

The opportunity of correction of endocrine disorders in teenage girls using spinners

Samigullina A.¹, Poltava N.²

Возможность коррекции эндокринных нарушений у девочек-подростков с помощью КОКов

Самигуллина А. Э.¹, Полтава Н. В.²

¹Самигуллина Альфия Эльдаровна / Samigullina Alfiia – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, депутат Жогорку Кенеша (Парламента) Кыргызской Республики;

²Полтава Нина Валентиновна / Poltava Nina – аспирант, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии,

Кыргызский государственный медицинский институт подготовки и переподготовки кадров, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: в проведенном нами исследовании установлен высокий контрацептивный эффект и эффективность коррекции клинко-лабораторных проявлений альгодисменореи у девочек-подростков назначением КОКов в виде 75 мкг гестодена и 150 мкг дезогестрела. У девочек с НМЦ в виде олиго-, поли-, аменореи и метаболическими нарушениями научно доказана высокая эффективность использования гестагенов с содержанием 75 гестодена и 3 мг дрoспиринона; при наличии акне и гирсутизма по 150 мкг дезогестрела и 3 мг дрoспиринона. При выраженном предменструальном синдроме у подростков с успехом использовались КОКи с антиминералокортикоидными свойствами (3 мг дрoспиренона и 75 мкг гестодена). В группе девушек с синдромом гиперандрогении с высокой эффективностью использовались КОКи с доминирующими антиандрогенными свойствами: гестагены – дрoспиренон и дезогестрел. Из полученных результатов можно сделать вывод, что общее состояние девочек, принимавших КОКи, улучшилось, исчезли симптомы лабильности психики, отеки, масталгия и мастодиния, уменьшились проявления акне, себореи и гирсутизма, что позволяет рекомендовать пациенткам продолжение лечения. Во время приема КОКов отсутствует их влияние на массу тела, чем достигается максимальный комплаенс. Полученные нами данные вполне совпадают с результатами исследования других ученых мира.

Abstract: when our study was established, we got a high contraceptive efficacy and efficiency of clinical and laboratory manifestations' correction algodismenoreiteenager -girls. We appointed COCs as 75 micrograms gestodene and 150 mcgdesogestrel. The girls with the NMC as oligomers, polimenorei, amenorrhea and metabolic disorders scientifically proven high efficiency of use of progestogens gestodene with 75 and 3 mg drospirinona; in the presence of acne and hirsutism 150 micrograms desogestrel and 3 mg drospirinone. In marked premenstrual syndrome in teenagers have been successfully used COCs with antimineralocorticoid properties (3 mg drospirenone and 75 mcg gestodene). In the group of women with hyperandrogenism syndrome with high efficiency using COCs to the dominant anti-androgenic properties progestins: drospirenone and desogestrel. From these results, we can conclude that the overall state of the girls taking COCs improved, the symptoms of the lability psyche, edema, mastalgia and mammalgia, reduce the appearance of acne, seborrhea and hirsutism disappeared.

This allows patients to recommend the continuation of treatment. During the reception COCs, they have no effect on body weight, thus achieving maximum compliance. Our data is quite consistent with the results of studies of other scientists in the world.

Ключевые слова: девочки-подростки (15-17 лет), эндокринные нарушения, гормональная коррекция, контрацептивы, КОКи.

Keywords: teenage -girls (15-17 years), endocrine disorders, hormonal correction, contraception, COCs.

УДК 616-053.6:613.888

Актуальность

Контрацепция и регуляция рождаемости у девочек-подростков и молодежи занимает особое место в кругу вопросов планирования семьи, так как именно они составляют репродуктивный потенциал нации. Грамотное решение этих вопросов создает предпосылки для сохранения репродуктивного здоровья и улучшения демографической ситуации в стране.

В этой связи очень актуальна и требует пристального внимания проблема эндокринопатий у девочек-подростков с нарушениями становления репродуктивной функции [6].

