

Застосовувати препарат слід протягом 10-12 днів у другій фазі менструального циклу. Для отримання бажаного терапевтичного ефекту лікування рекомендується здійснювати протягом послідовних 3-6 циклів.

Застосування препарату Лютеїна характеризується мінімальною кількістю побічних ефектів через ідентичність прогестерону до натурального, зручність застосування для пацієнтки і відносно невисоку ціну робить його оптимальним препаратом для лікування дисменореї у пацієнток з метаболічним синдромом.

Ключові слова: прогестерон, дисменорея, Лютеїна, метаболічний синдром.

Список літератури

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах.-Книга 2. Гінекологія: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцьківський // Медицина, 2017-376с.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М. : МИА, 2017. – С. 435–441.
3. Акушерство и гинекология : пер. с англ. / Гл. ред. Г.М. Соловьева. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2018. – 535 с.
4. Direct transport of progesterone from vagina to uterus / E. Cicinelli, D. de Ziegler, C. Bulletti et al. // Obstet Gynecol. – 2016. – Vol. 95. – P. 403–406.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ ПРОГЕСТЕРОНУ У СХЕМАХ ЗГТ

Грідіна І.Б.

Запорізький державний медичний університет

Клімактерій(менопауза) – це фізіологічний перехідний період в житті жінки. Впродовж цього періоду на тлі вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі. Характеризуються вони зниженням дітородної і менструальної функцій. Викликані ці процеси генетично запрограмованим згасанням і припиненням функціонування яєчників[3,4].

Період переходу(пременопауза) до менопаузи характеризується варіабельністю менструальних циклів, починається у віці 40-45 років і закінчується з настанням менопаузи. У цей період можуть з'явитися порушення менструального циклу, вазомоторні і психоемоційні симптоми дефіциту естрогену, збільшення ваги[2,4].

Менопауза – це остання самостійна менструація в житті жінки, її дата оцінюється ретроспективно через 12 місяців відсутності менструацій. Середній вік природної менопаузи в європейських країнах складає 51,5 років, а в Україні – 48,7 років[1,4].

У віці до 40 років виділяють передчасну недостатність яєчників, ранню менопаузу(40-45 років), своєчасну менопаузу(46-54 роки) і пізню менопаузу (від 55 років).

Чим ближче період менопаузи, тим менше яєчники виробляють естрогену. Першими ознаками початку менопаузи є зміни в менструальному циклі. Менструальні виділення стають сильнішими або навпаки – слабкішими.

Змінюється тривалість менструації – вона стає довшою або коротшою, ніж зазвичай[3,4].

Низький рівень естрогену призводить до змін в організмі. Зміни відбуваються повільно. Проте симптоми менопаузи мають індивідуальний характер. Деякі жінки помічають тільки зміну настрою, а деяким важко боротися з симптомами:

- Несподівані припливи – це відчуття жару, який поширюється по усьому тілу. Припливи бувають як вдень, так і вночі, можуть бути слабкими або сильними. Тривалість припливів – від 30 секунд до декількох хвилин.

- В період менопаузи недостатня кількість сну стає найбільшою проблемою для жінок, що впливає на настрій, здоров'я і активність. У деяких жінок скорочується час активного сну, який займає 20 % нормального циклу сну дорослої людини. Саме нічні припливи стають причиною порушення глибокого сну жінки;

- Зменшення кількості естрогену в організмі призводить до вагінальних змін. Вагінальні тканини стають тонкими і сухими - це викликає больові відчуття під час статевого акту. Тканини сечового міхура і сечовивідного каналу також міняються з віком, що може привести до запалення, подразнення, дискомфорту і проблем нетримання сечі;

- Під час менопаузи з'являється та прискорюється остеопороз, збільшується вірогідність переломів кісток;

- Як відомо, естроген, який виробляють яєчники в репродуктивний період, захищає жінку від серцевого нападу і інсульту. Зменшення кількості естрогену призводить до втрати цього захисту, збільшується ризик серцевого нападу;

- Менопауза іноді стає причиною різкої зміни настрою і депресії, зміни гормонального рівня викликають нервозність, дратівливість і відчуття втоми. Ці симптоми можуть бути також викликані недостатньою кількістю і/або поганою якістю сну.

Мета роботи. На підставі даних, котрі одержали в результаті лікування пацієнок з клімактерієм, вибрати оптимальну схему ЗГТ. Ця схема повинна мати мінімальну кількість побічних ефектів, забезпечувати комфортне, безпечне та ефективне лікування клімактеричних розладів у пацієнок.

Матеріали і методи дослідження. Для покращення якості життя жінок в період менопаузи з успіхом застосовується замісна гормональна терапія. З огляду на те, що більшість жінок в період менопаузи-це коморбідні пацієнти, які мають ті, чи інші протипоказання для тривалого прийому пероральних препаратів ЗГТ, ми використовували у якості ЗГТ трансдермальні форми естрогенів у поєднанні з інноваційними формами прогестерону у 60 пацієнок.

ЗГТ може бути тривалою, іноді довічною. Її основною метою є забезпечення мінімальних фізіологічних концентрацій гормонів, необхідних для підтримки гомеостазу в організмі жінки в період постменопаузи.

Трансдермальное застосування естрогенів у поєднанні з інноваційними формами прогестерону дозволяє знизити ризик розвитку тромбоемболічних

ускладнень, перешкоджає демінералізації кісткової тканини і розвитку остеопорозу [3].

