

**УРОВНИ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15, N-КОНЕЧНОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*В.Д. Сиволап, Я.В. Земляной*

**Резюме.** У 69 больных с постинфарктным кардиосклерозом и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ>45 %) были исследованы уровни GDF-15, NTproBNP и структурно-функциональные изменения сердца. Выявлено, что у больных сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса, перенесших инфаркт миокарда на фоне артериальной гипертензии, наблюдается повышение уровней GDF 15 и NTproBNP. Обнаружена корреляция этих биомаркеров с показателями диастолической дисфункции левого желудочка и индексом объема левого предсердия.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, ростовой фактор дифференцировки 15, N-конечный фрагмент мозгового натрийуретического пептида.

**GROWTH-DIFFERENTIATION FACTOR 15, N-TERMINAL PRO-BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE, STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF THE HEART IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AND NORMAL EJECTION FRACTION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION ON THE BACKGROUND OF ARTEIAL HYPERTENSION**

*V.D. Syvolap, Ya.V. Zemlianyi*

**Abstract.** Levels of GDF-15, NTproBNP, structural and functional changes of the heart were assessed in 69 patients with postinfarction cardiosclerosis and preserved left ventricular ejection fraction (EF>45 %). We found out that patients with heart failure and preserved ejection fraction after myocardial infarction on the background of arterial hypertension have increased levels of GDF 15 and NTproBNP. These biomarkers were correlated with left ventricular diastolic dysfunction and left atrial volume index.

**Key words:** heart failure, myocardial infarction, growth-differentiation factor 15, N-terminal pro-brain natriuretic peptide.

Zaporizhzhia State Medical University (Zaporizhzhia)

Рецензент – д. мед. н. Т.О. Ілашук

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 98-102

Надійшла до редакції 27.12.2013 року

© В.Д. Сиволап, Я.В. Земляний, 2014

УДК 616.39-085-092:612.018]-08

*В.О. Склярєва*

**КОРЕКЦІЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ОРАЛЬНИМИ КОНТРАЦЕПТИВАМИ ПІСЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини

**Резюме.** Оцінена ефективність застосування середньодозованих монофазних оральних контрацептивів (Етиніл естрадіол, Дезогестрел) для підтримання гормонального гомеостазу та лікування ускладнень, найбільш поширених протягом перших трьох місяців після викидня. Застосування оральних контрацептивів спричинило на 7-9-ий день припинення виділень, зникнення проявів мастопатії та нормалізування менструального циклу.

Рекомендовано застосування препаратів, що підтримують гормональний гомеостаз, як ефективний метод корекції ускладнень, що може виникати після медикаментозного абортів на ранніх термінах вагітності.

**Ключові слова:** медикаментозне переривання вагітності, оральні контрацептиви, постабортна контрацепція.

**Вступ.** Основними напрямками вдосконалення сучасної акушерської служби в Україні є підвищення рівня загального здоров'я жінок репродуктивного віку, зниження показників материн-

ської смертності шляхом впровадження сучасних технологій безпечного материнства, вдосконалення системи надання медичної допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією, розвиток та

© В.О. Склярєва, 2014

вдосконалення “медицини плоду”, системи планування сім’ї та лікування безпліддя, спричиненого в багатьох випадках постабортними ускладненнями [1]. За даними ВООЗ, у світі щодня відбувається понад 910 тис. зачаття, із них понад 50 % незаплановані, а 25 % – небажані, у зв’язку з чим 150 тис. вагітностей штучно переривається і третина – нелегально. Кримінальні аборти є одним із головних чинників у структурі материнської смертності в нашій країні [6].

На сьогоднішній день ефективність і переваги медикаментозного переривання вагітності (МПВ) загально визнані [3, 5, 9].

Заходи контрацепції після хірургічного абортів передбачають, згідно з рекомендаціями клінічного протоколу, застосування оральних контрацептивів протягом місяця безпосередньо після аспірації порожнини матки [4]. Після МПВ часто виникають гормональні розлади у вигляді тривалих виділень, порушення менструального циклу, явищ мастопатії, що вимагає проведення відповідної корекції в постабортний період.

**Мета дослідження.** Оцінити зміни гінекологічних порушень за умов корекції гормонального гомеостазу за допомогою оральних контрацептивів після медикаментозного переривання вагітності.