Один из путей решения этой многогранной проблемы лежит в плоскости формирования у девушек ответственного отношения к своему репродуктивному здоровью, а у врачей – понимания значимости эффективной контрацепции, не только в профилактике аборта, но и сохранения их репродуктивного потенциала, особенно в случаях наличия эндокринной патологии [6].

В период от 10-ти до 20-ти лет происходит становление не только репродуктивной системы, но и к особенностям этого периода относятся – метаболизм, связанный с физиологической инсулинорезистентностью, эндокринная перестройка, включающая периоды гиперфункции различных желез внутренней секреции, наращивание костей, мышечной, жировой массы, формирование иммунного ответа – все эти и многие другие события, определяют необходимость бережного отношения к растущему

организму. Именно поэтому наступление беременности в этот период жизни является стрессом для организма девочки в целом, а тем более в случаях наличия у нее гормональных нарушений [6].

При выборе метода предохранения от беременности для таких девочек-подростков очень важно создание мотивации к применению КОКов, направленных на коррекцию их гормональных нарушений, которые осложняют жизнь подростков и на эффективную контрацепцию [6].

Все вышесказанное, а также отсутствие работ по возможной коррекции эндокринных патологий у девочек-подростков в Кыргызской Республике обуславливает актуальность выбранного направления.

Цель исследования – оценить эффективность КОКов в терапии эндокринных нарушений у девочек-подростков.

Материал и методы исследования:

Исследование проводилось на базе ЦСМ №4 г. Бишкек за период 2014-2016 гг. В исследовании приняли добровольное участие 135 девочек-подростков 15-17 лет, обратившихся за медицинской помощью к подростковому гинекологу по поводу эндокринных нарушений репродуктивной системы с подтвержденным клинически и лабораторно диагнозом.

Клинические наблюдения проявлялись в виде определения характера изменений кожных покровов, гирсутизма, массы тела, отеков, особенностей менструальной функции.

У всех пациенток был определен гормональный фон: содержание в крови тестостерона, пролактина (ПРЛ), фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и тиреотропного (ТТГ) гормонов.

Исследование содержания гормонов в крови определялось трехкратно: до начала приема контрацептивов, через 3 и 6 месяцев их использования.

135 девочек были разделены на 4 группы по основным клиническим признакам и выставленному диагнозу. Группы пациенток составили: с доминирующим синдромом альгодисменореи – 48 пациенток, с НМЦ - 35 девочек, с ПМС – 21 подросток, с синдромом гиперандрогении - 31 девочка-подросток.

На основании верифицированного диагноза проводился индивидуальный подбор КОКов. При этом обязательно учитывался фенотип девочки: 1 - сбалансированный, 2 – эстрогенный, 3 – андрогенный.

Возможности регуляции менструального цикла в клиническом эксперименте были использованы из «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (2012), этот документ итог совместной работы междисциплинарной группы экспертов ВОЗ и целого ряда международных организаций и учреждений из 23-х стран мира, адаптированный Российскими учеными под руководством Сухих Г. Т. В документе предлагается несколько схем регуляции и лечения нарушений менструального цикла [4].

Кроме того, в исследовании применялись научно доказанные Якушевской В. В. и Ревазовой З. В. (2014) рекомендации: для лечения эндокринных нарушений оптимальным является применение низко- и микродозированных КОКов. Выбор препарата должен осуществляться с учетом следующих требований: минимальная печеночная трансформация; высокая аффинность к тканям-мишеням; необходимость продолжительного времени полувыведения, обуславливающего поддержание постоянной концентрации гормона в крови; высокая биодоступность [3].

