

УДК 613.888 ббк 57.12- 61.

Критерии приемлемости гормональной контрацепции у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне аутоиммунного тиреоидита

Кадырова К. И., Жатканбаева Г.Ж., Иманбаева Ж.А., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Резюме

Ключевые слова: гормональная контрацепция, воспалительные заболевания органов малого таза, аутоиммунный тиреоидит

Казахстан является эндемически неблагоприятной зоной по заболеваниям щитовидной железы. Одно из угрожающих заболеваний для репродуктивной системы женщин – аутоиммунный тиреоидит. Особенно важно, что АИТ часто сочетается с гинекологической и с акушерской патологией. В свою очередь уровень воспалительных заболеваний органов малого таза в РК остается очень высоким.

Позднее начало лечения ведет к тяжелейшему последствию: бесплодию. Посредством гормональных контрацептивов можно воздействовать на половые гормоны, которые регулируют обменные процессы и обладают антимикробным действием. Гормональная контрацепция не оказывает отрицательного влияния на содержание в сыворотке крови ТТГ и Т4св, а напротив, оказывает иммуносупрессивное действие на уровень антител к ТПО, ТГ, благоприятно влияет на течение АИТ и уравнивает состояние организма. Таким образом, гормональная контрацепция в сочетании с основной терапией ВЗОМТ на фоне аутоиммунного тиреоидита не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы и способствует формированию нормальной влагалищной микрофлоры.

Цель данной статьи - объединить два серьезнейших патологических состояния женщин: воспалительные заболевания органов малого таза и аутоиммунный тиреоидит для подбора гормонального контрацептива, который качественно защитит от нежелательной беременности и не навредит уже существующим заболеваниям, а возможно даже вызовет более благоприятное течение имеющегося хронического заболевания. В литературе мы встретили очень мало данных об эффективности назначения и влияния гормональных контрацептивов на здоровье женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают 1ое место в мире в структуре заболеваемости среди остальных патологий гинекологии и репродуктологии. По данным мировой статистики, воспалительные заболевания органов малого таза встречаются у каждой 10-ой женщины, из которых 60-65%

требуют амбулаторного и до 40% стационарного лечения [1]. В Республике Казахстан, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению, уровень заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза (сальпингитом, оофоритом) в расчете на 100 000 населения по-прежнему очень высок, превышая таковой в США в 2,7 раз [4] и в Великобритании (по данным 2011 года) - в 3,7 раз [5]. Эта проблема особенно актуальна в крупных мегаполисах, например, в Алматы по данным официальной статистики до 2010 года заболеваемость сальпингитом и оофоритом в несколько раз превышает общереспубликанский уровень. Кроме того, эта проблема остается актуальной как, для городского населения, так и для сельского: если в 2001-2005 годах уровень заболеваемости городского населения превышал таковой сельского населения в 1,8-1,3 раза соответственно, то в последние годы этот разрыв практически исчез [6].

Казахстан является эндемически неблагоприятной зоной по развитию заболеваний щитовидной железы. В настоящее время, аутоиммунный тиреоидит является одним из наиболее встречаемых аутоиммунных заболеваний у женщин. Особенно важно, что аутоиммунный тиреоидит (АИТ) очень часто сочетается как, с гинекологической, так и с акушерской патологией. Для населения Казахстана проблема тиреоидной патологии является крайне актуальной, так как в Казахстане 60% территории находится в условиях йодной недостаточности (7). Как правило, заболевания щитовидной железы у женщин развиваются в репродуктивном возрасте [8,9,10,11]. Так, по данным ВОЗ (2001), около 30% населения земного шара имеет риск развития йоддефицитных заболеваний, около 700 млн. человек страдает различными формами зоба, более 50 млн. детей имеют задержку умственного развития, связанную с дефицитом йода.

