Содержание

ГИНЕКОЛОГИЯ

Современные аспекты диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки
Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, О.И. Парменов и др. 5

Метромикон-Нео: дискомфорту – «нет», жизни в красках – «да»! 35

Особливості терапії запальних захворювань у гінекології дитячого та підліткового віку
Т.В. Герасимова 36

Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 (продовження) 51

АКУШЕРСТВО

Набряк легенів в акушерстві
В.І. Медведь 10

Современные подходы к лечению инфекций мочевых путей у беременных
С.П. Пасечников, И.Б. Венцковская, О.Д. Никитин и др. 13

Вагінальні пологи після кесарева розтину Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 р. № 976 19

Оценка эффективности препарата Тотема в лечении анемии различной степени тяжести в акушерской и гинекологической практике
N. Milchev, J. Apiosyan, I. Batashki 31

УРОЛОГИЯ

Сучасні підходи до діагностики та лікування нетримання сечі у жінок
В.І. Горовий 41

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Прием кальция и сердечно-сосудистая патология у женщин
S.M. Shah, J.M. Carey, T. Harris et al. 63

Доверительный разговор с детьми на темы «взрослой жизни»
О.В. Ромащенко 68

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Книжная полка 73

Анонсы мероприятий 50, 72

Учредитель
Игорь Иванченко

Руководитель проекта
Татьяна Артюнина

Издатель
«Медицинские аспекты здоровья женщины»

Генеральный директор
Анастасия Чаплыженко

Медицинский директор
Валерий Кидонь

Отдел рекламы
Анастасия Чаплыженко
Chaplyzhenko@id-zu.com

Шеф-редактор
Мария Арефьева
m_arefyeva@inbox.ru
Arefieva@id-zu.com

Ответственный секретарь
Алла Яворская

Медицинские редакторы
Ольга Жигунова
Марина Малей

Литературные редакторы
Алла Яворская
Елена Заболотная
Анастасия Классен

Дизайн/верстка
Елена Заболотная

Начальник производственного отдела
Ивалин Крайчев

Отдел подписки
(044) 391-31-40
parubec@id-zu.com

Регистрационное свидетельство
КВ № 10783 от 23.12.05

Подписано в печать 21.03.2012
Заказ № 21/03
Печать – ООО «Издательский дом «Аванпост-Прим».
03035, г. Киев, ул. Сурикова, 3

Тираж 10 000 экз.

Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов.
За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы. Материалы с пометкой Р публикуются на правах рекламы.
Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.
Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции.
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес редакции:
04123, г. Киев,
ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж
тел: (044) 391-31-41

© Иванченко И.Д., 2006.

Редакционная коллегия

Бенюк Василий Алексеевич
д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

Венцковский Борис Михайлович
член-кор. НАМН Украины, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 НМУ им. А.А. Богомольца

Веропотвелян Петр Николаевич
к.мед.н., заслуженный врач Украины, заведующий амбулаторным отделом патологии репродуктивной функции человека ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

Веропотвелян Николай Петрович
к.мед.н., главный врач ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

Воробьева Людмила Ивановна
д.мед.н., профессор, руководитель отдела онкогинекологии Национального института рака АМН Украины

Гнатко Елена Петровна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 НМУ им. А.А. Богомольца

Давыдова Юлия Владимировна
д.мед.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Дубоссарская Зинаида Михайловна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Жабченко Ирина Анатольевна
д.мед.н., заведующая отделением патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Калюжная Лидия Денисовна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Кузнецов Валерий Николаевич
д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика

Лившиц Людмила Аврамовна
д.мед.н., профессор, заведующая отделом геномики человека Института молекулярной биологии и генетики НАН Украины

Маньковский Борис Никитич
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Медведь Владимир Исаакович
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующий отделением внутренней патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Поворознюк Владислав Владимирович
д.мед.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины,

Смоланка Иван Иванович
д.мед.н., профессор, руководитель отдела опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака АМН Украины

Татарчук Татьяна Феофановна
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующая отделом эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Ткаченко Руслан Афанасьевич
д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика,

Шунько Елизавета Евгеньевна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Бидер Давид
профессор, Государственный медицинский центр «Тел Ашомер Шеба», Израиль

Гомель Виктор
профессор факультета акушерства и гинекологии (Medicine University of British Columbia),Ванкувер, Канада

Современные аспекты диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

Ю.К. Памфамиров, к.мед.н., доцент; В.А. Заболотнов, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой; О.И. Парменов, Ф.Ш. Хурамшин, О.В. Карапетян, Г.А. Пучкина
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов (ВЗЖПО) на протяжении многих лет является одной из наиболее актуальных в клинической гинекологии [1, 7, 11]. ВЗЖПО занимают ведущее место в структуре патологии репродуктивной системы: на их долю приходится 60-65% случаев гинекологической заболеваемости в общей популяции женщин и 30% – среди стационарных больных.

Согласно Приказу МЗ Украины от 15.12.2003 г. № 582 «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи», выделяют следующие нозологические формы воспалительных заболеваний маточных труб и яичников: острый сальпингит и оофорит; абсцесс маточной трубы, яичника, тубоовариальный; оофорит; пиосальпинкс; сальпингит; воспалительную опухоль маточных труб и яичников (аднекстумор); хронический сальпингит и оофорит; гидросальпинкс; сальпингит и оофорит, неуточненный.

Удобна в использовании и позволяет более четко охарактеризовать выраженность и распространенность воспалительного процесса клинико-морфологическая классификация В.И. Краснопольского (2001) [10]. Согласно этой классификации, ВЗЖПО бывают неосложненными и осложненными. К неосложненным формам относят острый гнойный сальпингит, к осложненным – пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс, абсцесс прямокишечно-маточного пространства, пельвиоперитонит, параметрит, межкишечные и поддиафрагмальные абсцессы, разлитой перитонит, а также различные виды генитальных свищей.

Результаты ряда исследований свидетельствуют, что частота гнойно-деструктивных форм ВЗЖПО не имеет тенденции к снижению, а наоборот, в последнее время она возросла на 13-25% в общей популяции женщин детородного возраста [6, 9]. Некоторые авторы связывают это с высоким уровнем резистентности и быстрым развитием устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, изменением полового поведения молодежи, снижением иммунитета [8, 15]. Особую актуальность проблеме придает тот факт, что на фоне деструктивных поражений придатков матки вероятно развитие абдоминальной хирургической патологии [2, 3], которая может привести к нарушению репродуктивной функции. Так, при гнойном сальпингите, осложненном пельвиоперитонитом, бесплодие выявляют в 50-56% случаев. Частота внематочной беременности повышается в 10 раз [13]. Летальность больных при данной патологии составляет 5-15%, что придает вышеуказанной проблеме социальную значимость [5].

Клинический опыт показывает, что основным методом лечения гнойных ВЗЖПО по-прежнему остается хирургический. Обращает на себя внимание, что в структуре оперативных вмешательств превалирует удельный вес радикальных операций (60,9-95,3%), связанных со значительной хирургической травмой, кровопотерей, утратой репродуктивной и менструальной функций, формированием постгистерэктомического синдрома [4, 12, 14, 16]. Консервативно-пластические операции выполняются довольно редко, что требует изменения тактики хирурга и, безусловно, расширения показаний к проведению органосохраняющих операций. Сохранение матки и яичников, особенно в молодом возрасте, является одним из ведущих направлений современной хирургии при гнойно-воспалительных заболеваниях.

К нынешним тенденциям в гинекологической практике относят увеличение числа больных ВЗЖПО, затяжное течение воспалительных процессов гениталий, нерешенность вопросов диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, что требует дальнейшего углубленного изучения этих аспектов.

Целью настоящего исследования являлось определение оптимальной тактики диагностики и лечения пациенток с ВЗЖПО и улучшение качества оказания им медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели была проведена ретроспективная клинико-анамнестическая оценка течения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки у 110 пациенток. Все больные

были прооперированы в экстренном порядке по поводу гнойно-деструктивных воспалительных заболеваний придатков матки в отделении ургентной гинекологии городского клинического родильного дома № 2 г. Симферополя.

