35 лет ежемесячных кровопотерь и спазмов у женщин – триггер патологии

Профессор А.Л. Тихомиров

МГМСУ

С биологической точки зрения репродуктивный цикл женщины должен представлять собой последовательную смену таких периодов, как беременность, роды, лактация и вновь беременность.

При таком репродуктивном цикле менструации происходить не должно. Исходя из этого, менструацию можно рассматривать, как реакцию организма на отсутствие беременности, то есть ставить в один ряд с другими компенсаторными реакциями организма, таких как, например, атрофия мышц в отсутствие движения.

Менструация сопровождается кровотечением, а может ли кровотечение быть физиологическим процессом? Можно возразить, что менструация есть процесс обновления слизистой матки. Но в организме постоянно происходит обновление слизистой пищеварительного тракта, кожи, волос – и ни один из этих процессов не сопровождается кровотечением и спазмами.

Современная женщина, рожающая в среднем не более двух детей, испытывает за всю свою жизнь более 400 менструаций (другими словами, 400 кровотечений) и теряет при этом в среднем 32 литра крови. Но, помимо кровопотери, сам процесс менструации обусловлен выраженными колебаниями в различных системах организма, отражающими «выход» организма из состояния, «настроенного» на начало беременности. Повторение этих событий 400 раз, вероятно, не самым положительным образом отражается на здоровье женщины в целом.

Таким образом, ***менструальный цикл может рассматриваться*** не только как отражение функции репродуктивной системы, но и ***как компенсаторная реакция организма на отсутствие беременности***, являющаяся не совсем физиологическим процессом.

В настоящее время неуклонно растет число женщин, выбирающих себе с целью предохранения от беременности гормональную контрацепцию. И это логично, ведь общепризнано, что гормональная контрацепция – один из самых надежных, высокоэффективных методов предохранения от нежелательной беременности, которая позволяет минимизировать гормональные колебания в организме, связанные с менструальным циклом за счет блокады овуляции и уменьшает объем менструальных кровопотерь.

Если ранее комбинация контрацептивного и терапевтического эффектов была присуща лишь оральным контрацептивам, преимущественно комбинированным, в составе которых этинилэстрадиол призван обеспечить менструальноподобную мимикрию, то в настоящий момент в мире широко применяется внутриматочная прогестаген–рилизинг система, обеспечивающая стабильную, эффективную контрацепцию и значительно снижающая длительность, обильность и болезненность менструаций – ***Мирена***.

В качестве контрацептивного средства Мирена наиболее приемлема для женщин, желающих иметь длительную, но обратимую надежную контрацепцию, однако не желающих обременять себя постоянным приемом таблеток. Кроме этого, наличие в Мирене лишь прогестагенного компонента – левоноргестрела в значительной степени снижает число противопоказаний, позволяя женщинам более широко использовать этот вид контрацепции.

В исследованиях, посвященных изучению чисто прогестагенных методов контрацепции, зарегистрировано снижение риска венозной тромбоэмболии, заболеваний вен и артерий. Для женщин с заболеваниями свертывающей системы крови (болезнь Виллебранда, носительницы гемофилии), часто страдающих меноррагиями, ***Мирена является удачным терапевтическим средством, не вызывающим кровотечения во время введения и позволяющим справиться с обильными менструациями при надежнейшем контрацептивном эффекте***. Мирена также является безопасным выбором при сахарном диабете и низкой плотности костной ткани в связи с отсутствием метаболического влияния. Важно, что пациентки с муковисцидозом, рассеянным склерозом, эпилепсией и мигренью (в том числе офтальмологической) также могут использовать внутриматочную гормональную рилизинг–систему. Недавние исследования отметили, что у женщин, использующих Мирену более 5 лет, не увеличивается риск рака молочной железы [Мансур Д., 2007].

Результаты исследований показали, что 70% женщин Мирена нравится больше, чем метод контрацепции, который они использовали ранее: ВМС, оральные контрацептивы, барьерные методы [В.Н. Прилепская, 2007]. Эти данные указывают на то, что Мирена является весьма приемлемым и удобным методом контрацепции.

Мирена нередко является идеальным методом контрацепции даже для нерожавших женшин со сложными клиническими проблемами, когда имеются противопоказания к использованию комбинированных оральных контрацептивов [Мансур Д., 2007].

Терапевтические эффекты Мирены нисколько не уступают ее контрацептивным свойствам и обусловлены, главным образом, влиянием на менстуальный цикл.