**Матеріал і методи.** Медикаментозне переривання вагітності терміном 20-50 днів проведено 240 пацієнткам, із них 200 призначено корекцію гормонального гомеостазу із застосуванням оральних контрацептивів (Етиніл естрадіол та Дезогестрел). Група порівняння включала 40 жінок, які не отримували гормональних препаратів. Обстеження відбувались згідно з етичними нормами і положеннями 417, 1177 і 620 наказів МОЗ.

Серед пацієнток досліджуваної групи у 55 % випадків жінки вдавалися до переривання вагітності не вперше, незважаючи на доступність інформації стосовно протизаплідних засобів (табл. 1).

Пацієнтки з тяжкою екстрагенітальною патологією і протипоказаннями до медикаментозного переривання вагітності не входили до жодної із груп.

Усі пацієнтки пройшли рекомендоване обстеження: проведено гінекологічний огляд, аналіз вагінальних мазків на флору, кольпоскопічне обстеження, цитологічні дослідження та УЗД порожнини матки для уточнення термінів вагітності.

Для переривання вагітності призначали 600 мг “Міфепристон” з обов’язковим наступним прийомом 400 мг “Мізопростолу” через 36-48 год в умовах стаціонару, а через 3-5 днів в амбулаторних умовах проводили ультразвукове обстеження на підтвердження відсутності плідного яйця.

За умови, що дані УЗД підтверджували відсутність плідного яйця чи його залишків у матці, з 5-го дня від початку прийому “Мізопростолу” призначали оральні контрацептиви – “Етиніл естрадіол” у дозі 0,03 мг та “Дезогестрел” – 0,15 мг за схемою: 3 табл. оральних контрацептивів на 5-й день після викидня, по 2 табл. на 6-й, 7-й і 8-й день та по 1 табл. з 9-го дня протягом 17 днів.

Менструальноподібна реакція виникала через 3-7 днів після припинення прийому гормональних препаратів. Жінки, які вважали більш прийнятними оральні контрацептиви, продовжували приймати їх упродовж 6-12 місяців. Пацієнткам, які наполягали на ВМК, на 2-8-й день наступних 2-3 циклів було уведено левонорвмісну ВМС «Мірена» (60 жінок) і Cu-T (10 жінок).

Статистичну обробку результатів проводили з використанням прикладної програми ANOVA Statistica. Статистично вірогідними вважали розбіжності при  $p < 0,05$ .

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Дія “Мізопростолу” у всіх обстежених пацієнток спричиняла: больовий синдром, кровотечу, нудоту, блювання і проноси ( $p < 0,05$ ). Через годину після прийому “Мізопростолу” їм було призначено “Гідрохлорид дротаверину” у дозі 0,08 г і “Кеторолак” по 20 мг.

З 5-го дня після прийому “Мізопростолу” і підтвердженої відсутності плідного яйця в порожнині матки, пацієнткам основної групи призначено корекцію гормонального гомеостазу. З цією метою призначали Етиніл естрадіол у дозі 0,03 мг/добу та Дезогестрел – 0,15 мг/добу за вище наведеною схемою.

На 3-4-й день прийому цих препаратів у 82 % пацієнток досліджуваної групи кров’яні виділення значно зменшувались або зовсім припинились. На 7-й день корекції гормонального гомеостазу у 93 % пацієнток цієї групи констатували відсутність кров’яних виділень, у 5 % – незначні кров’яні виділення до 15-го дня, а в 2 % жінок кров’яні виділення тривали протягом усього періоду прийому оральних контрацептивів. У групі порівняння після переривання вагітності та УЗД порожнини матки у 50 % пацієнток кров’яні виділення різної інтенсивності тривали 15 днів, а в 5 % – протягом місяця.

Через два тижні після медикаментозного абортів всі пацієнтки проходили повне гінекологічне обстеження та огляд молочних залоз для визначення тактики лікування супутніх патологій – псевдоерозії шийки матки, ектропіону шийки матки, ендометріозу тощо. Водночас пацієнток консультували щодо вибору і застосування оральних контрацептивів. Пацієнтки, які вважали в подальшому більш прийнятними саме оральні контрацептиви, приймали їх протягом 6-12 місяців. У досліджуваній групі таких бажаних було 30 %, а в групі порівняння – 5 %. Жінкам, які в найближчі 4-5 років не планували вагітності, рекомендували використання засобів внутрішньоматкової контрацепції. Дані про застосування внутрішньоматкової контрацепції в пацієнток обох груп, які народжували, представлені в табл. 2.

