

Почесними докторами університету є Сергій Бубка, Валерій Сушкевич, Вольфганг Говін, Станіслав Заборняк, Хенрик Созанські. Олександр Волков і Володимир Бринзак – почесні професори ЛДУФК.

Університет налагодив зв'язки з організаціями та вищими навчальними закладами Польщі, Словенії, США, Канади, Нідерландів, Німеччини, Естонії, Угорщини, Білорусі, Грузії. З 1998 року ЛДУФК є членом Європейської мережі спортивної науки, освіти і зайнятості (ENSSEE); з 2001 року – колективним членом Міжнародної ради здоров'я, фізичного виховання, рекреації, спорту і танцю (ICHPER-SD); з 2002 року – членом Асоціації ВНЗ фізкультурного профілю країн Східної Європи та Центральної Азії, з 2008 року – членом мережі (European Athlete as Student) Швеція.

Перспективи розвитку Львівського державного університету фізичної культури пов'язані з євроінтеграцією та утвердженням «фізкультурної alma mater» як навчально-методичного, науково-дослідного та спортивно-рекреаційного осередку України та Європи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Приступа Є. Н. Традиції української національної фізичної культури (частина I) / Є. Н. Приступа, В. С. Пилат. – Львів: Троян, 1991. – 104 с.
2. Приступа Є. Українські народні рухливі ігри, розваги та забави: методологія, теорія і практика / Є. Приступа, О. Слімаковський, М. Лук'янченко. – Дрогобич: Вимір, 1999. – 449 с.
3. Трофим'як Б. Є. Фізичне виховання і спортивний рух у Західній Україні (з початку 30-х років XIX ст. до 1939.): навч.посібн. / Б. Є. Трофим'як. – К.: ІЗИН, 1997. – 424с.
4. Трофим'як Б. Є. Гімнастично-спортивні організації у національно-визвольному русі Галичини (друга пол. XIX ст. – перша пол. XX ст.): монографія / Б. Є. Трофим'як. – Тернопіль: Економічна думка, 2001. – 696 с.
5. Вацеба О. М. Нариси з історії спортивного руху в Західній Україні / О. М. Вацеба. – Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 1997. – 232 с.
6. Центральний державний історичний архів у Львові. – Ф. Р – 221. – Оп. 2. – Од. зб. 176. – А. 37-38.
7. Теорія та методика фізичного виховання: науково-методичний журнал. – 2006 – №4(24) – 55 с.

Л.В ЧАПЛЕНКО

ПОБІЧНІ ДІЇ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

В статті зазначено, що знання про гормональну контрацепцію і про її побічну дію повинні викликати тривогу за здоров'я жінок.

Ключові слова: гормональні контрацептиви, побічні дії.

В статье говорится, что знания о гормональной контрацепции и о её побочных действиях должны вызывать тревогу за здоровье женщин.

Ключевые слова: гормональные контрацептивы, побочные действия.

This article says that knowledge of hormonal contraception and its side effects must be cause concern about health of women.

Key-words: hormonal contraceptives, side effects.

В останні роки в нашій країні активно проникають у практику гормональні контрацептивні препарати. При цьому акцент ставиться на їх несумнівних перевагах. Менше уваги приділяється недолікам цих засобів. А важливо і необхідно акцентувати увагу на від'ємних моментах контрацепції, в першу чергу пероральної, оскільки мова йде про попередження вагітності у жінок.

В літературі накопичено достатньо фактів, які свідчать про тератогенність природніх і синтетичних гормональних препаратів (кортикостероїдів і адренкортикотропних гормонів). Описані випадки внутрішньоутробної смерті плодів, викиднів, недоношування і навіть народження малят з розщепленим піднебінням після призначення вагітним жінкам кортикостероїдів, особливо кортизону. Відзначались рання і масивна мацерація, відторгнення шкіри рук, недостатня довжина і маса тіла новонароджених. Порушення бували тим більші, чим в більш ранні терміни вагітності призначались препарати. Ці дані знайшли підтвердження і в експерименті. Кортикотропні гормони, за результатами експерименту, викликали смерть ембріонів у 52,8%; у тих, що вижили - спостерігалися розщеплення піднебіння. При введенні тваринам гормональних препаратів було відзначено гальмування росту і маси тіла, а також розщеплення піднебіння у 90% плодів (Я.Б.Максимович, А.І.Гайденко, 1987). Описану патологію пояснювали тим, що надлишок гормонів легко проникає через плацентарний бар'єр, порушуючи тканинний метаболізм плода.

Шкідлива дія синтетичних гормональних препаратів значно більша природних, а діапазон їх дії значно ширший від природних. Вплив статевих гормонів не обмежується регулюванням стану репродуктивної системи, вони поширюються на обмін речовин, на функцію серцево-судинної системи, печінку, нирки і т.д.