У большинства женщин после установки Мирены отмечаются следующие изменения менструального цикла: уже в первые три месяца менструации становятся короче, слабее и менее болезненными, возможны нерегулярные мажущие межменструальные выделения. По прошествии года после установки Мирены у 20% женщин менструации могут отсутствовать вовсе (местный ответ эндометрия), в то же время овуляция в большинстве наблюдений сохраняется на протяжении всего времени использования Мирены.

Подобные изменения менструального цикла, если женщина не информируется о них заранее, могут вызвать у женщины беспокойство и даже желание прекратить использование Мирены. В связи с этим реко-

мендуется подробное ***консультирование женщины перед установкой Мирены, которое должно включать следующие основные тезисы***:

• в первые 3–6 месяцев использования Мирены возможны межменструальные выделения;

• при использовании Мирены менструации становятся короче и слабее;

• уменьшение менструальной кровопотери полезно для здоровья, поскольку предупреждает развитие анемии;

• возможно развитие аменореи (при этом функция яичников и овуляция сохраняется), однако это не свидетельствует о наступлении беременности;

• нормальный менструальный цикл восстанавливается в течение первого месяца после удаления Мирены;

• способность забеременеть после удаления Мирены быстро восстанавливается.

Необходимо сознавать, что в норме менструальное кровотечение происходит непосредственно из спиральных артериол, а спазм сосудов возникает по причине повреждения эндометрия и кровотечения и, возможно, сам является триггером возникновения таких распространенных заболеваний, как миома матки и аденомиоз.

Гистероскопия у женщин, использовавших прогестагены, показала, что ***кровянистые выделения*** появляются из мелких поверхностных капилляров и вен, лишенных кольцевой гладкой мускулатуры и неспособных к сокращению. При использовании прогестагенов сосуды больше склонны к повреждениям и кровоточивости. Возможные механизмы кровянистых выделений на начальных этапах применения КСП подробно изучены Hickey M., d'Arcanges C. (2002) и описаны как:

1. Трансформация сосудистой сети эндометрия:

– формирование различных типов мелких сосудов с повышенной плотностью их стенок.

2. Повышение ломкости и частоты разрывов вновь образованных мелких сосудов:

– лейкоцитарная инфильтрация повышает экспрессию матриксных металлопротеиназ;

– снижается кровоснабжение и нарастает гипоксия эндометрия.

3. Изменяется эндометриальный гемостаз:

– снижение вазоконстрикторных свойств вновь сформированных мелких сосудов эндометрия за счет снижения синтеза эндотелионов;

– повышение закиси азота ведет к некоторой вазодилатации, подавлению агрегации тромбоцитов, активизации матриксных металлопротеиназ.

Таким образом, механизм кровянистых выделений при использовании прогестагенов отличается от такового при обычных менструальных кровотечениях отсутствием возможного триггера возникновения миомы матки и аденомиоза – спазма сосудов.

С целью оценки влияния долгосрочного использования Мирены на общее состояние здоровья нами было проведено исследование, включавшее оценку характера кровотечений, уровня гемоглобина, динамику изменения артериального давления, веса, общего самочувствия, сопутствующих заболеваний. В исследование были включены 252 женщины репродуктивного возраста.

Всем пациенткам после исключения противопоказаний проводилось введение левоноргестрел–рилизинг системы.

За период наблюдения всем пациенткам, вошедшим в исследование, контрольные осмотры проводились вначале через 3, 6, 9 и 12 месяцев, а по истечении первого года наблюдения 1 раз в 6 месяцев.

При каждом посещении оценивались динамика клинических симптомов, характер и продолжительность менструаций, межменструальных кровянистых выделений, а также гинекологический статус, состояние молочных желез и данные динамического ультразвукового сканирования органов малого таза.

У всех пациенток был собран анамнез в отношении характера их менструальной функции до введения системы – меноррагии были зарегистрированы у 19% женщин.

Анемия в анамнезе имела место у 27% исследуемых, при этом уровень гемоглобина составлял в среднем 106–111±2,1 г/л.

Наличие болевого синдрома в анамнезе было зарегистрировано у 30,3%. В данном случае пациентки отмечали появление периодических, слабой и средней степени интенсивности болей тянущего характера.

Сочетанный характер жалоб (болевой синдром и меноррагия) был выявлен у 25,7% пациенток.

На фоне применения Мирены общее состояние всех пациенток оставалось удовлетворительным, было зарегистрировано значительное уменьшение менструальной кровопотери.