При выборе КОК для лечения эндокринных нарушений у девочек-подростков особое внимание уделялось гестагенному компоненту (Жукова Н. П., Дикке Г. Б.), предлагая остановиться на прогестагенах третьего поколения, а именно на гестодене, который является активной формой прогестерона, не требующей превращения в печени и обладающего 100% биодоступностью. Назначение микродозированных КОК с прогестинами 3-го поколения подросткам позволяет добиваться максимального контрацептивного, лечебного и профилактического эффектов, улучшать переносимость и повышать приверженность пациентов к КОКам [4, 5].

С целью коррекции эндокринных нарушений в исследовании использовалась контрацептивная схема КОКов: препарат назначали с первого дня цикла по 1 таблетке в сутки в течение 21 дня с 7-дневным перерывом, курс лечения составил 6 месяцев.

Для определения объема выборки пациенток в каждой группе использовалась рекомендуемая Акушерско-гинекологической клиникой Миланского университета формула [10]:

$$n \text{ per group} = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\Delta^2}$$

, где в качестве значений Δ (величина эффекта) = 3,3 и σ (стандартное отклонение разницы) = 3,39.

Для сравнения полученных данных были выбраны: t-тест (*Стьюдента*) – для сравнения непрерывных переменных и тест хи-квадратов (χ^2) – для сравнения категориальных переменных. В качестве значений вероятности безошибочного прогноза были выбраны критерии статической значимости ошибки – менее 5% двусторонняя ($p < 0,05$), при 95% доверительном интервале, и статистической мощности – 80%-я мощность.

Для проведения статистической обработки полученных данных использован доступный в онлайн-режиме свободный программный пакет Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi3.03 (обновление: 22/09/2014).

Результаты и их обсуждение.

В ходе исследования установлено, что в первой группе, с синдромом альгодисменореи, доминирующей жалобой, с которой обращались девушки-подростки, была болезненная менструация - у 27 (56,3%), резко болезненная у 21 (43,8%) девушки.

Помимо того, из 48 девочек с альгодисменореей в соответствии с их жалобами и клиническим обследованием у 36 (75%) была выявлена лабильность настроения, у 20 (41,7%) – проявления гиперандрогении в виде наличия акне, повышенной жирности кожи, волос и оволосения лица, у 22 (45,8%) – нарушения менструального цикла в виде нерегулярных, продолжительных и обильных менструаций, у 19 (39,6%) были выявлены патологические выделения воспалительного характера из половых путей, у 5 (10,4%) – повышенная масса тела.

При изучении состояния гормонального фона, в период обращения за медицинской помощью, у 20 (41,7%) подростков выявлено повышенное содержание в крови: тестостерона, в среднем, достигающего уровня $1,9 \text{ мМЕ/л} \pm 0,02$, 29-ти (60,4%) девочек – пролактина, при средних показателях $387 \text{ мМЕ/л} \pm 13,3$, у 12-ти (25,0) ФСГ и ЛГ, соответственно, при показателях - $11,8 \text{ мМЕ/мл} \pm 0,06$ и $8,8 \text{ мМЕ/мл} \pm 0,03$, у 17-ти (35,4%) подростков – было выявлено нарушение соответствия ЛГ/ФСГ.

На основании верифицированного диагноза проводился индивидуальный подбор КОКов, с учетом фенотипа. Девочкам-подросткам с альгодисменореей, сочетающейся с гиперандрогенией, были назначены Димия (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиол 20 мкг), Мидиана (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиол 30 мкг).

При сочетании болезненных менструаций с нарушениями менструального цикла по типу гипер-, олиго-, полименореи назначались монофазные гормональные контрацептивы с превалирующими свойствами устойчивой регуляции и контроля менструального цикла, индивидуальным подбором как эстрогенов (ЭЭ) – 20-30 мкг для предупреждения прорывных кровотечений, так и гестагенов с характерными свойствами - Регулон (дезогестрел 150 мкг, этинилэстрадиол 30 мкг), Новинет (дезогестрел 150 мкг, этинилэстрадиол 20 мкг).