Спектр побічних ефектів оральних контрацептивів (ОК) надзвичайно широкий. Це вплив на обмін речовин. Метаболічні зміни при прийомі ОК можуть проявлятися у порушенні вуглеводного і жирового обмінів, збільшенні у плазмі крові факторів згортання, інсуліну, ангіотензину, гормону росту, альдостерону, міді, заліза і т.д.

Гормональні контрацептиви містять естрогени і гестагени. Естрогенний компонент ОК викликає порушення толерантності до глюкози, призводить до зміни у вуглеводному обміні, характерному для цукрового діабету, у 13-15% жінок (М.М. Шехтман, 2008). Гестагенний компонент посилює або зменшує ці зміни у вуглеводному обміні в залежності від типу гестагена. ОК викликають антагоністичну дію на продукцію інсуліна як у здорових, так і у хворих діабетом жінок. Механізм порушення толерантності до глюкози складний. Зниження швидкості утилізації глюкози під впливом прогестинів призводить до підвищення секреції інсуліна підшлунковою залозою, яка, однак, не здатна компенсувати порушення утилізації глюкози. В результаті розвивається інсулінова недостатність.

Суттєве значення мають посилення секреції гормону росту передньої долі гіпофіза, збільшення продукції пролактину аденогіпофізом, підвищення рівня вільних жирних кислот у крові. Всі ці речовини є антагоністами інсуліна. Діабетична дія ОК частіше

всього проявляється у жінок з обтяженою по відношенню до цукрового діабету спадковістю, а також у жінок старшої вікової групи та у жінок із зайвою вагою.

Важливим є те, що зміни вуглеводного обміну носять транзиторий характер і щезають після зупинки прийому контрацептиву.

У хворих цукровим діабетом застосування орального протизаплідного засобу повинно бути протипоказаним, оскільки існує ризик судинних ускладнень, швидкого прогресування ретинопатії і діабетичної нефропатії, активізації і поширення генітальної інфекції. Крім того, добре компенсовані хворі цукровим діабетом можуть короткочасно використовувати гормональні контрацептиви з дозою етинілестрадіола не більше 30 мг. У хворих з явним діабетом, або предіабетом можна призначити ОК фемоден, хоча лікування таких хворих ендокринологом буває важким, погіршується контроль за діабетом, і тому приходиться корегувати дозу інсуліна. При важкому перебігу цукрового діабета більш показані внутрішньоматкові, бар'єрні або хірургічні методи.

Поряд з цим гормональні контрацептиви можуть порушувати функції інших ендокринних залоз, в першу чергу, наднирників. Тривалий прийом гормональних контрацептивів супроводжується помітним підвищенням рівня стероїдних гормонів у крові, зростає виділення альдостерона, що порушує водно-мінеральний обмін. Внаслідок цього наднирник поступово атрофується, розвивається його хронічна недостатність, з характерними біохімічними змінами в крові і гіперпігментацією шкіри. Інколи спостерігається підвищене виділення інсуліну, пов'язане з тривалим збудженням підшлункової залози і вогнищева гіперплазія щитоподібної залози.

Серед токсичних побічних явищ найчастішими є гепатотоксичні ефекти. За даними Максимович Я.В. (1987) у 6,2 - 13,3% жінок, що систематично застосовували ОК, виявлені порушення функції печінки - екскреторної та жовчовидільної. В цьому зв'язку описані окремі випадки холестатичної жовтухи і важких токсичних гепатитів.

Цілком зрозуміло, що систематичне застосування гормональних препаратів в першу чергу дискоординує гормональну сферу організму. Побічні явища в самій статевій системі виражаються появою кровотеч у жінок, або навпаки, аменореєю після відміни препарату, нагрубанням молочних залоз, або порушенням лактації (у випадку прийому гормональних контрацептивів в період лактації). Головним ускладненням при тривалому застосуванні гормональних контрацептивів буде пригнічення функції яєчників, або їх атрофія. Прийом таких середників протягом 2-х років викликає дегенеративно - атрофічні зміни, маса яєчників зменшується при цьому на третину. Ще більшу небезпеку становить поява дисплазії шийки матки, хронічні цервіцити.

Часте застосування гормональних контрацептивів супроводжується мігреноподібними головними болями, нудотою, блювотою. Відзначається запаморочення в поєднанні з ністагмом, що вказує на ураження вестибулярного апарату. Описані неврити зорового нерва, що закінчилися втратою зору. З периферичних змін часто відмічають непостійний біль в нижніх кінцівках і в малому тазі.

