

# Здоровье женщины в перименопаузе: от контрацепции к заместительной гормональной терапии

*Н. М. Пасман, А. В. Дударева, Г. Н. Полева, М. П. Опарина,  
О. А. Колесникова, С. И. Безменова*

Новосибирская государственная медицинская академия,  
Новосибирский государственный университет,  
Центр планирования семьи и репродукции, Новосибирск

В статье указано, что при сохранённом менструальном цикле у женщин в перименопаузе без симптомов дефицита эстрогенов целесообразно назначение с контрацептивной и лечебной целью низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов. При сохранённом либо пролонгированном менструальном цикле в сочетании с симптомами дефицита эстрогенов хороший клинический эффект достигается назначением прогестеронсодержащего препарата фемостона, позволяющего купировать климактерический синдром через 3—6 месяцев. С наступлением менопаузы препаратом выбора для лечения климактерических расстройств у пациенток с нестабильным артериальным давлением, метаболическим синдромом является климодиен.

Перименопауза — важнейший период в жизни женщины, начинающийся от появления первых климактерических симптомов, характерных для эстрогендефицитных состояний, и включающий пременопаузу, менопаузу и два года после последней самостоятельной менструации.

© Коллектив авторов, 2005

Для перименопаузы характерны прогрессирующее истощение фолликулярного аппарата яичников, снижение уровня эстрадиола в крови и секреции ингибина яичниками, прогрессирующее повышение уровня ФСГ в крови [1—7]. Основными проблемами в перименопаузе являются: 1) сохранение фертильности и необходимость эффективной контрацепции; 2) рост частоты гормонозависимых заболеваний (фибромиома, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, фиброзно-кистозная мастопатия); 3) дисфункциональные маточные кровотечения; 4) предменструальный синдром; 5) появление климактерических ранневременных и средневременных расстройств; 6) рост экстрагенитальной патологии [8].

**Целью** исследования явилось изучение эффективности и приемлемости использования низкодозированных оральных контрацептивов в перименопаузе, а также исследование лечебного действия различных препаратов при наличии клиники ранних и средневременных климактерических расстройств

## Материал и методы

Под наблюдением находилось 132 женщины в перименопаузе в возрасте от 45 до 53 лет, вошедших в три основные клинические группы и 32 пациентки контрольной группы.

Первая (1) группа — 43 пациентки от 45 до 51 года с сохранённым менструальным циклом, показателями ФСГ, ЛГ и E2, соответствующими репродуктивному возрасту; из них у 9 (25,8 %) диагностирована фибромиома небольших размеров (до 7—8 нед.), у 12 (29,5 %) — внутренний эндометриоз I—II ст. 22 пациенткам с целью контрацепции был назначен низкодозированный комбинированный оральная контрацептив логест (20 мкг этинилэстрадиола, 75 мг гестодет-

на), который они получали на протяжении 24—36 мес.; 12 больным с внутренним эндометриозом и фибромиомой в течение 12 мес. назначался жанин (30 мкг этинилэстрадиола и 2 мг диеногеста); 8 больных с эндометриозом и фибромиомой получали депо-провера в течение 24 мес.

Во вторую (2) группу вошли 36 пациенток от 45 до 53 лет с ранними и средневременными симптомами климактерического синдрома, сохранённым менструальным циклом либо в чередовании с пролонгированным циклом, повышенными уровнями ФСГ и ЛГ, получавшие ЗГТ фемостоном 2/10 (2 мг 17β-эстрадиола и 10 мг дидрогестерона) в течение 24 мес.;

Третью (3) группу составили 53 женщины после наступления менопаузы в возрасте 47—53 лет с климактерическим синдромом, высокими ФСГ и ЛГ, которым для ЗГТ был рекомендован климодиен (2 мг эстрадиола валерата и 2 мг диеногеста), получаемый в течение 24 мес.

Контрольную группу составили 18 женщин в возрасте 46—53 лет, не получавшие оральные контрацептивы при сохранённом менструальном цикле, и 14 пациенток с нарушением цикла и симптомами климактерического синдрома без проведения ЗГТ.

Пациенткам всех групп проведено полное общеклиническое обследование до и после 6, 12—24-месячного курсов гормональной контрацепции и ЗГТ, включающее УЗИ матки и молочных желёз, маммографию, биохимическое исследование крови, исследования гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, Е2, прогестерон), показателей гемостаза, липидного обмена; при наличии климактерического синдрома проводилась денситометрия. Назначение заместительной гормональной терапии пациенткам проводилось при получении информированного согласия.

## Результаты исследования и обсуждение

Получен положительный клинический эффект на фоне назначенной терапии у пациенток всех клинических групп. При 100 % контрацептивной эффективности у женщин 1-й группы отмечена положительная динамика в клиническом течении миомы и эндометриоза, подтверждённая УЗИ; показатели гемостаза и липидного спектра достоверно не отличались от исходного уровня. Пациентки второй группы отмечали купирование климактерического синдрома через 3—6 месяцев от начала приёма фемостона 2/10, отмечено положительное влияние препарата на параметры гомеостаза: углеводный, липидный обмен (снижение ЛПНП), показатели гемостаза (стабильные показатели фибриногена, повышение АТШ). На фоне приёма климодиена в 3-ей группе также достигнут быстрый регресс симптомов климактерического синдрома, сопровождающийся у части пациенток нормализацией повышенного артериального давления и снижением массы тела при благоприятных тенденциях изменения гемостаза.

Таким образом, своевременное решение проблем перименопаузы, от контрацепции до ЗГТ, является реальным путём сохранения здоровья женщины, профилактики метаболических нарушений и обеспечения качества жизни.

## Выводы

1. При сохранённом менструальном цикле у женщин в перименопаузе без симптомов дефицита эстрогенов целесообразно назначение с контрацептивной и лечебной целью низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов.

2. При сохранённом либо пролонгированном менструальном цикле в сочетании с симптомами дефицита эстрогенов

хороший клинический эффект достигается назначением прогестеронсодержащего препарата фемостона, позволяющего купировать климактерический синдром через 3—6 месяцев.

3. С наступлением менопаузы препаратом выбора для лечения климактерических расстройств у пациенток с нестабильным артериальным давлением, метаболическим синдромом является климодиен.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., 2002.

2. Зайдиева Я. З. и др. Заместительная гормональная терапия — возможности индивидуального выбора // Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии. 2003. № 2. С. 2.
3. Рациональная ЗГТ и качество жизни женщины: Мат. междуна. науч.-практ. конф. Киев, 2005.
4. Серов В. Н. Климактерический период: нормальное состояние или патология // Рус. мед. журн. 2002. № 101. С. 18—22.
5. Сметник В. П. Руководство по климактерию. М., 2001.
6. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. М., 2002.
7. Gambacciani M. Low dose HRT: a new paradigm for postmenopausal women // Human Reproduction. 12th World Congress. Venice, 2005. P.104.
8. Mendelson M. E. Hormone replacement therapy and cardiovascular system: 2005 update // Human Reproduction. 12th World Congress. Venice, 2005. P. 102—103.

Pasman N. M., Dudareva A. V., Poleva G. N., Oparina M. P., Kolesnikova O. A., Bezmenova S. I.

#### **Women's health in Perimenopause: from contraception to hormonal replacement therapy**

Women with preservation of fertility and normal menstrual cycle need in effective contraception with treatment effect – low dose OC. Clinical symptoms of estrogen insufficiency in women with preservation of menstrual cycle are eliminating after 3-6 months during treating of HRT with using of Femostoni 2/10. In menopause it can be recommended Klimodieni especially for patients with instable blood pressure and hyperandrogenia.