В первые месяцы применения Мирены менструальноподобная реакция наступала через 28–40 дней. Средняя продолжительность менструального цикла составила 32,47±3,46 дня. Объем менструальной кровопотери сокращался уже с первого месяца использования дан-

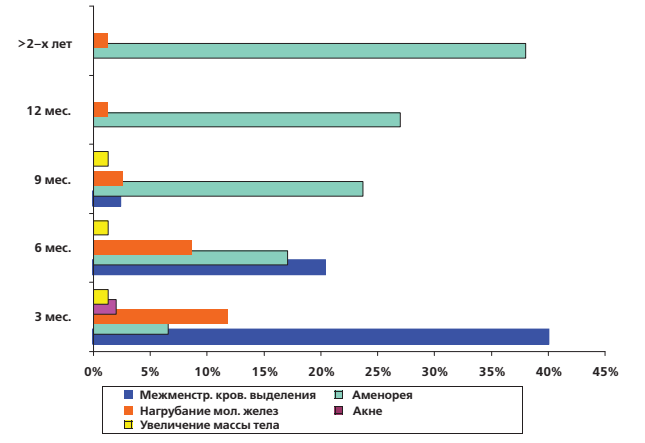


Рис. 1. Частота возникновения побочных эффектов на фоне применения Мирены

Таблица 1. Динамика длительности менструальноподобного кровотечения на фоне применения Мирены

Длительность применения Мирены	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.	2 и >2 лет
Средняя продолжительность менструального кровотечения (дни)	4,3±2,4	3,7±2,4*	3,3±2,2*	2,3±1,8*	1,9±1,9*

ного средства и, как правило, менструальноподобное кровотечение было представлено скудными или мажущими кровянистыми выделениями.

Данные по продолжительности менструального кровотечения представлены в таблице 1.

Согласно представленным данным средняя продолжительность менструального кровотечения прогрессивно снижалась и к концу исследования составила 1,91±1,9 дня. Достоверность данных была статистически подтверждена при определении критерия t и показателя $p<0,001$.

При анализе переносимости Мирены некоторые пациентки отмечали возникновение побочных реакций, динамика которых в зависимости от длительности использования данного средства отражена на рисунке 1. Побочные эффекты были представлены межменструальными кровянистыми выделениями, аменореей, нагрубанием молочных желез, акне.

Наиболее часто встречались скудные и мажущие межменструальные кровянистые выделения (только в первые 3–6 месяцев использования) и аменорея, прогрессирующая с продолжительностью применения внутриматочной системы. Межменструальные кровянистые выделения продолжительностью от 7 до 15 дней, возникающие периодически в течение менструального цикла, были отмечены в период до 3 месяцев использования Мирены у 40,1% женщин, а также в период до 6 месяцев – у 20,4%. Данные жалобы сохранялись до 9 месяца наблюдения лишь у 2 женщин.

Аменорея зафиксирована в период до 3 месяцев у 6,6% пациенток. В последующем данный эффект наблюдался до 6 месяцев у 17,1%, до 9 месяцев у 23,7%, до 12 месяцев у 27% и сохранялся до конца наблюдения у 38%.

На фоне использования Мирены отмечено также снижение часты дисменореи с 24 до 1% и клинических проявлений предменструального синдрома с 41 до 3% ко второму году использования данного средства.

Таким образом, использование Мирены решает целый ряд актуальных задач: необременительная эффективная контрацепция, профилактика наиболее распространенных в гинекологической практике патологических состояний и прекращение многолитрового донорства крови в «пустоту».

Литература

1. Прилепская В.Н. Мирена в России. Научные и практические аспекты. Сборник тезисов Mirena forum, Москва, 2007, с. 1.

2. Мансур Д. Контрацептивные преимущества внутриматочной системы Мирена. Сборник тезисов Mirena forum, Москва, 2007, с. 3.

3. Carr BR, Ory H. Estrogen and progestin components of oral contraceptives: relationships to vascular disease. Contraception 1997; 55: 267–72.

4. Rosenberg L., Palmer JR, Sands ML et al. Modern oral contraceptives and cardiovascular disease. Am. J. Obstet Gynecol 1997, 177: 707–15.

5. Thorogood M., Mann J., Murphy M. et al. Risk factors for fatal thromboembolism in young women: a case control study. Int. Epidemiol. 1992, 21:48–52.

6. Hickey M., Arcangues C. Vaginal bleeding disturbance and implantable contraceptives. Contraception 2002, 65: 75–84.