У девочек с сочетанием гиперплазии эндометрия или мастопатии, масталгии, мастодинии – были выбраны препараты группы гормональных контрацептивов с антиминералокортикоидными и антипролиферативными свойствами и «сильным» гестагеном Линдинет-30 (гестоден 75 мкг, этинилэстрадиол 30 мкг), Линдинет-20 (гестоден 75 мкг, этинилэстрадиол 20 мкг).

У девочек каждой группы учитывалось наличие коморбидной патологии, наличие метаболического синдрома, периодичности болевой синдром, и как следствие – склонности в первой группе к частым ювенильным кровотечениям. При этом обязательно учитывался фенотип девочки и назначались монофазные гормональные контрацептивы с превалирующими свойствами устойчивой регуляции и контроля менструального цикла, индивидуальным подбором содержания как эстрогенов – 20 и 30 мкг (адекватности назначенной дозировки ЭЭ, для предупреждения прорывных кровотечений) так и гестагенов с характерными свойствами активно уменьшать выработку простагландинов, снижать толщину эндометрия, и как следствие – уменьшать болевой синдром. Таковыми в группе девочек с альгодисменореей были гестоден 75 мкгс ЭЭ 20 мкг и 30 мкг (Линдинет-20 и Линдинет-30 соответственно) и дезогестрел 150 мкг с ЭЭ 20 мкг и 30 мкг (Новинет и Регулон соответственно).

После приема КОКов в названном режиме через 3 месяца у 46 (95,8%) девочек исчез болевой синдром.

При альгодисменорее у 20 (41,7%) девочек исходно было повышено содержание в крови тестостерона при средних показателях $2,1 \pm 0,04$, снизившееся до $1,9 \pm 0,03$ через 3 месяца, и до $1,6 \pm 0,1$ – через 6 месяцев использования КОК, соответственно $p < 0,001$.

У 26 (54,2%) девочек с альгодисменореей исходно было повышено содержание в крови пролактина при средних показателях $387,0 \pm 13,3$, через 3 месяца приема КОКов было выявлено лишь незначительное снижение показателя (до $380,0 \pm 13,0$), а через 6 месяцев он снизился до $322,0 \pm 9,4$ ($p < 0,001$).

При альгодисменорее у 12 (25,0%) девочек было повышено содержание ЛГ в среднем до $11,8 \text{ мМЕ/мл}$ и у 11 (22,9%) – ФСГ до уровня $3,8 \text{ мМЕ/мл}$, за счет чего было нарушено соотношение ЛГ/ФСГ. Гормональная «кривая» после приема КОКов стала монофазной, что позволило нивелировать пики ЛГ и ФСГ, и, таким образом, уменьшить выброс простагландинов в кровяное русло и, следовательно, – снизить, а в 97% случаев полностью убрать болевой синдром.

Вторую группу составили 35 девочек-подростков с нарушениями менструального цикла по типу олиго-, поли-, аменореи и с ювенильными кровотечениями. У 9 (25,7%) девочек данной группы превалировали метаболические нарушения, у 17 (48,6%) - в умеренной степени были проявления акне и гирсутизма, у 31 (88,6%) – лабильность психики.

При изучении гормонального статуса у 26 (74,3%) девочек была выявлена диспропорция ЛГ/ФСГ повышенное содержание пролактина в среднем до $386,0 \text{ мМЕ/л} \pm 23,7$, тестостерона до $2,09 \pm 0,03 \text{ мМЕ/л}$. Всем названным девочкам были назначены адаптированные к их состоянию КОКи. При метаболических нарушениях были рекомендованы гестагены с содержанием 75 мкг гестодена или 3 мг дроспиринона (Линдинет-20 и Линдинет-30, Димия, Мидиана), как метаболически нейтральные.

Девочкам с признаками гиперандрогении – 150 мкг дезогестрела и 3 мг дроспиринона (Новинет, Регулон, Димия, Мидиана).