В настоящее время проблема АИТ у женщин репродуктивного возраста вызывает много споров, в связи с увеличением гинекологической заболеваемости и с опасностью его гипотиреоидной фазы - без правильного и своевременного лечения АИТ может привести к рождению психически неполноценного потомства. По данным литературы, частота АИТ колеблется 4-46% от всей тиреоидной патологии и женщины, как правило, страдают данной патологией значительно чаще, чем мужчины, что объясняется особенностями женского гормонального статуса и ролью половых гормонов. До настоящего времени нет единого мнения об уровне, на котором осуществляется взаимосвязь между

репродуктивной системой женщины и патологией щитовидной железы, поэтому проблема влияния половых и тиреоидных гормонов на органы-мишени при наличии патологий в иммунной системе организма остается нерешенной.

Воспалительные заболевания органов малого таза достаточно редко имеют яркую клиническую картину и большинство симптомов неспецифичны, поэтому и представляют особую сложность среди огромного количества других гинекологических патологий. По данным литературы две трети случаев воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) могут остаться не диагностированными. Однако позднее начало, лечения как правило, приводит к распространению воспаления и ведет к тяжелейшим последствиям, таким как: внематочная беременность, синдром хронической тазовой боли, бесплодие [12-13]. ВЗОМТ - это группа самостоятельных воспалительных нозологических форм, в основе которого лежит развитие инфекционно-воспалительного процесса в верхних отделах женского репродуктивного тракта и может включать: оофорит, сальпингит, tuboовариальный абсцесс и/или тазовый перитонит, параметрит, эндометрит, а также их комбинации [14].

Этиологией развития ВЗОМТ является микробная флора, например микроорганизмы гноеродной флоры: вульгарный протей, кишечная палочка, стрептококки, стафилококки и инфекции передаваемые половым путем. Анаэробы играют важную роль в проникновении из слизистой влагалища, цервикального канала, кишечника и с наружных половых органов. Следовательно, pH влагалища сдвигается в щелочную среду и начинается подавление лактофлоры – это и приводит к восходящему инфицированию, что затем и вызывает воспалительный процесс. В той же мере причиной возникновения ВЗОМТ могут быть провоцирующие факторы, такие как роды, кесарево сечение и менструации. Ятрогенные факторы также могут спровоцировать воспаление (аборт, диагностическое выскабливание, гистероскопия, внутриматочные контрацептивы, операции), а также ослабление естественных барьеров, которые ведут за собой открытию входных ворот и распространению инфекции.

По данным современных исследований в женском репродуктивном тракте могут существовать патогенные микроорганизмы, не вызывая клинических проявлений заболевания – такой типа микрофлоры называется промежуточным [12]. Это могут быть транзиторно выявляемые у 10% клинически здоровых женщин *Gardnerella*, *Staphylococcus aureus*, *Ureaplasma urealyticum* [13]. Грибы рода *Candida*, не вызывающие никаких клинических проявлений, обнаруживаются в 13–33% случаев [15]. Не смотря на то, что особенности влагалищной микрофлоры в разные фазы менструального цикла подробно описаны, в литературе содержится мало сведений о влиянии гормональных препаратов на влагалищную флору с целью контрацепции и лечения.

Эталоном контрацепции в настоящее время являются гормональные противозачаточные препараты, в особенности такая группа препаратов как комбинированные оральные контрацептивы (КОК). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире средствами гормональной контрацепции пользуются более 120 млн. женщин [16]. Согласно рекомендациям ВОЗ, воспалительные заболевания органов малого таза являются показанием для назначения КОК, а женщины, использующие КОК, подвергаются вдвое меньшему риску их возникновения

[17]. По результатам клинических испытаний КОК можно использовать в качестве вспомогательного средства для лечения воспалительных заболеваний у женщин [18]. Прием КОК уменьшает частоту рецидивов хронических сальпингоофоритов приблизительно в 3 раза [19]. Вот некоторые механизмы, которые реализуют защитный эффект:

