Яичники справа и слева с единичными (2–3) фолликулами с максимальными размерами 5,6–6,0 мм. Заключение: ВМС в полости матки. Аденомиоз.

Рекомендовано: отмена гормональной терапии в рамках МГТ: удаление ЛНГ-ВМС, отмена использования трансдермального E2 пластыря. Динамический контроль через 1 мес.

Консультация кардиолога, гастроэнтеролога. Гемостазиограмма, гормоны щитовидной железы.

Диагноз кардиолога: артериальная гипертензия II стадии III степени, риск 3 (сердечно-сосудистые осложнения). Недостаточность кровообращения II Б. Гиперкоагуляционный синдром. Гиперлипидемия.

Диагноз гастроэнтеролога: калькулезный холецистит вне обострения. Гемангиома печени.

При дообследовании обнаружено повышение д-димера, фибриногена, повышение ТТГ, холестерина.

Для исключения патологии щитовидной железы – ТТГ в динамике.

После удаления ВГС и отмены E2 пластыря начато лечение кардиологом. На фоне кардиотропной, антиагрегантной терапии отмечает улучшение самочувствия.

Комментарии

При разборе данного клинического примера можно с уверенностью сказать, что если бы ЛНГ-ВМС была установлена в период 2008 г., скорее всего, последующих 3 выскабливаний по поводу гиперпластических процессов эндометрия можно было избежать. Почему-то лечащий доктор ограничился лишь возможностью приема КОК, который в итоге пациентка не применяла из-за наличия калькулезного холецистита.

Второй момент – указание на появление ПМС. В этот период жизни также возможно было назначение ЛНГ-ВМС. Многими исследователями доказано, что клинические проявления ПМС (раздражительность, снижение

трудоспособности, слабость, вздутие живота, отеки нижних конечностей и др.) нивелировались у 21,5% женщин к 6-му месяцу, а у 36,9% – к 12-му месяцу применения ЛНГ-ВМС. Исчезновение или значительное ослабление болевых ощущений отмечено у 20,0% пациенток с первичной дисменореей к 6-му месяцу и у 35,4% – к 12-му месяцу использования ВМГС.

Левоноргестрел связывается с рецепторами гамма-аминомасляной кислоты, которая является естественным медиатором мозговой ткани и оказывает психотропное действие на организм женщины, что нашло свое применение при лечении некоторых форм ПМС, проявляющихся в депрессии, агрессии и мигрени (Huber J., 1998).

У рассматриваемой пациентки в период с 2010 по 2015 г. было проведено 3 РДВ слизистой полости матки по поводу патологических процессов эндометрия. На том этапе рациональным решением могло бы быть использование противорецидивной терапии с использованием а-ГнРГ и последующим применением ЛНГ-ВМС. У женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе основные патогенетические механизмы развития гиперплазии эндометрия обусловлены нарушением гонадотропной функции и, как следствие, ановуляцией с относительной или абсолютной гиперэстрогенией. У этих пациенток отмечается повышение гонадотропной активности. Поэтому цель и тактика лечащего врача понятна, но если бы был проведен более тщательный анализ (эпизоды повышения АД в течение жизни), данные ТВУЗИ, гормонального обследования, то, возможно, не понадобилось бы удалять ЛНГ-ВМС, а заранее можно было бы провести адекватную терапию экстрагенитальной патологии. Вышеописанные жалобы пациентки были восприняты как проявление климактерического синдрома (КС), однако на фоне антигипертензивной и антиагрегантной терапии все приступы КС исчезли. Сложно в данном конкретном наблюдении сказать, что именно привело к данному состоянию: пациентка не обследовалась по поводу повышения АД, тахикардии, самостоятельно принимала антигипертензивные препараты как скорую помощь, не проводилось исследование гемостаза.

Левоноргестрел связывается с рецепторами гамма-аминомасляной кислоты, которая является естественным медиатором мозговой ткани и оказывает психотропное действие на организм женщины, что нашло свое применение при лечении некоторых форм ПМС, проявляющихся в депрессии, агрессии и мигрени

Безусловно, доказано, что системное действие ЛНГ на организм женщины проявляется слабо. Тем не менее ЛНГ-ВМС следует с особой осторожностью применять в случаях, когда гестагенные препараты противопоказаны (тяжелые формы нарушения кровообращения (инфаркты, инсульты), сильные приступы мигрени в анамнезе), в том числе таких, которые могут свидетельствовать о выражен-

ных нарушениях мозгового кровообращения, артериальной гипертензии, тяжелых формах сахарного диабета, тромбозах и склонности к тромбозам, осложненным. На сегодняшний день нет клинических данных, подтверждающих версию о возникновении склонности к тромбозу и варикозному расширению вен нижних конечностей при использовании ЛНГ-ВМС. При появлении симптомов данных заболеваний на консультации со специалистом следует решить вопрос о целесообразности удаления ВМС, соотнеся возможные риски тромбоза и пользы от использования препарата, а во время применения спирали все-таки необходим постоянный врачебный и лабораторный контроль.