У пациенток был собран анамнез, проведен ряд обследований (объективное и бимануальное, ректовагинальное, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, бактериологический посев отделяемого из цервикального канала и брюшной полости), назначены консультации хирурга и терапевта. Оценивали такие клинические параметры, как возраст, температура тела, частота пульса, артериальное давление, частота дыхания, степень нарушения сознания, сроки госпитализации. Анализировали показатели лабораторных исследований: общего анализа крови и мочи, коагулограммы, а также уровень мочевины крови, глюкозы, общего белка крови. Тяжесть состояния у больных определяли по длительности лихорадки > 38° С, наличии тахикардии (ЧСС > 90 уд/мин), лейкоцитоза > 10 х 10^9/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (более 10% незрелых клеток).

Обследование пациенток с ВЗЖПО было направлено на выявление локализации и распространенности гнойного процесса в малом тазу, оценку тяжести состояния, выбор хирургической тактики, определение показаний к операции, а также степени вовлечения кишечника, мочевого пузыря и глубины деструкции тканей.

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность ВЗЖПО среди женщин, обратившихся в отделение для оказания неотложной помощи, составила 10,4%. Средний возраст больных – 44,97 ± 3,26 года. Проанализировано результаты обследований 14 женщин в возрасте 16-20 лет, 24 – 21-30 лет, 22 – 31-40 лет, 43 – 41-49 лет, 7 пациенток – в возрасте 50-53 лет. Высокая (93,6%) частота заболеваемости приходилась на репродуктивный период (21-49 лет). В возрастной группе до 30 лет ВЗЖПО наблюдались у 34,6% пациенток, старше 40 лет – у 45,4%.

Основным пусковым механизмом развития воспаления считают бактериальную инвазию. Распространение инфекции происходит преимущественно интраканаликулярным путем, а также контактным – по брюшине из первичного очага, например при аппендиците.

Среди обследованных у 29,9% женщин ВЗЖПО возникли на фоне использования внутриматочного контрацептива (ВМК). У 96,9% пациенток ВМК находился в полости матки более 5 лет. У всех женщин, применявших ВМК, заболевание протекало с формированием гнойно-воспалительных образований придатков матки и развитием абдоминальной хирургической патологии.

В прошлом у 36 (32,7%) пациенток были выполнены оперативные вмешательства, из них: аппендэктомия – у 21 женщины, удаление придатков матки по поводу ВЗЖПО – у 8, удаление маточной трубы вследствие внематочной беременности – у 4, клиновидная резекция яичников – у 4, кесарево сечение – у 3, операции по поводу первичного и вторичного трубно-перитонеального бесплодия – у 3 больных.

Роды самопроизвольные (61) и оперативные (3) в анамнезе имели место у 58,1% лиц, аборты – у 47 (42,7%), самопроизвольные и внебольничные выкидыши – у 11 (10%), диагностические выскабливания полости матки – у 6 (6%) больных. Средний возраст начала половой жизни составлял 18,3 ± 1,9 года. Четыре женщины начали половую жизнь до 18 лет и отмечали частую смену половых партнеров. У 25 (22,7%) лиц в анамнезе были хронические воспалительные заболевания матки и придатков. Первичным бесплодием страдали 24 пациентки, вторичным – 3.

Длительность заболевания от момента появления первых симптомов до поступления в стационар составила от 1 до 30 дней, в среднем 3,8 ± 0,9 дня. При госпитализации все пациентки предъявляли жалобы на болезненность в нижних отделах живота, повышение температуры тела, общую слабость, недомогание, гноевидные выделения из влагалища (93%), тошноту (25,4%), рвоту (20,9%), появление жидкого стула (6,3%).

Болевой синдром вначале был локализованным, по мере прогрессирования заболевания зона боли распространялась выше с иррадиацией в область промежности, поясничный, крестцовый отделы позвоночника, в прямую кишку. Распространенный характер боли и появление симптомов раздражения брюшины преимущественно в нижних отделах живота наблюдались при пельвиоперитоните у 47 (42,7%) женщин. У 13 (11,8%) пациенток при перитоните отмечалась болезненность и симптомы раздражения брюшины по всему животу, у 35 (31,8%) – выявлен метроэндометрит.

Клиническая картина гнойно-воспалительного процесса придатков матки была многообразной, зависела от формы ВЗЖПО и характеризовалась не только местными, но и общими проявлениями.

Пациентки с острым сальпингоофоритом предъявляли жалобы на боль внизу живота, повышение температуры тела, выделение гнойных белей и нередко на явления дизурии. Отмечалась болезненность при пальпации нижних отделов живота, однако симптомы раздражения брюшины отсутствовали или были сомнительны. Пациентки жаловались на боль средней интенсивности, тянущего или давящего характера, с локализацией, как правило, в подвздошно-паховых областях, иррадиирующую в поясницу, паховую область или внутреннюю поверхность бедра на стороне преимущественного поражения. Состояние больных оставалось относительно удовлетворительным, проявления интоксикации отсутствовали, цвет кожных покровов и слизистых оболочек не изменялся, язык был влажным, наблюдалась фебрильная температура, частота пульса соответствовала температуре тела,

лейкоцитоз не превышал 10 х 10^9/л с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

При наличии гнойного процесса в придатках матки (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальное образование или тубоовариальный абсцесс) общее состояние больных оценивалось как средней степени тяжести или тяжелое. Цвет кожных покровов в зависимости от выраженности интоксикации – бледный с цианотичным или сероватым оттенком, пульс – частый. Наиболее значимыми критериями диагностики осложненных форм ВЗЖПО являлись тазовая боль, наличие болезненного опухолевидного образования, симптомы раздражения брюшины. Фебрильная лихорадка гектического типа наблюдалась у 90,9% пациенток, субфебрильная – у 9,9%. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево имел место у 91,8% больных, лейкопения – у 8,2%. Повышение СОЭ (до 30-50 мм/ч) отмечено у 66,3% женщин. Тахикардия, как правило, соответствовала температуре тела. Интоксикационная анемия была обнаружена у 13,6% больных, степень ее выраженности коррелировала с тяжестью их состояния. Длительное течение гнойного процесса сопровождалось нарушением белкового обмена у 29,09% пациенток и расстройствами в системе гемостаза (с преобладанием процессов гиперкоагуляции) у 14,5%, а также клинически нарастающей полиорганной недостаточностью у 2,72% больных с осложненными формами. Клинически интоксикационный синдром характеризовался явлениями интоксикационной энцефалопатии, головной болью, тахикардией, общей слабостью, диспептическими расстройствами (сухость во рту, тошнота, рвота, вздутие кишечника), симптомами возбуждения или депрессии, цианозом или гиперемией лица на фоне резкой бледности.

Результаты бимануального исследования зависели от стадии и длительности течения воспалительного процесса в придатках матки. На ранних этапах острого серозного сальпингита структурные изменения в маточных трубах не определялись, отмечалась лишь болезненность в области их расположения и усиление боли при смещении матки. При прогрессировании заболевания гинекологический статус характеризовался наличием в зоне придатков тубоовариальных образований с нечеткими контурами и полной их неподвижностью в едином конгломерате с маткой с одной стороны у 54,5% больных и с обеих сторон – у 36,3%. Размеры гнойных образований придатков были весьма вариабельны: от 4-8 до 15-18 см в диаметре. У 8% пациенток они достигали стенок малого таза, крестца. У 9% женщин пальпация придатков матки была затруднена в связи с резкой болезненностью передней брюшной стенки, поэтому получить четкие данные о их состоянии не удалось.

Важная роль в установлении диагноза ВЗЖПО принадлежит УЗИ. Эхография была проведена 77 (70%) пациенткам. У них уточняли характер взаимосвязи тазовых абсцессов с дистальными отделами кишечника, исключали межкишечные абсцессы. Результаты этого исследования подтвердили наличие гнойного сальпингита (расширенные, вытянутые маточные трубы с повышенным уровнем звуконепроницаемости) у 5 женщин и пиосальпинкса (веретенообразное образование с четкими контурами, расположенное сбоку от матки, размером от 4-5 до 6-8 см в диаметре) – у 8. У 64 (58,1%) больных с помощью УЗИ подтверждено наличие тубоовариальных конгломератов от 4 до 18 см в диаметре в виде эхопозитивных образований неправильной формы без четких контуров и границ, в отдельных случаях доходящих до костей таза. Инфильтраты отличались пониженной эхогенностью относительно окружающих тканей и при нагноении содержали одно или множество кистозных образований со среднедисперсной эхопозитивной взвесью. У большинства женщин определялись признаки выраженного спаечного процесса в полости малого таза. У больных ВЗЖПО, развившимися при использовании ВМК, в полости матки четко определялся контрацептив.