Суттєвим побічним явищем гормональних контрацептивів є порушення психіки, що характеризується частими змінами настрою, ажіотажем, безсонням, депресією, суїцидальними спробами. Ці явища спостерігаються, за даними різних авторів, у 5- 17% жінок, що систематично приймають контрацептивні препарати. Спеціальні спостереження показали, що симптоми порушення психіки при застосуванні гормональних

контрацептивів залежать від особливих властивостей самих препаратів, а не від кінцевого стану психіки пацієнтки. Найбільш важким побічним ефектом є депресія, яка стає тим більше вираженою, чим триваліше застосовуються гормональні контрацептиви. Виходячи з наведеного, більшість авторів вважають пероральні гормональні контрацептиви протипоказаними для жінок, що страждають психостенією, істерією, епілепсією та для тих, що мали в анамнезі післяпологовий психоз.

Під впливом гормональних контрацептивів пригнічується фібринолітична і стимулюється згортальна система крові, що проявляється у сповільненні гідролізу фібриногена, збільшенні абсолютної кількості тромбоцитів і підвищенні їх здібності до аглютинації. Все це створює умови для утворення тромбів. Дослідники, що вивчали побічні дії гормональних протизаплідних препаратів, вказують, що у жінок, які приймали їх, тромбофлебіт розвивається у 3 - 4 рази частіше, ніж у тих, які не користувалися ними. Тромбоз виникає не тільки в поверхневих, але і в глибоких венах, а також життєво важливих органах.

Досить часто спостерігається тромбоз церебральних і вінцевих судин, внутрішньої сонної артерії, щелепової артерії, судин брижейки і ендометрію. Деякі дослідники вказують на нерівномірне потовщення внутрішнього шару стінки судин. Більшість з них вказують, що серед жінок, що систематично приймали пероральні гормональні контрацептиви, смертність від емболії судин легенів і головного мозку у 8 разів перевищувала смертність від тих, що не приймали цих препаратів. До тромбоемболічних ускладнень, пов'язаних з прийманням гормональних контрацептивів, відносять і тромбоз печінкової вени. Останній характеризується появою епігастральних болів, помірної спленомегалії, асцити, жовтушності, набряку ніг, підвищеної в'язкості крові. Тромбоз печінкової вени, як правило, приводить до смерті.

Систематичне багаторічне застосування гормональних контрацептивів приводить до такої побічної дії як вульвовагінальний кандидоз. Максимум грибкових уражень (42,1%) спостерігається після чотирьохрічного систематичного застосування оральних контрацептивів. Частота проявлення і вираженість побічного ефекту може різко підвищуватись при одночасному прийомі оральних контрацептивів і таких лікарських препаратів, що індукують ферментні системи печінки. До таких препаратів відносяться барбітурати, а також похідні рифампіцину, тетрацикліну, сульфаніламідні препарати. В результаті активування ферментних систем печінки прискорюється розпад гормональних контрацептивів, що підвищує їх токсичність.

Вважається, що розвиток кандидоза в цих випадках залежить від збільшення продукції і депонування глікогена в слизовій оболонці статевих органів під впливом прогестинів. Це підтверджується тим, що у жінок, які приймали оральні контрацептиви, лікування кандидоза не відбувалося навіть при призначенні масивних доз протигрибкових препаратів.

Необхідно звернути увагу на той факт, що гормональні контрацептиви - це препарати, розраховані на тривалий прийом (інколи впродовж декількох років). Значна частина побічних явищ (нудота, блювота, головний біль, запаморочення, кровотечі, псевдоаменореї) спостерігаються тільки в перші 2 - 3 місяці прийому. Інші, більш важкі, проявляються в міру збільшення тривалості застосування препаратів.

Статеві гормони ОК суттєво змінюють функцію органів сечовиділення. У кожної п'ятої жінки ОК приводять до змін скоротливої активності верхніх сечових шляхів з наступним їх розширенням. При тривалому застосуванні ОК у жінок можуть виникнути порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів - дискінезія і гіперкінезія, а в подальшому - гіпотонія і гіпокінезія чашечно-лоханочної системи і сечоводів. Розширення чашечно-лоханочної системи верхніх сечових шляхів, що виникає при гормональній контрацепції обумовлює стійку бактеріюрію внаслідок того, що стаз сечі сприяє затримці мікроорганізмів у нирках. Ці порушення сприяють розвитку і активації латентно виниклого пієлонефриту у 11% жінок (М.М.Шехтман, 2008). При появі цих порушень відмічають високий вміст гестагенів в оральних контрацептивах. При їх прийомі наступає від'ємний вплив на фосфорно-кальцієвий обмін, що на тлі розладу уродинаміки приводить до утворення ниркових каменів.

Велику увагу вивченню побічних реакцій приділила І.А.Мануїлова (1993). Серед реакцій, пов'язаних з прийомом ОК, багато таких, що носять екстрагенітальний характер, причому вони залежать від кожного компоненту, що входить до складу комплексного протизаплідного гормонального препарату.