Однако следует приветствовать использование ЛНГ-ВМС для прегестагенного прикрытия эстрогенной терапии в постменопаузе, когда в пременопаузе ЛНГ-ВМС применялась как контрацепция. Нет более легкого перехода от контрацепции к МГТ, чем переход, осуществляемый с помощью ЛНГ-ВМС. Появление климактерических симптомов у женщины, использующей ЛНГ-ВМС в пременопаузе, сигнализирует об эстрогенном дефиците и становится поводом к назначению оральных или трансдермальных препаратов аналогов натурального эстрадиола. Отсюда еще одно преимущество ЛНГ-ВМС: при ее использовании нет необходимости задумываться о сроках прекращения контрацепции, поскольку контрацепция естественным образом превращается в МГТ.

Отмечено также положительное влияние ЛНГ-ВМС в отношении снижения риска остеопороза вследствие повышения абсорбции кальция костью и укрепления костной ткани за счет повышения усвояемости кальция, что очень важно для женщин переходного возраста.

Таким образом, использование ЛНГ-ВМС у женщин позднего репродуктивного возраста можно считать оптимальным способом предохранения от беременности, сочетающим в себе высокую эффективность, удобство применения, безопасность, дополнительные лечебно-профилактические свойства и уникальную возможность перехода на иной вид терапии у женщин, вступивших в постменопаузу, – МГТ [9,10].

Назначение ЛНГ-ВМС женщинам, не имеющим патологических проявлений пременопаузы (тяжелые идиопатиче-

ские кровотечения), позволяет не ожидать, а предотвращать их появление, предохраняясь от нежелательной беременности. Рассуждения о естественном снижении фертильности как об аргументе в пользу отказа от контрацепции в данный период женщины несостоятельны. Вероятность наступления беременности у сексуально активных, не использующих контрацепцию женщин в 40–44 года составляет 30% в год, снижаясь до 10%, но не исчезая в группе 45–49-летних женщин [11]. Дополнительные факторы: снижение частоты половых актов, эректильная дисфункция у партнера [12] – тоже уменьшают вероятность зачатия, но увеличивают его непредсказуемость в случае изменений личной жизни и появления новых партнеров.

Назначение ЛНГ-ВМС женщинам, не имеющим патологических проявлений пременопаузы (тяжелые идиопатические кровотечения), позволяет не ожидать, а предотвращать их появление, предохраняясь от нежелательной беременности

Смена жизненных обстоятельств может определить необходимость контрацепции, но обеспечение методом предохранения от беременности женщин старшей возрастной группы выполняется не всегда. Консультирование по контрацепции ориентировано в основном на молодую популяцию, и особые требования, касающиеся подбора противозачаточного метода для женщины в пременопаузе, далеко не всегда известны медицинскому персоналу. Учитывая совпадение двух негативных тенденций – возрастные риски и риски, связанные с ухудшением состояния здоровья, именно для женщин старшей репродуктивной группы следует предусмотреть стратегию контрацептивного выбора, обеспечивающего оптимальный профиль безопасности наряду с высокой эффективностью. Применение ЛНГ-ВМС по прямым контрацептивным показаниям обеспечит женщину двойной профилактикой: предохранит от нежеланной беременности и предотвратит кровотечения. При оптимальном варианте развития событий ЛНГ-ВМС может стать заключительным противозачаточным методом, используемым женщиной.



ЛИТЕРАТУРА

1. Cleland J. Contraception in historical and global perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2009, 23(2): 165–76.
2. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*, 2011, 117(5): 1105–13.
3. WHO (2004). Intrauterine devices (IUDs). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (3rd ed.). Geneva: Reproductive Health and Research, WHO.
4. Lewis RA, Taylor D, Natavio MF et al. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cervical mucus quality and sperm penetrability. *Contraception*, 2010, 82: 491–6.26.
5. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception*, 2007, 75(Suppl. 6): S16–S30.
6. Wilcox AJ, Weinberg CR, Armstrong EG, Canfield RE. Urinary human chorionic gonadotropin among intrauterine device users: detection with a highly specific and sensitive assay. *Fertil Steril*, 1987, 47(2): 265–9.
7. Margolis MB, Ziemann M, Cohen J et al. The Myths and Facts of Intrauterine Contraception Bleeding Profiles. OBG Management. *The Female Patient*, 2011, Suppl. 1: 1–8.
8. Heikinheimo O, Inki P, Schmelter T, Gemzell-Danielsson K. Bleeding pattern and user satisfaction in second consecutive levonorgestrel releasing intrauterine system users: results of a prospective 5-year study. *Hum Reprod*, 2014, 29(6): 1182–8.
9. Геворкян М.А., Манухин И.Б. Контрацептивные и лечебные преимущества внутриматочной левоноргестрел-релизинговой системы «Мирена». *ПМЖ*, 2008, 22(4): 31–6.
10. Кузнецова И.В. Внутриматочная гормональная контрацепция без эстрогенов. *Гинекология*, 2013, 15(6): 70–4.
11. Sivin I. Utility and drawbacks of continuous use of a copper T IUD for 20 years. *Contraception*, 2007, 75(Suppl. 6): S70–75.
12. Sherman CA, Harvey SM, Noell J. Are they still having sex? STI's and unintended pregnancy among midlife women. *J Women Aging*, 2005, 17(3): 41–55.