Через 3 месяца приема КОКов диспропорция ЛГ/ФСГ у всех девочек была полностью сглажена. Среднее содержание в крови пролактина снизилось до 360,0 мМЕ/л±13,6, а через 6 месяцев до 352 мМЕ/л±13,2, тестостерона с 2,09 мМЕ/л±0,03 до 1,97 мМЕ/л±0,02, а после 6 месяцев приема КОК до 1,96 мМЕ/л±0,02.

При этом у девочек без метаболических нарушений и проявлений гиперандрогении до и после приема КОК содержание названных гормонов оставались на одном уровне (тестостерон с 1,6 мМЕ/л±0,03 до 1,59 мМЕ/л±0,02, а после 6 месяцев приема КОК до 1,61 мМЕ/л±0,02).

Через 3 месяца приема КОК акне исчезли у 13-ти (76,5%) из 17-ти девочек, а через 6 месяцев – у всех; лабильность психики, соответственно у 19-ти (61,3%) и 8-ми (25,8%) девочек, в целом у 27-ми из 31-й девочки-подростка (87,1%).

Также у 3-х (8,6%) девочек была сочетанная патология - альгоменорея, которая прошла после 3-х месяцев приема КОК.

Менструальный цикл стал регулярным, по 3-6 дней и безболезненным у всех 35 (100%) девочек.

Третью группу составили пациентки с диагнозом предменструальный синдром (21 девочка). Учитывая патогенез ПМС, данной группе были рекомендованы КОКи с антиминералокортикоидными свойствами 3 мг дроспиренона (Димия, Мидиана) и 75 мкг гестодена (Линдинет-20, Линдинет-30). Первично на лабильность настроения жаловались 17 (81%) девушек, через 3 месяца приема КОК жалобы предъявляли только 2 (9,5%) девочки, которые исчезли после 6-месячного приема полностью.

Параллельно акне и гирсутизм у 9 (42,8%) девочек исчезли после 3-х месяцев приема КОК полностью. Болезненность менструации у 5 (23,8%) девочек прошла после 3-х месяцев приема КОК.

На отеки, масталгию и мастодинию жаловались 7 (33,3%) девочек, через 3 месяца, отеки остались у 1 (4,8%) девочки, которые прошли к 6-и месяцам приема КОК, а масталгия и мастодиния прошли уже на 3-м месяце приема КОК.

Девочки, с нарушенным ИМТ, составили – 12 (57,1%). У всех подростков вес остался без динамических изменений, что благоприятно отразилось на комплаенсе. Ни одна девочка самостоятельно не прекратила прием КОКов из-за возможной прибавки веса, и высказали пожелание продолжить прием КОКов в последующем.

Лабораторные показатели менялись с положительной динамикой. В частности, у девочек с повышенным тестостероном в среднем до 2,39 мМЕ/л±0,06 через 3 месяца наблюдалась тенденция в его снижению до 1,79 мМЕ/л±0,04 ($p < 0,001$), а еще через 3 месяца приема показатель снизился до 1,69 мМЕ/л±0,04, $p < 0,001$. Гиперпролактинемия (в среднем составившая 372,0 мМЕ/л±4,1) у 14 (66,7%) девочек после 3-х месяцев приема КОК снизилась до 342,0 мМЕ/л±14,2, а на 6-й месяц приема до 320,0 мМЕ/л±10,7 (соответственно $p < 0,05$ и $< 0,001$).

Нарушение соотношения ЛГ/ФСГ наблюдалось у 19 (90,5%) девочек, коррекция, диспропорции наступила на втором месяце приема КОК у всех 19 (100%) девочек.

Четвертая группа с синдромом гиперандрогении включила в себя 31 девочку, с жалобами на себорею 28 (90,3%), акне: легкой, средней и тяжелой степени 21 (67,7%), гирсутизм 12 (38,7%), метаболический синдром -11 (35,5%), НМЦ и альгоменорею у 11 (35,5%) девочек.