При посевах отделяемого из цервикального канала из грамотрицательных микроорганизмов превалировали *Escherichia coli* – в 39 (35,4%) случаях. Грамположительная флора была представлена *Staphylococcus epidermidis* у 16 (14,5%) пациенток, *Staphylococcus saprophyticus* – у 4 (3,63%), *Staphylococcus aureus* – у 2 (1,81%), *Streptococcus pyogenes* – у 1 (0,9%), *Streptococcus pneumoniae* – у 1 (0,9%), *Enterococcus faecalis* – у 1 (0,9%) женщины. В 1 (0,9%) случае выявлена микст-инфекция – *Str. pneumoniae* и *Klebsiella*.

Лечение острого воспаления придатков матки проводили в условиях стационара и начинали с обязательного исследования мазков на флору и чувствительность к антибиотикам. При лечении пациенток большое значение имела антибактериальная терапия препаратами, обладающими высокой активностью относительно грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных возбудителей. После получения результатов бактериологического и микроскопического исследований схему антибиотикотерапии пересматривали.

При ВЗЖПО назначали фторхинолоны в сочетании с нитроимидазолами. Успешное их применение обусловлено широким антимикробным спектром, охватывающим большинство грамположительных и грамотрицательных бактерий. При неосложненных формах ВЗЖПО наиболее эффективным являлось применение цефалоспоринов 3-го поколения, действующих на β-лактамазные штаммы, грамположительные и грамотрицательные бактерии, некоторые анаэробы. Для подавления роста энтеробактерий в комбинированном лечении часто использовали гентамицин, который является высокоселективным в отношении *E. coli*. Широким спектром антимикробной активности, в т.ч. против штаммов грамотрицательных бактерий, устойчивых к цефалоспоринам, обладают карбапенемы.

Предоперационная терапия и подготовка к операции включали введение коллоидных и кристаллоидных растворов, антибиотиков в сочетании с

нитроимидазолами. Длительность предоперационной подготовки зависела от тяжести состояния больных и определялась совместно с анестезиологом-реаниматологом. Предоперационная терапия предусматривала назначение трансфузий в объеме 1200-1500 мл. При тяжелой степени интоксикации объем вводимой жидкости увеличивался до 4 л с регуляцией диуреза. При снижении уровня гемоглобина < 70 г/л производили переливание эритроцитарной массы.

Интенсивную комплексную терапию проводили при клиническом наблюдении и под контролем лабораторных показателей.

Показаниями для лапаротомии являлись гнойные тубоовариальные образования, пиосальпинкс, пиовар, распространенный перитонит, угроза перфорации тубоовариального образования в брюшную полость, мочевой пузырь, прямую кишку.

Во время лапаротомии выполняли ревизию органов брюшной полости, оценивали анатомические взаимосвязи, степень вовлечения в процесс маточных труб и яичников, наличие сопутствующей патологии, спаечного процесса, экссудата. Интраоперационно устанавливали окончательный диагноз. Наиболее часто – у 69 (62,72%) больных – были диагностированы тубоовариальные абсцессы, из них с одной стороны – у 65 (94,2%) женщин. При этом у 22 (31,88%) пациенток тубоовариальный абсцесс сочетался с контралатеральным пиосальпинксом, у 12 (17,39%) – с сальпингитом. Билатеральные тубоовариальные абсцессы выявили у 4 (5,79%) женщин. Односторонний пиосальпинкс обнаружен у 20 (18,18%) больных, в сочетании с контралатеральным сальпингитом – в 12 (10,91%) случаях. Билатеральные пиосальпинксы выявлены у 12 (10,91%) пациенток; односторонний пиовар – у 4 (3,63%); одно- и двухсторонний гнойный сальпингит – в 5 (4,54%) случаях. Пельвиоперитонит на фоне гнойных тубоовариальных образований обнаружен у 47 (42,72%) женщин, разлитой перитонит – у 13 (11,81%).

Анализ абдоминальной хирургической патологии показал, что у больных одновременно имели место: спаечная болезнь брюшной полости – у 47 (42,72%) лиц, перитонит – у 13 (11,81%), сигмоидит – у 12 (10,90%), вторичные изменения в червеобразном отростке – у 11 (10%), оментит – у 6 (5,45%), межпетлевые абсцессы – у 6 (5,45%).

В посевах из брюшной полости и гнойного очага обнаружено: *E. coli* – у 27 (77,14%) больных, *S. epidermidis* – у 6 (17,14%), *S. aureus* – у 1 (2,85%), *Proteus vulgaris* – у 1 (2,85%). Отсутствие микроорганизмов наблюдалось у остальных 75 (68,18%) пациенток. Отрицательные результаты посева гноя следует рассматривать как следствие длительного лечения антибиотиками или использования недостаточно информативных методов диагностики. Сопоставление данных микробиологических посевов из цервикального канала и брюшной полости показало, что идентичность возбудителей характерна лишь для 10 (9,09%) пациенток.

Объем производимых оперативных вмешательств был различным. При наличии необратимых гнойно-некротических изменений в придатках матки проводили радикальные операции с удалением основного гнойного очага, у больных репродуктивного возраста – консервативные органосберегающие.

Экстирпация матки произведена у 44 (40%) лиц, из них у 35 (79,54%) женщин – с придатками, у 6 (13,63%) – с односторонней аднексэктомией и контралатеральной тубэктомией, у 3 (6,81%) – с односторонней аднексэктомией. Надвлагалищная ампутация матки выполнена у 13 (11,81%) пациенток, из них у 6 (46,15%) – с придатками, у 4 (30,76%) – с односторонней аднексэктомией и контралатеральной тубэктомией, у 3 (23,07%) – с односторонней аднексэктомией. Билатеральная тубэктомия произведена у 18 (16,36%) пациенток, односторонняя – у 13 (11,81%), односторонняя аднексэктомия и контралатеральная тубэктомия – у 12 (10,90%), односторонняя аднексэктомия – у 10 (9,09%). У 3 (2,72%) женщин выполнена интубация кишечника с открытым способом ведения в послеоперационном периоде (рис. 1). Показанием к лапаростомии был распространенный перитонит (рис. 2), сопровождающийся тяжелой эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Края раны сопоставляли посредством застежки с помощью спиралевидного шва (рис. 3). Длительность открытого ведения брюшной полости составляла до 5-6 дней. При разрешении перитонита производили ушивание брюшной полости.

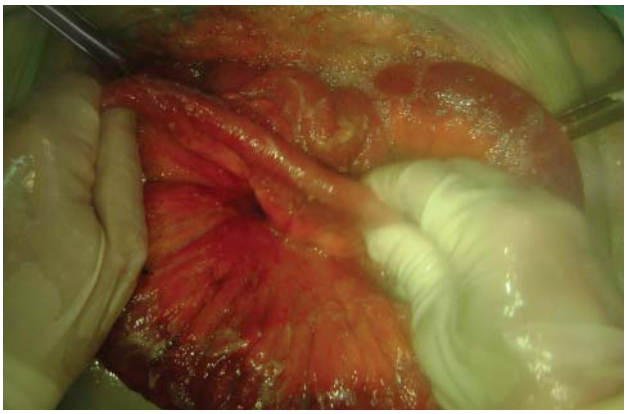


Рис. 1. Лапаротомия: назогастральная интубация тонкого кишечника

Рис. 2. Лапаротомия: разлитой гнойный перитонит

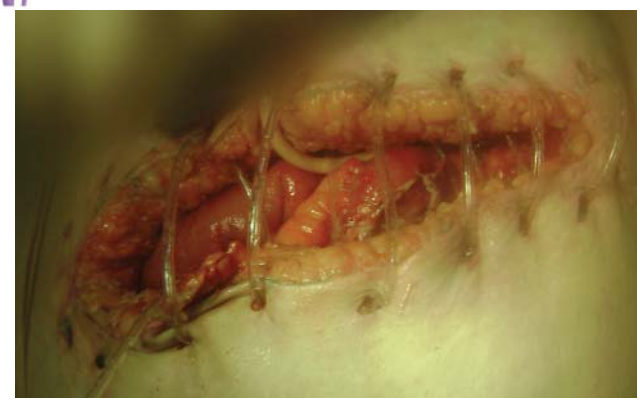


Рис. 3. Лапаротомия: управляемая лапаростомия

В структуре оперативных вмешательств превалировал удельный вес радикальных операций, связанных с утратой менструальной и репродуктивной функций, – удаление матки произведено у 57 (51,81%) женщин. Мы считаем, что сохранение матки у больных ВЗЖПО является прерогативой в лечении данной патологии. Билатеральное удаление маточных труб, выполненное у 30 (27,27%) пациенток, позволяет восстановить у них репродуктивную функцию с использованием в лечении бесплодия вспомогательных репродуктивных технологий.