Пацієнткам, які вважали за доцільне використання ВМК, на 2-8-й день наступних 2-3 циклів було уведено левонорвмісну ВМС (60 жінок), і Cu-T (10 жінок).

Оцінюючи якісні характеристики МПВ, варто відзначити його ефективність і той факт, що

Таблиця 1

## Дані анамнезу попередніх вагітностей

Анамнез попередніх вагітностей	Досліджувана група (n=200)	Група порівняння (n=40)
Першовагітні	60	5
Повторно вагітні	150	35
Кесарів розтин	15	2
Позаматкова вагітність	3	0
1 аборт	15	5
2 аборти	28	12
3 і більше абортів	12	5
1 МПВ	15	2
2 МПВ	4	2

Таблиця 2

## Внутрішньоматкова контрацепція у пацієнок, що народжували

Види внутрішньоматкової контрацепції	Повторно вагітні I групи (n=150)	Повторно вагітні групи порівняння (n=35)
Левонорвісна система	55	5
Cu-T	6	4

пацієнтки переносять цю процедуру набагато краще, ніж хірургічне втручання. Щодо ускладнень медикаментозного абортів, то вони підпадають під визначення “ранніх” і “пізніх”. До першої групи відносять повну або часткову відсутність абортивного ефекту, що є головним недоліком цього методу. За різними даними, кількість незадовільних результатів медикаментозного абортів коливається від 5 % до 12,5 %; із них: 1-2,5 % – випадки продовження вагітності, 3-7,5 % – перервана вагітність за відсутності чи неповної експульсії плідного яйця, 1-2,5 % – надмірне виділення крові, що вимагає внутрішньоматкового втручання. Результати МПВ та розвиток постабортних ускладнень залежать від індивідуальної реакції організму пацієнтки і безпосередньо від терміну вагітності: що більший термін вагітності, то вищий відсоток незадовільних результатів. Число невдалих медикаментозних абортів становить у середньому 2,5 % [7, 8].

Кровотеча, як ускладнення після абортів, у тому числі медикаментозного, може бути спричинена наявністю в порожнині матки залишків плідного яйця або/і обтурацією цервікального каналу згустками крові чи елементами плідного яйця. Іншим ускладненням МПВ є алергія до міфепристону, що може проявлятися почервонінням шкіри, свербіжем, набряком (аж до набряку Квінке). До пізніх ускладнень МПВ відносять порушення менструального циклу і постабортний синдром.

Окрім медичних аспектів, у постабортний період надзвичайно важливими ускладненнями є зміни психоемоційного стану жінки, що характеризуються лабільністю нервової системи та явищами депресії, що розвиваються на тлі докорів сумніння, почуття провини тощо [2]. Сам факт переривання вагітності, незалежно від методу,

нерідко призводить до погіршення психологічного клімату в сім’ї – навіть короточасні ускладнення після абортів негативно впливають на статеві стосунки, нерідко призводять до порушення репродуктивної функції жінки та безпліддя [10].

Однією з переваг МПВ є можливість прогнозування дати відновлення менструального циклу. У наших дослідженнях після МПВ менструальноподібна реакція з’являлась через 3-7 днів після припинення прийому гормональних препаратів. У групі порівняння у 30 % жінок менструальний цикл відновився через 50 днів, у 20 % – через 40 днів, у 10 % – через 20 днів та в 40 % – через 28-32 дні після переривання вагітності.

Забезпечення надійної постабортної контрацепції, ознайомлення з режимом прийому протизаплідних засобів та їх перевагами сприймаються пацієнтками позитивно і сприяють у подальшому свідомому використанню ефективних методів планування сім’ї.

Застосування медикаментів не спричиняє вираженого негативного впливу на психоемоційний стан жінки, а отже, на відміну від хірургічного, не спричиняє значних порушень психологічної рівноваги та адаптаційного процесу в постабортний період. Аналіз психоемоційної складової різних видів абортів свідчить про переваги МПВ, особливо при застосуванні схеми – міфепристон плюс мізопростол.

## Висновки

1. Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням Мізопростолу є високоефективним і малотравматичним методом.

2. Застосування Етиніл естрадіолу у дозі 0,03 мг і Дезогестрелу – 0,15 мг протягом 3-7 днів, викликає припинення кров’яних виділень, нормалізує менструальний цикл, дає можливість перед-

бачити дату відновлення менструального циклу і забезпечує надійну контрацепцію.