- повышение вязкости влагалищной слизи и снижение до минимума менструального отделяемого, что препятствует вертикальному инфицированию;
- уменьшение силы и частоты нормальных физиологических сокращений матки и ослабление за счет этого “присасывающего” эффекта;
- повышение активности комплемента в сыворотке крови;
- предотвращение нежелательных беременностей и абортов, ведущих к послеоперационной инфекции;
- улучшение регенерации эпителия, служащего механическим барьером для патогенов;
- увеличение содержания гликогена во влагалищном эпителии и, как следствие, повышение числа лактобацилл, конкурирующих с патогенами за субстрат.

Известно, что половые стероиды, регулирующие обменные процессы в организме, обладают антимикробным действием [20]. Исследуя популяционную изменчивость *Staphylococcus aureus*, Иванов Ю.Б. и др. [21] показали, что культивирование стафилококков с препаратами половых гормонов ведет к достоверному уменьшению антилизосимной активности и гетерогенности популяции стафилококков по этому признаку, что снижает адаптационные возможности бактериальной популяции.

Однако в отношении других свойств микроорганизмов действие половых гормонов на популяцию стафилококков было неоднозначным: прогестерон обладал незначительным стимулирующим влиянием на их рост, а эстриол оказывал выраженный стабилизирующий эффект на развитие бактерий. Отмечено прямое влияние прогестерона на грибы рода *Candida*: *in vitro* он способствует инверсии псевдомицелия в дрожжевые клетки [22]. Эти данные свидетельствуют о роли стероидных половых гормонов в формировании микробиоты репродуктивной системы.

В современной литературе нет однозначных выводов о влиянии гормональной контрацепции на развитие дисбиотических состояний влагалища — бактериального вагиноза и кандидоза. Наиболее распространены мнения о том, что прием КОК является фактором риска развития бактериального вагиноза [23] или же не влияет на его возникновение [24]. Однако появились данные, что гормональные контрацептивы обладают протективным эффектом в отношении бактериального вагиноза [25]. Исследования, проводившиеся в Швеции, также показали, что молодые женщины, применявшие КОК, имели значительно меньшую частоту бактериального вагиноза, чем те, кто их не принимал [26].

Нельзя однозначно ответить на вопрос, как влияют КОК на возникновение и течение кандидозного кольпита. По результатам статистических исследований [27], несмотря на снижение процента женщин, пользующихся КОК, и увеличение числа использующих презервативы, частота бактериального вагиноза и кандидоза резко возросла. Это может свидетельствовать как о том, что КОК не играют значительной роли в возникновении дисбиозов влагалища, так и о том, что половой путь в их распространении не является основным. Большинство авторов считает, что КОК достоверно увеличивают частоту кандидоза [28]. Кроме того, предшествующий

прием КОК является фактором риска возникновения кандидоза среди женщин, употребляющих КОК, частота возникновения кандидозного кольпита не отличается от таковой в общей популяции [29]. Schmidt A. et al. подчеркивают, что нет доказательств высокой степени колонизации эпителия влагалища *Candida albicans* у пациенток, принимающих КОК [30]. Кроме того, не было найдено зависимости между длительностью приема КОК, типом контрацептивов (трехфазные или монофазные) и частотой выявления грибов *Candida*. Eschenbach D.A. et al. [31] отмечают, что КОК оказывают минимальный эффект на влагалищную флору, заключающийся в небольшом снижении числа пероксидообразующих лактобацилл и *Ureaplasma urealyticum* через 2 мес их использования.

Особенности вагинальной микрофлоры у женщин, использующих чистые прогестины пролонгированного действия, также нуждаются в дальнейшем изучении. Научных работ в этом направлении практически не проводилось, несмотря на то, что данный вид контрацепции является наименее физиологичным из всех гормональных методов. Известно только, что депомедоксипрогестерон снижает количество пероксидообразующих лактобацилл [32], а по другим данным [33] уменьшает риск развития кандидозного кольпита и других воспалительных заболеваний половых путей.