Все операции завершали тщательным промыванием брюшной полости, ревизией подпеченочного пространства и дренированием трансвагинально через открытый купол влагалища после экстирпации матки или через дополнительные контрапертуры в гипогастральных отделах.

Критериями прекращения дренирования служили: улучшение состояния больной, восстановление функции кишечника, купирование воспалительного процесса в брюшной полости, тенденция к нормализации показателей клинических анализов крови и температуры тела.

В послеоперационном периоде продолжали антибактериальную и противовоспалительную терапию. Основными направлениями инфузионного лечения являлись: восстановление объема циркулирующей крови, дезинтоксикация, нормализация водно-электролитного баланса, поддержание коллоидно-осмотического давления, профилактика пареза кишечника. Для профилактики тромбоэмболических осложнений назначали антикоагулянты (гепарин, клексан, фраксипарин), проводили компрессию нижних конечностей эластическими бинтами, раннюю активацию больных в кровати, лечебную гимнастику.

В комплекс лечебных мероприятий входила иммуностимулирующая терапия (ультрафиолетовое и лазерное облучение крови).

Летальность пациенток с данной патологией составила 2%.

Выводы

- ВЗЖПО – одна из актуальных проблем в гинекологической практике, частота которой составила 10,4% среди женщин, оперированных в ургентном порядке.
- Пик возникновения ВЗЖПО приходится на репродуктивный период.
- Необходимо строго соблюдать регламент нахождения ВМК (фактор риска возникновения ВЗЖПО) в полости матки.
- В структуре оперативных вмешательств у данной категории больных превалировали радикальные операции: они были произведены у 87 (79,09%) пациенток.
- Проведение органосберегающих операций должно быть одним из ведущих направлений современной хирургии.

Литература

1. Антонова Л.В., Карапетян С.Г., Каухова Е.Н. Особенности клинического течения острых воспалительных заболеваний придатков матки на фоне использования внутриматочных контрацептивов // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 10. – С. 41-44.
2. Аракелян Б.В. Совершенствование диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных разлитым перитонитом: автореф. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004.
3. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеопреционный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии. – 2009. – № 5. – С.114-118.
4. Багненко С.Ф., Новиков Е.И., Плахотников И.А. и соавт. Критерии и возможности выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков у женщин репродуктивного возраста // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 3. – С. 19-21.
5. Балакшина Н.Г., Бушуева Е.В., Козыренко Е.М. Интегральная оценка тяжести перитонита на фоне гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2011.
6. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. Кулакова В.И., Савельевой Г.М., Манухина И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
7. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 173 с.
8. Козлов В.И., Пухцер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М., 2003.
9. Костючек Д.Ф. Гнойные тубоовариальные образования (клиника, диагностика, принципы терапии) // Журнал акушерства и женских болезней. – 1997. – Вып. 1. – С. 63-65.
10. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная хирургия. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 288 с.
11. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕД-прес-информ, 2006. – 295 с.
12. Серов В.Н., Панкова Е.О. Критерии прогноза осложнений и выбора основного метода лечения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков // Материалы 6-го Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 479-480.
13. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Пахилова Е.В., Буров А.В. Некоторые современные аспекты этиологии, клинической картины и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – Том 4, № 2. – С. 35-38.
14. Хуссейн Т.Х. Современные аспекты этиопатогенеза и методов лечения неспецифических заболеваний придатков матки // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 93-96.
15. Шляпников М.Е. Патогенетическая схема формирования тубоовариальных воспалительных опухолей // В сб. Материалов 2-го Российского форума «Мать и дитя». – М., 2000. – С. 325.
16. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L. Progress in the management of tuboovarian abscesses // Clin. Obstet. Gynec. – 2001. – Vol. 36. – P. 433-444.

Набряк легенів в акушерстві

В.І. Медведь, член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор,
завідувач відділення внутрішньої патології вагітних
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Найгірше для лікаря – не знати, як врятувати пацієнта у гострій клінічній ситуації. Саме не знати, бо коли у спеціаліста немає засобів для екстреної допомоги, і пацієнт з цієї причини гине, то він переживає не менше, проте докори сумління його так не мучать. Тому, коли редакція журналу започаткувала нову рубрику «Лікарський практикум у питаннях і відповідях», я запропонував відкрити її темою «Набряк легенів в акушерстві». По-перше, це життєзагрозливе ускладнення трапляється у вагітних, роділь і породіль не так вже й рідко. По-друге – і це головне, якщо жінка помирає від набряку легенів, то, напевно, надана їй допомога була або запізнілою, або некваліфікованою, тобто винним визнається лікар. Питання, що на них буде дано відповіді у цій публікації, взято мною з життя: їх часто колеги ставили мені чи у моїй присутності.

Бажаю новій рубриці популярності та довгого існування. А це залежить від вас, шановні читачі!

Що таке набряк легенів?

Набряк легенів – це вихід рідкої частини крові із судин малого кола кровообігу до інтерстицію легенів і згодом до легеневих альвеол. До просякнення рідини через альвеолярно-капілярні мембрани призводить різке раптове підвищення тиску в легеневих венах і капілярах внаслідок гострої лівосерцевої недостатності (кардіогенний набряк легенів) (рис. 1) або різке збільшення проникності мембран альвеол та стінок капілярів через їх ушкодження інфекційними агентами, токсинами, лікарськими засобами тощо (некардіогенний набряк легенів) (рис. 2).

Які причини набряку легенів у вагітних?

Найчастіше причинами набряку легенів у вагітних є мітральний стеноз, інші клапанні вади серця та кардіоміопатії. Істотно рідше набряк легенів спричиняють ішемічна хвороба серця, гострий міокардит, порушення серцевого ритму, гіпертензивний криз, тиреотоксикоз, тяжка пневмонія, бронхіальна астма, анемія. Специфічними акушерськими причинами є прееклампсія/еклампсія, емболія навколоплідними водами, дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові, аспірація шлункового вмісту, а також тривале внутрішньовенне застосування β-адреноміметичних

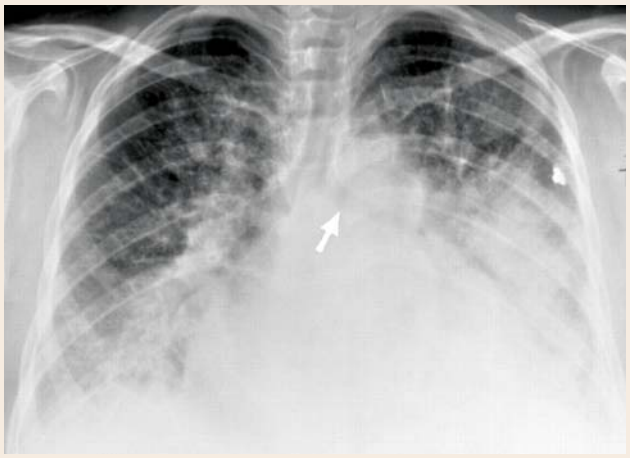


Рис. 1. Рентгенограма органів грудної клітки: гострий набряк легенів у пацієнтки з недіагностованою комбінованою вадою серця

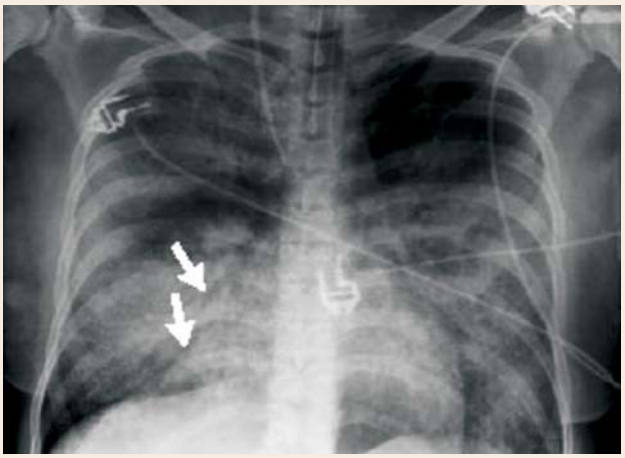


Рис. 2. Рентгенограма органів грудної клітки: пацієнтка з крупозною пневмонією, ускладненою некардіогенним набряком легенів, септичним шоком і респіраторним дистрес-синдромом

токолітичних засобів, особливо в поєднанні з глюкокортикоїдами.