Показатели тестостерона были повышены у 31 (100%) - от 1,9 до 2,7 мМЕ/л (среднее 2,4 мМЕ/л±0,04), а через 3 месяца от 1,8 до 2,32 мМЕ/л (среднее 1,98 мМЕ/л ±0,02), $p < 0,001$, а после 6-месячного приема КОКов уже от 1,8 до 2,3 мМЕ/л (1,94 мМЕ/л ±0,02), соответственно $p < 0,001$.

У 8 (25,8%) девочек с гиперандрогенией была выявлена гиперпролактинемия, в среднем составляющая 498,25 мМЕ/л±21,0. После приема КОКов через 3 месяца показатель ее снизился до 370,63±48,0 мМЕ/л ($p < 0,05$), а через 6 месяцев – до 317,0 мМЕ/л±40,5 ($p < 0,001$).

В группе с синдромом гиперандрогении были назначены КОКи с доминирующими антиандрогенными свойствами: гестагенами - 150 мкг дезогестрела и 3 мг дроспиренона (Новинет, Регулон, Димия, Мидиана).

После приема КОКов в течение 3-х месяцев у 55 % пациенток исчезла себорея кожи, а через 6 месяцев приема симптом полностью исчез.

Акне у 75% девочек, после 3-месячного приема КОК перестали беспокоить, а после 6-месячного курса остались симптомы только у 4-х (12,9%) пациенток с первоначально-тяжелой степенью клинических проявлений.

Проявления гирсутизма уменьшились у 25% пациенток, после приема 6-ти месяцев дроспиренонсодержащего КОКа (Димия, Мидиана). У всех 11 (35,5%) девочек исчезли симптомы альгоменореи и НМЦ после 3-х месяцев приема КОК.

Пациентки с метаболическими нарушениями 11 (35,5%) после 6-ти месяцев приема КОКов, не отметили отрицательного влияния КОКов на массу тела, что имело крайне - важное значение для пролонгирования лечения.

Таким образом, можно сделать вывод, что общее состояние девочек, принимавших КОКи, – улучшилось. При этом исчезли симптомы лабильности психики, отеки, масталгия и мастодиния, уменьшились проявления акне, себореи и гирсутизма, что позволило пациенткам продолжать лечение в последующем. Во время приема КОКов доказано отсутствует их влияния на массу тела, чем достигается максимальный комплаенс.

Резюме:

В проведенном нами исследовании установлен высокий контрацептивный эффект и эффективность коррекции клинико-лабораторных проявлений альгодисменореи у девочек-подростков назначением КОКов в виде 75 мкг гестодена и 150 мкг дезогестрела.

Девочкам этой группы, со склонностью к частым ювенильным кровотечениям, с учетом фенотипа, назначались монофазные гормональные контрацептивы с превалирующими свойствами устойчивой регуляции и контроля менструального цикла с индивидуальным подбором содержания как эстрогенов – 20 и 30 мкг, так и гестагенов.

У девочек с НМЦ в виде олиго-, поли-, аменореи и метаболическими нарушениями с высокой эффективностью использовались гестагены с содержанием 75 гестодена и 3 мг дроспиринона; при наличии акне и гирсутизма по 150 мкг дезогестрела и 3 мг дроспиринона.

При выраженном предменструальном синдроме у подростков с успехом использовались КОКи с антиминералокортикоидными свойствами (3 мг дроспиринона и 75 мкг гестодена).

В группе девушек с синдромом гиперандрогении с высокой эффективностью использовались КОКи с доминирующими антиандрогенными свойствами: гестагены – дроспиренон и дезогестрел.

Полученные нами данные вполне совпадают с результатами исследования других ученых [14, 5, 13].

Из полученных автором данных с целью лечения альгодисменореи рекомендуется назначение Линдинет-20, на фоне его приема боль значительно уменьшается уже в течение первого или второго месяца, что опосредовано уменьшением продукции ПГ, снижением объема теряемой при менструации крови [14].