Аутоиммунный тиреоидит - это органоспецифическое, Т-клеточно-опосредованное аутоиммунное заболевание [15,33], характеризующееся образованием аутоантител к ткани щитовидной железы с последующим снижением ее функции. Большинство женщин с аутоиммунным тиреоидитом фертильны и сексуально активны, в связи с этим нуждаются не только в высокоэффективных, но и безопасных и приемлемых методах контрацепции, не оказывающих отрицательного влияния на основное заболевание.

В настоящее время гормональная контрацепция является наиболее высокоэффективным методом контрацепции, так как помимо своего основного действия, обладает еще и лечебным эффектом для гормонзависимых гинекологических заболеваний таких как: эндометриоз, миома матки, ДМК, предменструальный синдром, дисменорея и прочие [8,15,33]. Эти заболевания в свою очередь очень часто сочетаются у женщин с аутоиммунным тиреоидитом [9,15]. Помимо лечебного эффекта, гормональные контрацептивы имеют и профилактический эффект, снижая риск развития рака эндометрия и яичников, доброкачественных новообразований молочной железы, ЖДА и колоректального рака [8,10, 15]. До настоящего времени не изучено влияние гормональной контрацепции на клиническое течение АИТ, а именно, на иммунологические показатели данного заболевания.

На сегодняшний момент актуальна тактика ведения пациенток с АИТ в процессе применения гормональной контрацепции, учитывая влияние различных гормональных контрацептивов на параметры иммунной системы и течение основного заболевания.

По литературным данным, установлено, что неоконтрацептивный эффект комбинированных пероральных и чистопрогестиновых контрацептивов (регулируют менструальный цикл, оказывают положительное влияние на первичную дисменорею и симптомы предменструального синдрома) у женщин с АИТ. В результате оценки динамики лабораторных показателей выявлено, что гормональные контрацептивы

не оказывают негативного влияния на содержание в сыворотке крови ТТГ и Т4 свободный, на лимфоцитарное звено иммунной системы и антитела к фосфолипидам, при этом оказывают иммуносупрессивное действие на уровни антител к ТПО, ТГ, ДНК, что может являться благоприятным фактором для течения АИТ. Чистопрогестиновые контрацептивы обладают более выраженным иммуносупрессивным эффектом по сравнению с КОК. Отмечен также иммуносупрессивный эффект эстроген-гестагенных и гестагенных контрацептивов на содержание в сыворотке крови АТ ТПО, АТ ТГ, антител к ДНК у женщин с аутоиммунным тиреоидитом, что свидетельствует о благоприятном влиянии гормональной контрацепции на течение основного заболевания.

В соответствии с последними данными у большинства женщин с АИТ репродуктивная функция не нарушена, о чем свидетельствует наличие беременностей и родов у каждой 2-ой пациентки, большое число аборт - 30%, и невысокий процент (29,2%) использования современных методов контрацепции при высокой частоте патологии менструального цикла: предменструальный синдром, первичная дисменорея, овуляторные боли и генитальные инфекции (32,0%) [15-22]. Пероральные комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы обладают регулирующим эффектом на менструальный цикл и оказывают положительное влияние на первичную дисменорею и симптомы предменструального синдрома. Типичными побочными реакциями при применении препарата, содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, являются аллергическая сыпь, тошнота, снижение либидо, отеки (по данным литературы наблюдалось у 33,3% женщин с АИТ), при приеме же чистопрогестинового препарата, содержащего 75 мкг дезогестрела, межменструальные кровянистые выделения, обусловленные выраженным гестагенным действием на эндометрий. Комбинированные и чистопрогестиновые гормональные контрацептивы не оказывают негативного влияния на уровень ТТГ и Т4 свободного, проявляя иммуносупрессивное действие на гуморальный иммунитет (антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину), что в известной мере может свидетельствовать об их позитивном воздействии на клиническое течение АИТ. Чистопрогестиновый контрацептивный, по сравнению с комбинированным, обладает более выраженным иммуносупрессивным эффектом. Чистопрогестиновые препараты переносятся в целом лучше, в связи с отсутствием эстрогензависимых побочных реакций.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению динамики ТТГ и Т4св. при применении гормональных контрацептивов, на настоящее время единого мнения ученых не существует. Известно, что эстрогены увеличивают синтез тироксин-связывающего глобулина в печени (Arafah B.M., 2001; 71лтап 1М., 2003), и тем самым снижают уровень Т4 свободного. Согласно другим исследованиям, уровень ТТГ повышается под влиянием эстрогенов, в связи с увеличением при этом чувствительности тиретрофов к тиреолиберину и увеличением соответственно секреции ТТГ (Варламова Т.М., 2005; 2000). В то же время Моисеева О.М. (1987) и Алиева Д.А. и соавт. (2002) в своих исследованиях не выявили негативного влияния гормональных контрацептивов на уровень ТТГ и Т4 свободного.