Наскільки небезпечним є набряк легенів?

Набряк легенів – це загрозливий для життя стан. Летальність залежить від основної причини цього ускладнення, своєчасності та кваліфікованості наданої допомоги, адекватності обраної акушерської тактики.

Про яку акушерську тактику йдеться?

Принципове значення має, коли саме трапився набряк легенів (схема). Якщо він розвинувся під час вагітності, незалежно від її терміну зусилля лікарів мають бути спрямовані на ліквідацію цього загрозливого для життя стану. Екстрене переривання вагітності чи екстрене розродження в будь-який спосіб є небезпечним і може призвести до смерті хворої жінки. Питання щодо переривання вагітності може бути обговорене лише після купірування явищ набряку легенів і стійкої нормалізації стану пацієнтки.

У більшості випадків слід пролонгувати вагітність, намагаючись усунути основну причину ускладнення (хірургічне лікування мітрального стенозу, системне лікування декомпенсації та кардіоміопатій чи міокардиту, адекватна антигіпертензивна терапія, профілактика гострих порушень ритму, тиреостатична терапія, інтенсивне лікування пневмонії, бронхіальної астми тощо). Тільки якщо набряк легенів стався у I триместрі, виправданим є наступне переривання вагітності. Екстрене розродження після ліквідації набряку легенів також доцільне лише в тому випадку, якщо його спричинила тяжка прееклампсія.

У разі, коли набряк легенів розвинувся на початку першого періоду пологів, родову діяльність слід пригальмувати. Після повної ліквідації кардіологічного ускладнення залежно від акушерської ситуації вирішують питання щодо подальшого ведення пологів. У більшості подібних випадків доцільним є кесарів розтин.

Якщо набряк легенів настав наприкінці першого або у другому періоді пологів, необхідно пришвидшити розродження, не припиняючи інтенсивної кардіальної терапії. За необхідності пологову діяльність обережно підсилюють, і коли з'являються умови для накладання акушерських щипців, виконують цю операцію.

У які періоди найчастіше трапляється набряк легенів?

Під час вагітності найбільш небезпечним, особливо у кардіологічних хворих, є період між 26-м і 32-м тижнем, коли найбільше (на 35-50%) зростає об'єм циркулюючої крові. «Сприятливі» умови для розвитку набряку легенів створюються під час пологів та особливо у ранньому післяпологовому періоді. Доведено, що кесарів розтин не відвертає різких коливань гемодинамічних параметрів, не може запобігти набряку легенів у кардіологічних хворих, відтак не є оптимальним способом їх розродження.

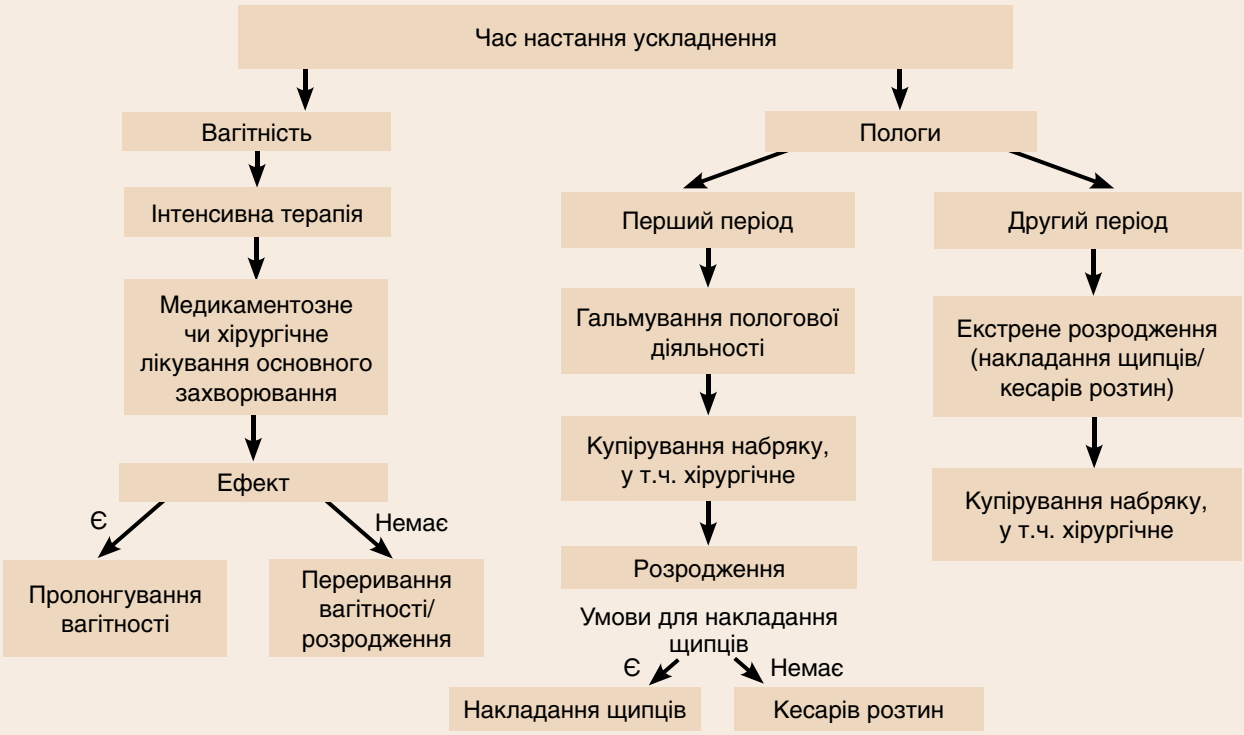
Які лікувальні заходи є першочерговими у разі набряку легенів?

Хворій надають *положення сидячи,* ноги мають звисати з ліжка вниз. Забезпечують постійний доступ до вени.

Розпочинають *інгаляцію зволоженого 100% кисню* через назальний зонд або маску зі швидкістю 4-6-10 л/хв. У разі розгорнутої клінічної картини альвеолярного набряку легенів дихальні шляхи механічно звільняють від пінистої рідини, а кисень пропускають крізь 40% етиловий спирт.

Вводять *венулярні вазодилататори.* Нітрогліцерин 0,5-1 мг (1-2 таблетки) дають сублінгвально

Схема. Кардіогенний набряк легенів. Акушерська тактика



3-4 рази з інтервалом 5 хв і водночас розпочинають внутрішньовенну інфузію зі швидкістю 0,3-0,5 мкг/кг/хв. Для цього 20 мг нітрогліцерину розводять у 200 мл фізіологічного розчину і вводять спочатку по 5-7 крап/хв, підвищуючи швидкість кожні 3-5 хв до досягнення стійкого клінічного ефекту (зменшення ціанозу, задишки, кількості вологих хрипів). Підвищення швидкості слід припинити, якщо рівень систолічного артеріального тиску (АТ) нижче 100 мм рт. ст. або діастолічного – нижче 60 мм рт. ст.

Внутрішньовенно болюсно вводять *фуросемід* 40 мг. За необхідності введення повторюють – по 20-40 мг кожні 30 хв до загальної дози 100-180 мг.

Ці заходи є першочерговими та обов'язковими в усіх випадках набряку легенів, незалежно від його причини.

Що слід робити далі?