Для лечения предменструального синдрома в последние годы используют препараты, содержащие в качестве гестагенного компонента дроспиренон (Куликов И. А. и Овсянникова Г. В. 2015). Он является производным спиронолактона, обладающий антиминералокортикоидной активностью, способностью к нейтрализации активных негативных эффектов альдостерона и накопления лишней жидкости, нормализует гормональный профиль и положительно влияет на остальные симптомы ПМС. Таковыми являются Димия и Мидиана [8].

Адаскевич И. П. (2003) сообщает, что конец периода полового созревания сопровождается физиологическим повышением продукции и биологической активности андрогенов сетчатой зоны коры надпочечников. За счет этого увеличивается частота возникновения угревой сыпи, пик клинических проявлений которой приходится на 14-17 лет. Угревая сыпь значительно нарушает качество жизни подростков, отражаясь на нервно-психическом статусе, приводя к раздражительности, депрессивным состояниям и обуславливая социальные проблемы [2].

КОКи обоснованно считаются эффективным лечебным препаратом при акне. Их лечебный эффект заложен в их основном контрацептивном механизме, связанном, в первую очередь с подавлением овуляции. Снижение секреции ЛГ, опосредованное прогестинами, закономерно приводит к уменьшению овариального андрогенного биосинтеза, что и служит основанием для назначения КОК больным с акне [1].

Больше желательных лечебных эффектов наблюдается у более «эстрогенасыщенных» КОКов, содержащих дезогестрел и гестоден, либо у препаратов с антиандрогенным прогестином. Исследования по сравнению влияния КОК, содержащего дезогестрел, с КОК, содержащим антиандрогенный дроспиренон, показали равную эффективность препаратов в отношении частоты и тяжести проявлений угревой сыпи, достигающую 60-100%. Тем не менее, по уже сложившейся традиции КОК, содержащие антиандрогенные прогестины, назначают при необходимости лечения андрогензависимых дерматопатий, в случаях же легких поражений кожи существует возможность использования более доступных по цене КОК, содержащих дезогестрел или гестоден [1].

Унанян А. Л. с соавт. (2015), сообщая о возможностях контрацепции при синдроме гиперандрогении, подчеркивает, что он обуславливает многообразие клинических проявлений гиперандрогении, варьирующее от акне и гирсутизма до явно выраженной вирилизации и нарушения становления и реализации репродуктивной функции. Авторы указывают, что терапия должна быть направлена на уменьшение кожных проявлений (гирсутизма, акне, себореи, алопеции), нарушений менструальной и репродуктивной функции, коррекции метаболических нарушений [11].

Практика терапии должна определяться, исходя из установления источника повышения секреции андрогенов.

В настоящее время эффективной и распространенной терапией андрогензависимых состояний является применение оральных контрацептивов, обладающих антиандрогенным эффектом. Белара, содержащая 2 мг хлормадинона ацетат (ХМА, фирма «Геден Рихтер») и 30 мкг этинилэстрадиола. Саидова Р. А. с соавт. (2015) отмечают, что эффективность проведения терапии, направленной на восстановление функции репродуктивной системы женщин с гиперандрогенией, зависит от точности дифференциальной диагностики характера гиперандрогении и состояния репродуктивной системы [9].

Кузнецова И. В. и Набиева П. В. (2014), исходя из того, что в подростковом периоде у девочек зачастую наблюдается предрасположенность к неконтролируемой прибавке массы тела, с целью профилактики ее, предлагают использовать препараты с оптимальным метаболическим профилем. Таковыми считают препараты, содержащие дроспиренон и микродозы ЭЭ [13].