Данные литературы дополнительно указывают на возможные изменения уровня АТ ТПО и АТ ТГ при применении гормональных контрацептивов и необходимо подчеркнуть, что существуют единичные работы,

свидетельствующие об отрицательном (стимулирующем) влиянии эстрогенов на уровень АТ к ТПО (Thea G.A. et al., 2003). Однако, по данным Bulow Pedersen I. (2006) прием гормональных контрацептивов подавляет аутоиммунные процессы, но не влияет на уровень антител к щитовидной железе. В результате изучения влияния гормональных контрацептивов на уровень антител к ткани щитовидной железы, нами получены данные о достоверном снижении АТ ТПО и АТ ТГ в процессе их использования. Следовательно, гормональные контрацептивы обладают иммуносупрессивным влиянием на уровень антител к щитовидной железе.

Таким образом, гормональная контрацепция играет немаловажную роль в формировании влажной микрофлоры, и этот аспект необходимо учитывать при назначении контрацептивов пациенткам с исходными нарушениями вагинального микробиоценоза. Что касается гормональных контрацептивов на фоне аутоиммунного тиреоидита: полученные данные еще раз подчеркивают не только отсутствие негативного действия гормональных контрацептивов на иммунную систему, но и наличие иммуносупрессивного их влияния, особенно на показатели гуморального иммунитета, что вероятно можно расценить, как положительный эффект применительно к снижению активности аутоиммунного процесса. Комбинированные гормональные и чистогормональные контрацептивы обладают протективным действием по отношению к клеткам щитовидной железы в виду их иммуносупрессивного влияния на некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета, играющие важную патогенетическую роль в развитии АИТ.