За наявності сильного кашлю, гіпервентиляції, больових відчуттів вводять *морфін* 3-5 мг внутрішньовенно повільно (протягом 3 хв), повторюючи за необхідності ще 1-2 рази з інтервалами 15 хв. Протипоказаннями до застосування морфіну є бронхіальна астма, хронічне легеневе серце, крововилив у мозок.

У разі неефективності проведеного лікування за умови зниженого АТ призначають *інотропні засоби* групи симпатоміметиків (допамін, добутамін). Інфузію починають з невеликою швидкістю (2-3 мкг/кг/хв), повільно підвищуючи її до появи клінічного ефекту. Побічна дія симпатоміметиків (здебільшого допаміну) проявляється тахікардією, аритмією, надмірною гіпертензією, що змушують знизити швидкість чи припинити інфузію.

При низькому АТ можливе введення *глюкокортикоїдів* (преднізолон 90-120 мг або еквівалентні дози інших препаратів) внутрішньовенно болюсно.

У випадках, коли набряк легенів поєднується з вираженим бронхоспазмом (сухі хрипи, «свист» у грудній клітці, подовження видиху), вводять теофілін 200-400 мг внутрішньовенно повільно (10-12 хв).

Збереження явної гіпоксемії, попри проведену терапію, є показанням до інтубації трахеї та здійснення *штучної вентиляції легенів*.

У деяких клінічних ситуаціях, коли набряк легенів зумовлений такими кардіологічними причинами, що можуть бути усунені, виникає нагальна потреба у специфічних етіотропних заходах.

1. Набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворої з мітральним стенозом є показанням до негайної *мітральної комісуротомії*.

2. У разі тампонади серця показаний перикардіоцентез із наступним кардіохірургічним втручанням.

3. Якщо набряк легенів розвинувся внаслідок пароксизму шлуночкової тахікардії або надшлуночкових тахіаритмій з високою частотою проведення імпульсу, необхідною є *електрична кардіоверсія*. У випадках, коли гостра серцева недостатність супроводжується фібриляцією передсердь, іншими гемодинамічно значущими порушеннями ритму, внутрішньовенно вводять аміодарон 300 мг протягом 30 хв із подальшою інфузією до загальної дози 1200 мг/доб.

4. У лікуванні набряку легенів, що розвинувся на фоні гіпертензивного кризу чи тяжкої прееклампсії, вирішальне значення має відносно швидке (протягом 30-60 хв) зниження АТ на 30-40% від вихідного рівня, але не нижче 120 і 80 мм рт. ст. Якщо цього не вдалося досягти інфузією нітрогліцерину (див. вище), застосовують *нітропрусид натрію* (внутрішньовенно 0,25-0,5 мкг/кг/хв протягом не більше 4 год) або *гангліоблокатори* (пентамін 5% титровано 0,3-1 мл).

5. У разі поєднання проявів гострої серцевої недостатності з брадиаритмією призначають *атропін* (0,1% розчин 0,5-1 мл, за необхідності повторно через 5 хв), *ізопреналін* 2,5-5 мг сублінгвально, а якщо ефект відсутній, терміново розпочинають тимчасову *електрокардіостимуляцію*.

Решением президиума Национальной академии медицинских наук Украины доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Украины, заведующий отделением внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН»

Владимир Исаакович Медведь

избран членом-корреспондентом Национальной академии медицинских наук Украины за выдающиеся научные достижения по специальности «Внутренняя патология беременных»

Поздравляем Владимира Исааковича с высокой оценкой его научной деятельности. Желаем крепкого здоровья, счастья, много радости в жизни и дальнейших научных достижений!

Читатели и редакция журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины»

Современные подходы к лечению инфекций мочевых путей у беременных

С.П. Пасечников, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой урологии
Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца,
заведующий отделом воспалительных заболеваний ГУ «Институт урологии НАМН Украины»
И.Б. Венцковская, д.мед.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1
О.Д. Никитин, к.мед.н., доцент кафедры урологии
А.С. Загородняя, к.мед.н., кафедра акушерства и гинекологии №1
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Бессимптомная бактериурия (ББ) или бессимптомная (асимптомная) инфекция мочевыводящих путей (ИМП) определяется как изолированное появление определенного количества бактерий в образце мочи, полученном в условиях, исключающих контаминацию, при отсутствии признаков мочевой инфекции (The Infectious Diseases Society of America, IDSA) [10].

ББ у беременных – это микробиологический диагноз, который основывается на исследовании мочи, собранной с максимальным соблюдением стерильности и доставленной в лабораторию в предельно короткие сроки, что позволяет в наибольшей степени ограничить рост бактерий.

Диагноз ББ может быть установлен при выявлении 10^5 КОЕ/мл одного штамма бактерий в двух пробах мочи, взятых с промежутком времени более 24 ч, при отсутствии клинических проявлений ИМП [9,13].

А при наличии клинической симптоматики ИМП бактериурией считается выявление одного штамма бактерий в количестве 10^3 КОЕ/мл при аналогичных условиях проведения анализа.

Частота ББ в популяции женщин в возрасте от 15 до 34 лет составляет около 3%, а распространенность среди беременных варьирует от 2 до 9% и более (в среднем около 6%) в зависимости от их социально-экономического положения. У здоровых лиц женского пола она повышается с возрастом: примерно от 1% у подростков до 20% и более у женщин старше 80 лет. Беременные и небеременные женщины имеют сходную распространенность ББ – 2-7%. Однако у 20-40% беременных с ББ острый пиелонефрит возникает во II и III триместрах, а у 60-75% – в III триместре [8]. Примерно у трети больных, страдающих хроническим пиелонефритом, во время беременности развивается обострение этого заболевания [11].

Высокая распространенность ИМП у беременных объясняется следующими факторами:

- короткой широкой уретрой, близостью ее к естественным резервуарам инфекции (влагалище, анус);
- механическим сдавлением мочеточников маткой;
- снижением тонуса мочевых путей;
- глюкозурией;
- иммуносупрессией;
- изменением pH мочи и т.д.

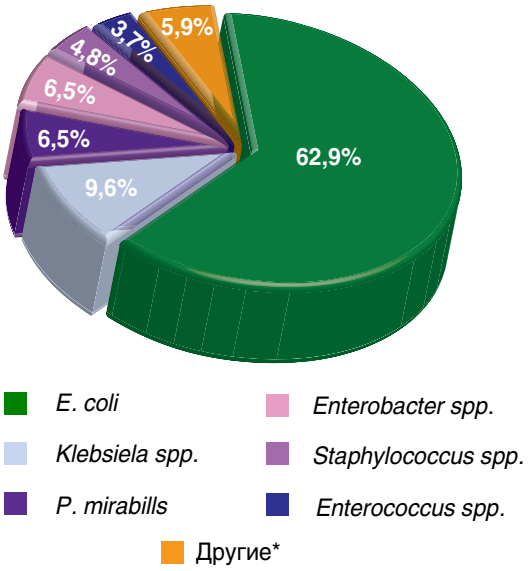
У большинства пациенток бактериурия ассоциируется с колонизацией периуретральной области, наблюдавшейся до беременности, и рассматривается как фактор риска острого гестационного пиелонефрита у 30-40% женщин. Несмотря на отсутствие клинических проявлений, ББ может привести к преждевременным родам, анемизации беременной, преэклампсии, гипотрофии новорожденного и внутриутробной смерти плода (Davison J.M., 1998) [16].

По результатам метаанализа 17 когортных исследований, риск рождения детей с низкой массой тела и преждевременных родов у беременных с нелеченой ББ в 1,5 и 2 раза соответственно выше, чем у здоровых женщин (Romero R., 1989). ББ наиболее значима в развитии ИМП между 9-17-й неделей беременности [8].

К факторам риска ББ у беременных относят:

- низкий социально-экономический статус;
- возраст;
- сексуальную активность;
- повторные беременности, завершившиеся родами;
- анатомические (аномалии количества, расположения, структуры почек и мочевыводящих путей) и функциональные изменения мочевой системы (везико-уретеральные и интраренальные рефлюксы);
- сахарный диабет;
- наличие рекуррентных инфекций мочевой системы в анамнезе [1].