У якості інноваційних форм прогестерону ми використовували лютеїну-сублінгвальні таблетки 50 мг та лютеїну вагінальні таблетки 100 та 200 мг. Звертає на себе увагу той факт, що комбіноване застосування трансдермальних форм естрогену у поєднанні з інноваційними формами прогестерону сприяє прояву позитивних ефектів естрадіолу і не викликає істотних метаболічних порушень, що розвиваються при застосуванні синтетичних прогестинів. Застосування лютеїни у схемах ЗГТ не чинить негативної дії на метаболізм вуглеводів, ліпідний обмін, рівень артеріального тиску, не призводить до збільшення маси тіла. Змін в згортаючій системі крові серед наших пацієнтко не було виявлено як в період лікування, так і у віддалений період спостереження.

Крім того, призначення лютеїни у схемах ЗГТ дає бажаний м'який седативний ефект, тоді як синтетичні прогестини можуть викликати порушення емоційної сфери.

Трансдермальні форми естрогенів у поєднанні з лютеїною при ЗГТ ми застосовували за наступними схемами:

1. Циклічна схема: трансдермальні форми естрогену застосовують з 1-го по 25-й день менструального циклу. Дозу індивідуально встановлює лікар. Лютеїну вагінальні таблетки застосовують з 14-го по 25-й день менструального циклу по 200 мг щодня на ніч, або лютеїну сублінгвальні таблетки 50 мг 3 рази на добу з 14-го по 25-й день менструального циклу.

2. Безперервна схема: трансдермальні форми естрогену застосовують з 1-го по 25-й день циклу. Дозу індивідуально встановлює лікар. Лютеїну вагінальні таблетки 100 мг застосовують з 1-го по 25-й день менструального циклу по 1 т. на ніч щодня.

Слід відзначити, що жінки добре переносили ЗГТ із застосуванням трансдермальних форм естрогенів у поєднанні з лютеїною. Жодна жінка не припинила лікування через побічні ефекти препаратів.

Висновки

1. Включення інноваційних форм прогестерону в схеми ЗГТ дозволяє знизити ризик розвитку гіперплазії ендометрію, а також підвищити безпеку ЗГТ, оскільки лютеїна не викликає побічних ефектів, властивих синтетичним прогестинам.

2. Таким чином, з появою на фармацевтичному ринку України інноваційних форм прогестерону, жінки, які потребують ЗГТ, отримали можливість використати оптимальну комбінацію естрогену і прогестерону для ефективного та безпечного лікування клімактеричних розладів.

Ключові слова: прогестерон, клімактерій, замісна гормональна терапія.

Література

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.

2. Diczfalusy, E. "Ageing: a medical, social and ethical challenge." IV European Congress on Menopause. Edition ESKA (2016): 655–67.

3. Гончаров, Н.Н. Андрогенный дефицит у женщин и возможности его гормональной диагностики / Н.Н. Гончаров, Г.В. Кацья, О.А. Мелихова и др. // Проблемы эндокринологии. – 2011. – № 3. – С. 31–36. Goncharov, N.N., Katsia, G.V., Melikhova, O.A., et al. “Androgenic deficiency in women and the possibility of its hormonal

4. Індивідуалізація підходів до ведення пацієток у період менопаузального переходу. Резолюція експертної ради. Київ 2018.

**ОЦІНКА РИЗИКІВ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ
РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК, ЯКІ ПРООПЕРОВАНІ З
ПРИВОДУ ПАПІЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ЩЗ
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»**

Світова статистика раку щитоподібної залози (РЩЗ), нажаль, невтішна. За останні десятиріччя захворюваність зросла майже на всіх континентах, і на сьогодні, це найбільш частий ендокринний рак, що зустрічається у 5-10 % пацієнтів з вузлами щитоподібної залози (ЩЗ). Клінічні та епідеміологічні дослідження демонструють, що 80% від усіх злоякісних новоутворень ЩЗ складає саме папілярна карцинома, яка в жінок зустрічається втричі частіше, ніж у чоловіків. Згідно даних Національного канцер-реєстру України, у 2018 році РЩЗ займав перше місце в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення серед жінок 18-29 років.

Сучасний підхід до лікування папілярного РЩЗ складається з декількох етапів і залежить від групи ризику, до якої віднесено пацієнта. На першому етапі лікування проводять оперативне втручання (тиреоїдектомія або лобектомія) з подальшою патогістологічною верифікацією діагнозу, діагностикою наявності метастазів за допомогою радіоактивного йоду (131-І), визначенням факторів ризику рецидиву і вирішенням питання щодо проведення другого етапу лікування – терапії 131-І. Подальше ведення таких пацієнтів також залежить від групи ризику і полягає у довготривалій ТТГ-супресивній терапії препаратами левотироксину.

Завдяки комплексному підходу до лікування ці пацієнти мають сприятливі прогнози з 5-річною виживаністю більш ніж 98 %, разом з тим, виявлені в жінок із РЩЗ зміни в потенційно канцерогенних естрогенних ДНК-аддуктах, що є наслідком порушення метаболізму естрогенів і значне коливання тиреоїдного гомеостазу на фоні лікування є вирогідними факторами ризику розвитку як гіперпроліферативної патології репродуктивної системи (ГПРС), так і естрогензалежних раків.

Тому, з огляду на ці дані, дослідження стану репродуктивної системи і розробка профілактичних заходів для збереження репродуктивного потенціалу молодих жінок, які перенесли РЩЗ, є надзвичайно актуальним питанням в сучасній гінекологічній практиці.