Список литературы

1. Sutton MY, Sternberg M, Zaidi A, St Louis ME, Markowitz LE. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985-2001 // *Sex Transm Dis*. - 2005. - Vol. 32 (12). - P. 778-774.
2. Тухомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Д.М. Актуальность и общее понятие о воспалительных заболеваниях половой системы // *Медицинская панорама*. - 2003. - № 9. - С. 23-25.
3. Catherine Meads, Trudi Knight, Chris Hyde, Jayne Wilson. The clinical effectiveness and cost effectiveness of antibiotic regimens for pelvic inflammatory disease // *Report, The University of Birmingham*. - 2004. - P. 7-11.
4. <http://www.rightdiagnosis.com/diseasecenter.htm>
5. Jonathan D C Ross Why is the incidence of pelvic inflammatory disease falling? // *BMJ*. - 2014. - P. 207-211.
6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: статистический сборник. - Алматы: 2013. - 52 с.
7. A. Alipova, G Alipov, Y. Prouglo, T. Raisov. Ret proto-oncogene expression in papillary thyroid carcinomas from Semipalatinsk nuclear testing site (STS) in Kazakhstan // *Hiroshima Igaku*. - 2000. - 53(3). - P. 183-185.
8. Баранова О.В. Сравнительная клинко-морфологическая характеристика узлового зоба, аденомы щитовидной железы и аутоиммунного тиреоидита // Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 1999
9. Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. СПб.; 1996.
10. Логинов А.Б. Влияние диффузного нетоксического зоба на течение и исход беременности // Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2003.
11. Фадеев В.В. Йоддефицитные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита // Автореф. дис... д-ра мед. наук. М.; 2004.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕД-пресс, 2001. 288
13. Пуголюкина Д. А., Ляшенко И. С. Риск воспалительных заболеваний гениталий при внутриматочной контрацепции // *Молодой ученый*. - 2017. - №3.3. - С. 45-48.
14. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 2005; 32: 400-5.
15. 4. Прилепская В.Н., Тагиева А.В., Межевитинова Е.А. Внутриматочная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 176 с.
16. Арзамасцев А.П., Садникова Н.О. Оральные контрацептивы // *Consilium provisorum*. 2002. Т. 2. № 4. С. 15-17.
17. Медицинские критерии для инициации и продолжения использования контрацептивных методов // *Совещание ВОЗ "Улучшение качества оказания услуг по планированию семьи"*, 1995.
18. Ямбор Е., Багдандь Ш., Секереш Л. Современные гормональные противозачаточные средства "Гедеон Рихтер". Будапешт, 1996.
19. Пестрикова Т.Ю., Ковалева Т.Д., Калмыкова Л.Н. Клинический опыт применения препарата три-регол в реабилитации больных воспалительными заболеваниями органов малого таза // *Проблемы репродукции*. 1999. № 3. С. 15-18.
20. 14. Бухарин О.В. Динамика персистентных свойств микроорганизмов под влиянием физико-химических воздействий // *Персистенция патогенных бактерий* / Под ред. Бухарина О.В. М., 1999. С. 285-289.
21. 15. Иванов Ю.Б., Черкасов С.В., Кузьмин М.Д. и др. Влияние препаратов стероидных гормонов на персистентные и ростовые характеристики стафилококков // *Журн. микробиологии*. 1997. № 4. С. 92-95.
22. Nohmi T, Abe S, Dobashi K. et al. Suppression of anti-Candida activity of murine neutrophils by progesterone in vitro // *Microbiol. Immunol*. 1996. V. 40. № 3. P. 217-222.
23. Cerutti M., Canestrelly M., Condemni V. Methods of contraception and rates of genital infections // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol*. 1994. V. 21. № 2. P. 119-123.
24. Avonts D., Sercu M., Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or intrauterine device: a prospective study // *Sex. Transm. Dis*. 1990. V. 17. № 1. P. 23-29.
25. Moi H. Prevalence of bacterial vaginosis and its association with genital infections, inflammation, and contraceptive methods in women attending sexually transmitted disease and primary health clinics // *Int. J. STD AIDS*. 1990. V. 1. № 2. P. 86-94.
26. Schoubnikova M., Hellberg D., Mardth P.A. Contraception use in women with bacterial vaginosis // *Contraception*. 1997. V. 55. № 6. P. 355-358.
27. Evans B.A., McCormack S.M., Kell PD. et al. Trends in female sexual behavior and sexually transmitted diseases in London // *Genitourin. Med*. 1995. V. 71. № 5. P. 286-290.
28. Meyer H., Gottlicher S. Psychosocial risk factors in vulvovaginal mycosis. A multivariate long-term study // *Mycoses*. 1998. V. 41. № 2. P. 49-51.
29. Cotch M.F., Hillier S.L., Gibbs R.S. et al. Epidemiology and outcomes associated with moderate to heavy Candida colonization during pregnancy // *Amer. J. Obstet. Gynecol*. 1998. V. 178. P. 374-380.
30. 25. Schmidt A., Idehen C.F., Mending W. Oral contraceptive use and vaginal Candida colonization // *Zentralbl. Gynakol*. 1997. V. 119. № 11. P. 49-53.
31. Eschenbach D.A., Patton D.A., Meyer A. et al. Effects of oral contraception pill use on vaginal microflora and epithelium // *J. Infect. Dis*. 2001. V. 183. № 6. P. 13-18.
32. Miller L., Patton D.L., Meyer A. et al. Depo-medroxyprogesterone-induced hypoestrogenism and changes in vaginal flora and epithelium // *Obstet. Gynecol*. 2000. V. 96. № 3. P. 431-439.
33. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Тагиева ТТ Контрацепция инъекционным препаратом депо-провера // *Акушерство и гинекология*. 1995. № 3. С. 7-9.