Таким образом, все авторы, занимающиеся репродуктивным здоровьем девочек-подростков, подтверждают полученные в нашем исследовании данные о необходимости и сложности внедрения

контрацепции у девочек с различными гормональными нарушениями. Сложность обусловлена тем, что непоказанные контрацептивы могут пагубно повлиять на формирование репродуктивной функции, а наступившая и прерванная беременность независимо от метода ее прерывания зачастую приводит к последующему бесплодию.

На основании этого А. В. Дудаева (2014), Жукова Н. П. особое значение придает реабилитации юных женщин после перенесенного аборта. Считают, что для этих целей более всего подходящим является современный препарат Мидиана с уникальным сочетанием ЭЭ и дроспиренона, с целью и дальнейшего использования его в качестве контрацептива на длительное время. Препарат обеспечивает лечебный, профилактический и контрацептивный эффекты [14].

Хамошина (2015) указывает, что адекватно состоянию здоровья девочки гормональная контрацепция защищает ее от незапланированной беременности, снижает число абортов, защищает от бесплодия, оказывает терапевтическое воздействие на ДМК, акне, гирсутизм, ВЗОМТ [12, 14].

Следовательно, только грамотное назначение контрацепции у девочек с эндокринными нарушениями позволит улучшить качество жизни, сохранить репродуктивное здоровье и дать возможность полноценного служения обществу.

Литература

1. *Hubert J., Foidart J. M., Wuttke W. et al.* Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2000. 5. 25–34.
2. Адаскевич И. П. Акне вульгарные и розовые. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. 160 с.
3. *Бабак С. Л., Краснопольский В. И., Серова О. Ф.* Современный подход к лечению дисменореи. М.: МОНИИАиГ, 2015. 143 с.
4. *Баряева О. Е.* Дисменорея. Иркутск: ИГМУ, 2012. 8 с.
5. *Жукова Н. П., Арестова И. М., Киселева Н. И.* Комбинированные оральные контрацептивы в профилактике аборта и его осложнений у сексуально-активных подростков // *Охрана материнства и детства*, 2013. № 1 (21). С. 34-39.
6. *Кузнецова И. В.* Гормональная контрацепция у подростков и молодежи // *Трудный пациент*, 2010. С. 215-218.
7. *Кузнецова И. В., Набиева П. А.* Преимущества использования комбинированного орального контрацептива с дроспиреноном в режиме 24+4 у подростков с избыточной массой тела // *Гинекология*, 2014. Том 16. № 1. С. 104-108.
8. *Куликов И. А., Овсянникова Т. В.* Предменструальный синдром: возможности терапии // *Гинекология*, 2015. Том 16. № 2. С. 15.
9. *Саидова Р. А., Монастырская О. А., Давутова А. Г.* Возможности восстановления репродуктивной системы у больных с сочетанной формой гиперандрогении // *Акушерство, гинекология и репродукция*, 2015. Выпуск № 1. Том 9. С. 34.
10. *Серов В. Н., Прилепская В. Н., Овсянникова Т. В.* Лечебные возможности гормональной контрацепции. М.: Гинекологическая эндокринология, 2004. С. 214-224.
11. *Унаниян А. Л.* Синдром гиперандрогении: вопросы патогенеза, диагностики, клиники и терапии // *Российский вестник акушера-гинеколога*, 2014. С. 101-106.
12. *Хамошина М. Б., Лебедева М. Г., Симоновская Х. Ю.* Эколого-репродуктивный диссонанс XXI века: предупредить негативные последствия. М.: Медиабюро Статус презенс, 2015. № 1. С. 28-32.
13. *Хамошина М. Б., Шестакова И. Г., Дикке Г. Б., Кайгородова Л. А.* Синдром гиперандрогении у молодых женщин: клинические возможности комбинированных оральных контрацептивов // *Доктор.ру*, 2015. № 1 (102). С. 9-16.
14. *Якушевская О. В., Ревазова З. В.* Микродозированные оральные контрацептивы в терапии дисменореи // *РМЖ.*, 2014. Том. 22. № 1. С. 41-44.