Наиболее типичным микроорганизмом, выделяемым у женщин с ББ, является *Escherichia coli*. Часто встречаются и другие энтеробактерии



* *P. aeruginosa* – 2,2%, *Str. agalactiae* – 2,2%, *Candida spp.* – 0,5%, другие – 1%

Рисунок. Этиология ИМП у беременных (AP1/2003)

(*Klebsiella pneumoniae, Enterococcus spp.*), стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*) и *Gardnerella vaginalis*. У лиц с продолжительными мочевыми расстройствами выявляют полимикробную бактериурию, часто включающую *Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis, Providencia stuartii* и *Morganella morganii* (рис.). А.П. Никонов (2007) приводит более высокие цифры (до 80%) встречаемости *E. coli* как возбудителя ИМП [2].

Особенности патофизиологии ИМП во время гестации определяются развивающимися у беременных структурными и физиологическими изменениями различных отделов мочеполовой системы (физиологический гидронефроз беременности, физиологический гидроуретер беременности, снижение тонуса мочевого пузыря с увеличением его емкости и тенденцией к неполному опорожнению), а также изменениями химического состава мочи (глюкозурия, аминоацидурия, повышение pH мочи). Перечисленные нарушения связывают с комбинированным воздействием ряда механизмов, включающим: гестационные гормональные сдвиги (повышение уровня прогестерона, эстрогенов, хорионического гонадотропина, простагландина E_2), механическую компрессию мочеточников беременной маткой, гипертрофию продольных мышечных пучков в нижних отделах мочеточников. Персистированию бактериурии способствуют как состояние организма «хозяина» (дефекты местных защитных механизмов и вследствие этого недостаточная выработка нейтрализующих антител) и глюкозурия, ускоряющая бактериальный рост, так и особенности микроорганизма, обладающего определенным набором факторов вирулентности (адгезины, гемолизин, К-антиген и др.) [1].

ИМП у беременных могут проявляться в виде ББ, неосложненных инфекций нижних мочевых путей (острый цистит, рецидивирующий цистит) и инфекций верхних мочевых путей (острый пиелонефрит).

Клиническая симптоматика острого цистита у беременных представлена дизурией, частыми императивными позывами к мочеиспусканию, болью над лоном. При проведении лабораторных исследований выявляются пиурия (10 и более лейкоцитов в 1 мкл центрифугированной мочи) и бактериурия (10^2 КОЕ/мл для колиформных микроорганизмов и 10^5 КОЕ/мл для других уропатогенов).

Острый пиелонефрит (обострение хронического пиелонефрита), осложняющий течение беременности, является серьезным заболеванием. Для него характерно поражение паренхимы почек, которое может прогрессировать вплоть до развития уросепсиса и обусловливать преждевременные роды.

При остром пиелонефрите появляются лихорадка, озноб, тошнота, рвота, боль в поясничной области; сохраняются пиурия и бактериурия более 10^4 КОЕ/мл. При этом в 75% случаев поражается правая почка, в 10-15% – левая, в 10-15% – имеет место двусторонний процесс [2].

Особое внимание следует уделять диагностике часто рецидивирующих циститов, так как они могут протекать на фоне урогенитальных инфекций. В таких случаях ни в посеве мочи, ни в клиническом анализе мочи изменений может быть не выявлено. Таким больным необходимо проводить обследование, направленное на исключение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), – соскоб из уретры с последующим выполнением ПЦР, иммуноферментного анализа, при необходимости применять серологические методы диагностики [5]. Алгоритм диагностики ИМП у беременных представлен в таблице 1.

В рекомендациях IDSA подчеркивается, что ББ – это микробиологический диагноз, который основывается на результатах культивирования образца мочи, собранной в условиях, минимизирующих загрязнение. При этом отмечается, что в настоящее время диагностика заболеваний мочевыводящих путей врачами общей практики (США, страны Европы) проводится при помощи экспресс-методов. Для выявления бактериурии выполняют нитратный тест. Он может быть негативным, если микроорганизмы не восстанавливают нитраты. Это чаще всего *Enterococcus spp., Staphylococcus saprophyticus, Acinetobacter* и др. Поэтому чувствительность теста колеблется в пределах от 35 до 85%. Кроме того, результат может быть отрицательным при недостаточно концентрированной моче. Поэтому в настоящее время единственно достоверным

Таблица 1. Диагностика ИМП у беременных

Триместр беременности	ББ	Острый цистит	Обострение хронического цистита	Острый пиелонефрит
I	Общий анализ мочи Посев мочи. При выявлении возбудителя в количестве ≥ 10^5 КОЕ/мл – повторный посев мочи через 24 ч	Общий анализ мочи	Общий анализ мочи Посев мочи	Общий анализ мочи, общий анализ крови Посев мочи УЗИ почек, мочевого пузыря
II-III			Общий анализ мочи Посев мочи Соскоб из уретры на ИППП (ПЦР)	

методом определения ББ является метод уринокультуры (посева мочи) [4].

Ведение женщин с ББ во время беременности является серьезной задачей, стоящей перед клиницистом. Анализ многочисленных независимых исследований показал, что у таких пациенток в начале беременности установлены:

- 20-30-кратное повышение риска развития пиелонефрита во время гестационного периода;
- склонность к преждевременным родам;
- тенденция к рождению детей с низким весом [1].

Антибактериальная терапия ББ в течение беременности снижает риск развития пиелонефрита на 20-35%. При этом нивелируется склонность к преждевременным родам и гипотрофии плода [1, 3].

Беременные должны быть обследованы на предмет выявления ББ на ранних сроках беременности (на 12-16-й неделе) методом уринокультуры не менее одного раза и пролечены в случае положительного результата. Продолжительность антибактериальной терапии должна составлять 3-7 дней. При повторном обнаружении ББ назначают повторный курс лечения.

Рациональное и эффективное применение антимикробных препаратов во время беременности предполагает выполнение следующих условий:

- использовать лекарственные средства только с установленной безопасностью при беременности, с известными путями метаболизма (критерии FDA);
- при назначении препаратов учитывать срок беременности. Поскольку срок окончательного завершения эмбриогенеза установить невозможно, необходимо особенно тщательно подходить к назначению антимикробного препарата до 5 мес беременности;
- в процессе лечения тщательно контролировать состояние матери и плода.

Согласно рекомендациям Европейской и Американской урологических ассоциаций (2011), для **лечения неосложненных ИМП у беременных** возможно применение следующих препаратов (см. табл. 2).

При выборе антимикробного препарата для лечения ИМП у беременных, кроме микробиологической активности, уровня резистентности, фармакокинетического профиля, доказанной эффективности, мы должны учитывать его безопасность и переносимость.

Во всем мире широко используют следующие категории риска применения лекарственных средств при беременности, разработанные FDA:

A – в результате адекватных строго контролируемых исследований не выявлено риска неблагоприятного действия препарата на плод в I триместре беременности (отсутствуют данные, свидетельствующие о подобном риске в последующих триместрах).

B – при изучении репродукции на животных не выявлено риска неблагоприятного воздействия на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных не проводили.

C – в результате изучения репродукции на животных обнаружено неблагоприятное действие

Таблица 2. Схема лечения асимптоматической бактериурии и цистита во время беременности

Препараты	Режим применения	Особенности приема
Нитрофурантоин 100 мг	2 раза в сутки, 3-5 дней	Не желательно при дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
Амоксициллин 500 мг	3 раза в сутки, 3-5 дней	Повышение резистентности
Ко-амоксициллин/клавуланат 500 мг	2 раза в сутки, 3-5 дней	
Цефалексин 500 мг	3 раза в сутки, 3-5 дней	Повышение резистентности
Фосфомицин 3 г	Однократно	
Триметоприм/сульфаметоксазол 480 мг	2 раза в сутки, 3-5 дней	Не желателен триметоприм в I, сульфаметоксазол – в III триместре беременности

препарата на плод, при этом адекватных и строго контролируемых исследований у беременных не проводили. Однако потенциальная польза, связанная с применением лекарственного средства у данной категории пациенток, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

D – имеются доказательства риска неблагоприятного воздействия лекарственного средства на плод человека, полученные при проведении исследований или в клинической практике. Однако потенциальная польза, связанная с приемом препарата у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

Также эксперты FDA выделили категории риска применения антимикробных препаратов у беременных (табл. 3).