Түйіндемe

Аутоиммунды тиреоидит аясында кіші жамбас мүшелерінің қабыну аурулары бар емделушілерде гормоналды контрацепцияның қолайлылық критерийлері
Кадырова К.И., Жатқанбаева Г.Ж., Иманбаева Ж.А.,
Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,

Алматы қаласы, Қазақстан

Түйінді сөздер: аутоиммунды тиреоидит, жыныс мүшелерінің қабыну аурулары (ЖМҚА), гормоналды контрацепция

Қазақстан қалқаниша безінің аурулары бойынша эндемиялық қолайсыз аймақ болып табылады. Әйелдердің репродуктивті жүйесі үшін қауіпті аурулардың бірі аутоиммунды тиреоидит болып табылады. Әсіресе, АИТ гинекологиялық және акушерлік патологиямен жиі үйлеседі. Өз кезегінде ҚР кіші жамбас органдарының қабыну ауруларының деңгейі өте жоғары.

Өз кезегінде кешірек емдеу ауыр салдарға әкеледі: бедеулікке. Гормоналды контрацептивтер арқылы жыныстық гормондарға әсер етуге болады, олар алмасу процестерін реттейді және антимикробтық әсерге ие болып табылады. Гормоналды контрацепция қан сарысуындағы ТТГ және бос Т4 гормондарының болуына теріс әсер етпейді, ал керісінше, ТПО, ТГ антиденелер деңгейіне иммуносупрессивті әсер етеді, АИТ ағымына жағымды әсер етеді және ағзаның жағдайын теңестіреді. Осылайша, негізгі терапиямен ұштасқан гормоналды контрацепция аутоиммундық тиреоидит аясында ЖМҚА қалқаниша безінің гормондарының деңгейіне теріс әсер етпейді және қалыпты қынаптық микрофлора қалыптастыруға ықпал етеді.

Resume

Criteria of hormonal contraception in patients with inflammatory diseases and autoimmune thyroiditis

Kadyrova K.I., Zhatkanbayeva G.Zh, Imanbayeva Zh.A., Utebayeva Zh.A., Myrzabayeva N.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: Autoimmune thyroiditis, pelvic inflammatory diseases, hormonal contraception.

Kazakhstan is an unfavorable endemic zone on thyroid diseases. Autoimmune thyroiditis is one of threatening diseases for the women reproductive system. It is especially important, that AIT often combines with gynecological and with obstetric pathology. In turn the level of inflammatory diseases of the pelvic organs in Kazakhstan remains very high.

Later beginning of treatment conduces to the heaviest consequence: sterility. With the help of hormonal contraceptives it becomes possible to affect on sexual hormones that regulate exchange processes and possess an antimicrobial action. A hormonal contraception does not cause negative influence on maintenance of TSH and T4 in the serum of blood, what is more, causes the immunosuppressive influence on the anti-TPO, anti-Tg level of, has a favorable influence on the flow of AIT and equilibrates the state of health. Thus, a hormonal contraception in combination with basic therapy of pelvic inflammatory diseases with autoimmune thyroiditis does not cause adverse influence on thyroid hormones and forms a normal vaginal biotope.