3. Корекція сприяє свідомому рішенню пацієнтки у подальшому застосовувати оральні контрацептиви або внутрішньоматкову контрацепцію, як ефективні методи планування сім'ї.

**Перспективи подальших досліджень.** Одним із напрямків подальших досліджень є визначення характеру дії оральних контрацептивів на гормональний гомеостаз у жінок з міомою матки, що планують вагітність, а також за умов порушення мікробіоценозу піхви.

#### Література

1. Айкашев С.А. Прогнозування та профілактика ускладнень при штучному перериванні незапланованої вагітності на ранніх термінах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" / С.А. Айкашев. – Донецьк, 2007. – 20 с.
2. Додон І.Е. Сучасні підходи до проблеми штучного переривання вагітності в ранніх термінах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" / І.Е. Додон. – Вінниця, 2003. – 20 с.
3. Камінський В.В. Профілактика можливих ускладнень медикаментозного абортів як складова моніторингу

переривання вагітності / В.В. Камінський, Т.В. Шикалова // Здоров'я жінчини. – Т. 4, № 40. – 2009. – С. 22-25.

4. Клінічний протокол «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» 2010 р., Наказ МОЗ України № 1177.
5. Медикаментозне штучне переривання вагітності – альтернатива традиційним методам переривання вагітності у першовагітних та юних жінок / Л.І. Падалко, Р.М. Захарченко, С.Г.Бондаренко [та ін.] // Жін. лікар. – 2008. – № 5. – С. 38.
6. Шикалова Т.В. Медикаментозне переривання вагітності та його наслідки (огляд літератури) / Т.В. Шикалова // Вісн. ВНМУ. – 2008. – Т. 12, № 2. – С. 485-490.
7. Chen B.A. Medical management of early pregnancy failure: efficacy / B.A. Chen, M.D. Creinin // Semin Reprod. Med. – 2008. – Vol. 26, № 5. – P. 22-41.
8. Comparison of misoprosol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion / C. Bique, B. Debora, E. Chong [et al.] // Int. J. Gynaec. Obstet. – 2007. – Vol. 98, № 3. – P. 222-226.
9. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestation days / M. Fjerstad, I. Sivin, E.S. Lichtenberg [et al.] // Contraception. – 2009. – Vol. 80, № 3. – P. 282-286.
10. Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion / D. Sit, A.J. Rothschild, M.D. Creinin [et al.] // Hum Reprod. – 2007. – Vol. 22, № 3. – P. 878-884.

## КОРРЕКЦІЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ОРАЛЬНИМИ КОНТРАЦЕПТИВАМИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*В.О. Склярєва*

**Резюме.** Оценена эффективность применения среднедозированных монофазных оральных контрацептивов (Этинил эстрадиол, Дезогестрел) для поддержания гормонального гомеостаза и лечения осложнений, наиболее распространенных в первые три месяца после выкидыша. Применение оральных контрацептивов на 7-9-й день привело к прекращению выделений, признаков мастопатии и нормализации менструального цикла.

Рекомендовано применение препаратов, которые поддерживают гормональный гомеостаз в качестве эффективного метода коррекции осложнений медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки.

**Ключевые слова:** медикаментозное прерывание беременности, гормональный гомеостаз, оральные контрацептивы, постабортная контрацепция.

## CORRECTION OF HORMONAL HOMEOSTASIS BY ORAL CONTRACEPTIVES AFTER MEDICAMENTOUS TERMINATION OF PREGNANCY

*V.O. Sklyarova*

**Abstract.** We evaluated the effectiveness of an application of middle-dose monophasic oral contraceptives (aethinyloestradiolum, desogestrel) for the maintenance of hormonal homeostasis and treatment of the most common complications that occur in the first three months after abortion. The use of oral contraceptives on 7-9<sup>th</sup> day caused the termination of blood discharge, signs of mastopathia and normalization of menstrual cycle. Thus, administration of drugs maintaining hormonal homeostasis is recommended as an effective method of correction of complications of pregnancy termination in early terms.

**Key words:** medicamentous termination of pregnancy, hormonal homeostasis, oral contraceptives, postabortal contraception.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv),  
Lviv City Centre for Family Planning and Human Reproduction

Рецензент – проф. О.А. Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 102-105

Надійшла до редакції 19.12.2013 року