Із впливом естрогенів пов'язані головний біль, гіпертензія, нудота, блювота, запаморочення, подразнювальність, тромбофлебіт, хлоазма, судоми ніг, метеоризм. До біохімічних і гормональних порушень відносять підвищення рівня кортизона, альдостерона, реніна, ангіотензіна, білковозв'язаного йода, транскортина, гіперкоагуляція крові, затримка солей і води.

До гестагензалежних реакцій відносять збільшення маси тіла, підвищену втомлюваність, депресію, холестатичну жовтуху, гіперхолестеринемію, анаболічний ефект.

При прийомі ОК, де переважають андрогенні гормони, може підвищуватись апетит, збільшуватись маса тіла, з'являється гірсутизм, вугрі, холестатична жовтуха, свербіж шкіри.

Побічні реакції можуть бути ранніми, пізніми і часто з'являються після відміни протизаплідного препарату. Ранні реакції спостерігаються протягом перших 3-х місяців застосування ОК і виражаються нудотою, запамороченням, порушенням вуглеводного і ліпідного обмінів. В ці ж терміни підвищується ризик тромбофлебіта і емболії легеневої артерії. В подальшому прийом оральних контрацептивів може супроводжуватися головними болями, втомлюваністю, роздратованістю, депресією.

До пізніх ускладнень відносяться гіпертензія, інфаркт міокарда, жовчокам'яна хвороба, крововиливи в мозок, порушення зору. Ряд побічних реакцій може прогресувати під час прийому гормональних контрацептивів: головні болі, збільшення маси тіла, хлоазма, гірсутизм, алопеція, гіпертензія.

І.А.Мануїлова (1993) вважає, що групу «підвищеного ризику» при призначенні гормональної контрацепції складають жінки з ожирінням, мігренню, депресією, цукровим діабетом, тромбофлебітом або нефропатією в анамнезі, гіпертензією, захворюваннями нирок і печінки, хлоазмою, епілепсією і бронхіальною астмою, підозрою на злоякісні новоутворення або з обтяженим анамнезом відносно молочної залози. Сукупність перерахованих факторів, вік жінки старшої 35 років і куріння значно підвищують можливість появи ускладнень при гормональній контрацепції.

ВИСНОВКИ: Таким чином, навіть при короткому огляді можливих неблагоприємних наслідків вживання ОК чітко видно, що вони можуть стати причиною розвитку серйозних хронічних захворювань або гострих небезпечних ускладнень: цукрового діабету, атеросклероза, холестатичного гепатита, жовчокам'яної хвороби, інфаркта міокарда, інсульта, тромбозів і тромбоемболій різної локалізації, а також причиною гінекологічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гаврилов В.Я., Немиров Е.К. Содержание половых гормонов в крови здоровых и больных анемией рожениц и сосудах пуповины их новорожденных//Акуш. и гинек. - 1991. - № 2. - С. 40 - 43.
2. Максимович Я.Б., Гайдено А.И. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств. Изд. 4, Киев, «Здоров'я». - 1987. - 144 с.
3. Мануилова И.А. Микролит - низкодозированный гестагенный контрацептив (мини-пили)//Вестник Рос. ассоциации акуш.-гин. - 1997.- № 3. - С. 93-94.
4. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства//М. Малая Медицина. - 1993. - 193 с.
5. Чапленко Л.В. Ембріотоксичні, тератогенні і мутагенні дії лікарських препаратів// Здоровий спосіб життя/ Зб. наукових статей/. - Вип. 60. - 2011. - С. 40-45.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Изд 4. Изд. «Триада-Х». Москва. - 2008. - 815 с.
7. Акушерство и гинекология. Под общ. ред. Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. Изд. ГЭОТАР МЕДИЦИНА. Москва. - 1998. - 719 с.

Л.Т.ШЕВЧУК

ВПЛИВ РОЗВИТКУ ЕЛЕМЕНТАРНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПРОСТОРІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ МІСТА ЛЬВОВА

Аналізується поняття елементарного соціального простору міста, визначаються проблеми формування таких просторів та особливості їх впливу на здоров'я населення міста Львова. Окреслюються перспективні напрямки розвитку елементарних медичних просторів Львова в контексті поліпшення індивідуального та суспільного здоров'я.

Ключові слова: індивідуальне та суспільне здоров'я, елементарний соціальний простір, медичний елементарний простір, проблема, розвиток, перспективні напрямки.

Анализируется понятие элементарного социального пространства города, определяются проблемы формирования таких пространств и особенности их влияния на здоровье населения города Львова. Очерчиваются направления развития элементарных медицинских пространств Львова в контексте улучшения индивидуального и общественного здоровья.