Лечение ББ на ранних сроках беременности позволяет снизить риск возникновения острого пиелонефрита на поздних сроках с 28 до 3% [7, 9]. Учитывая, что беременность является фактором риска развития осложненных инфекций, применение коротких курсов антимикробной терапии ББ и острого цистита является неэффективным. Исключение – прием *фосфомицина трометамола* (монурала) в стандартной дозировке 3 г однократно. Использование монурала в концентрациях, близких к среднему и максимальному уровню, приводит к гибели всех патогенов, вызывающих острый цистит в течение 5 ч; активность этого лекарственного средства против *E. coli* превосходит таковую норфлоксацина и ко-тримоксазола [6]. Кроме того, содержание препарата в моче в дозах, превышающих максимально переносимую концентрацию, поддерживается в течение 24-80 ч.

Фосфомицина трометамол является идеальным лекарственным средством первой линии терапии острого цистита у беременных. Он обладает необходимым спектром антимикробной активности, минимальной резистентностью первичных уропатогенов, вызывает повреждение резистентных клонов микробов, преодолевает приобретенную резистентность к антибактериальным препаратам других групп, имеет бактерицидное действие. При применении фосфомицина трометамола (n = 153) 3 г однократно показатель излеченности ББ через 1 мес составлял 93% [12].

Пенициллины представляют наиболее изученную и безопасную при беременности группу антибактериальных препаратов. Среди них широко используются амоксициллин, оксациллин, диклоксациллин, карбенициллин, а также комбинации пенициллинов с ингибиторами β-лактамазы (клавулановой кислотой, сульбактамом), что расширяет спектр их антимикробного действия. Ампициллин в лечении ИМП при гестации (как и у небеременных) в связи с высокой частотой резистентности уропатогенов к нему в настоящее время используется редко.

Цефалоспорины 1-го и 2-го поколения (в первую очередь цефазолин, цефокситин, цефуроксим, цефметазол, цефалотин), а также 3-го поколения (цефтриаксон) рассматриваются как эффективные и достаточно безопасные антибактериальные средства при гестации независимо от ее срока. В течение нескольких последних лет спектр разрешенных к использованию при беременности цефалоспоринов расширен за счет препарата 4-го поколения цефепима, который можно назначать во II и III триместрах.

Среди *аминогликозидов* при беременности может использоваться гентамицин, однако для его назначения необходимы жизненные показания. Препарат проникает в амниотическую жидкость, через гематоэнцефалический барьер и оказывает ототоксическое действие у плода. Его основные побочные эффекты у матери включают ото- и нефротоксичность, а также нарушения нейромышечного проведения. Безопасность применения канамицина, амикацина при гестации четко не установлена.

Таблица 3. Категории риска применения различных антимикробных препаратов у беременных

Антибактериальное средство	Категория риска
Пенициллины	B
Цефалоспорины	B
Фосфомицин	B
Нитрофурантоин	B
Макролиды: • азитромицин; • кларитромицин; • мидекамицин; • рокситромицин; • джозамицин	 B C C C B (применяется при хламидийной инфекции у беременных)
Фторхинолоны	C
Триметоприм	C, D (I триместр)
Сульфаметоксазол	C, D (III триместр)

Для лечения пиелонефрита при беременности может использоваться тобрамицин, но только в тех случаях, когда ожидаемый положительный эффект такого назначения превышает возможное негативное влияние препарата на плод.

Эритромицин – представитель макролидов – эффективен в лечении урогенитальных инфекций у беременных, в т.ч. вызванных Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealyticum. Он может быть использован при неосложненных циститах у беременных, а также в случаях гиперчувствительности к пенициллинам.

Нитрофурантоин (в т.ч. макрокристаллический) назначают в различные сроки гестации. Этот препарат противопоказан лишь у беременных с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы из-за возможности развития гемолитической анемии.

Сочетание *сульфаметоксазола с триметопримом* достаточно безопасно при применении во II триместре беременности. Следует избегать его назначения в I (из-за риска развития тератогенных эффектов) и в III триместрах (вследствие возможной гипербилирубинемии и желтухи новорожденных).

Использование нитроксолина из-за имеющихся данных о его эмбрио- и фетотоксичности (I и III триместры) и высоких уровней резистентности к нему уропатогенов сегодня не рекомендуют для лечения ИМП при гестации.

Таким образом, для лечения инфекций нижних мочевых путей и ББ у беременных показано применение фосфомицина трометамола в монодозе 3 г; цефалоспоринов в течение 3-5 дней (цефалексина по 500 мг 3 раза в сутки, цефуроксима по 250-500 мг 2-3 раза в сутки); аминопенициллинов в течение 3-5 дней (амоксициллина/клавуланата по 375-625 мг 2-3 раза в сутки, ампициллина/сульбактама по 1,5-3 г 4 раза в сутки); нитрофуранов (нитрофурантоина по 100 мг 4 раза в сутки в течение 3-5 дней только во II триместре); триметоприма сульфаметоксазола по 480 мг 2 раза в сутки в течение 3-5 дней.

При выявлении атипичных возбудителей (уреамикоплазменной и хламидийной инфекции) у пациенток с часто рецидивирующим циститом показано применение макролидов (джозамицина, азитромицина) в стандартных дозировках во II триместре беременности.

К антибактериальным препаратам, **противопоказанным при гестации**, относятся: фторхинолоны (норфлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин), которые могут вызывать развитие артропатий у плода; оксолиновая кислота (грамурин) – из-за риска фетотоксических эффектов; пипемидиновая кислота (пимидель) – также из-за риска фетотоксических эффектов; тетрациклины, которые вызывают желто-коричневое окрашивание зубов у детей до года, повышение частоты дефектов формирования скелета у плода и зубной эмали у детей; левомицетин – по причине риска его гепатотоксичности и развития лейкопении у плода, а также из-за возникновения коллапсов у новорожденных; тейкопланин – из-за недостаточной информации о его применении при беременности [1].

Больным острым пиелонефритом показана экстренная госпитализация. В комплекс лабораторно-диагностических методов необходимо включить: общий анализ мочи, крови, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. Кроме того, следует осуществлять мониторинг жизненно важных функций организма пациенток. Краеугольным камнем лечения больных гестационным пиелонефритом является решение вопроса о целесообразности проведения и выборе метода дренирования мочевых путей [15].

Показанием к дренированию мочевых путей во время беременности является наличие у больной острого пиелонефрита на фоне нарушенной уродинамики.

Выбор метода дренирования мочевых путей во время беременности зависит от причин нарушения уродинамики (мочекаменная болезнь, снижение тонуса мочевых путей, сдавление маткой, рефлюкс), сроков беременности, а также от стадии пиелонефрита (серозный, гнойный). Возможные варианты: позиционная терапия (положение «на здоровом боку», коленно-локтевое положение), стентирование мочеточника, чрескожная пункционная или операционная нефростомия.

Антибактериальная терапия проводится только парентерально с последующим контролем эффективности лечения через 48-72 ч. В дальнейшем коррекция лечения осуществляется по результатам бактериологического исследования. Длительность терапии серозной стадии воспаления составляет 14 дней: 5 дней – парентеральное введение препаратов, далее – переход на пероральный режим приема (табл. 4). На наш взгляд, этот список следует дополнить комбинированным препаратом амоксициллин с ингибитором β-лактамазы – клавулановой кислотой.

Преимущества применения амоксициллина/клавуланата заключаются в его высокой активности в отношении ключевого возбудителя ИМП – *E. coli* (уровень резистентности ниже, чем к фторхинолонам). Он обладает доказанной эффективностью в терапии неосложненных и осложненных ИМП, а также является препаратом выбора при лечении этого заболевания у детей. Следует подчеркнуть, что использование амоксициллина/клавуланата не повышает риск возникновения врожденных аномалий и уродств, что делает возможным его применение в I триместре беременности [14].

Для оценки результатов лечения важным является (помимо исчезновения клинических симптомов) отсутствие патологических изменений в анализах мочи при трехкратном ее исследовании.

Таблица 4. Схема лечения пиелонефрита у беременных (согласно рекомендациям Европейской и Американской урологических ассоциаций, 2011 г.)

Антибиотик	Доза
Цефтриаксон	1-2 г в/в или в/м 1 раз в сутки
Азтреонам	1 г в/в 2-3 раза в сутки
Пиперациллин/тазобактам	3,375-4,5 г в/в 4 раза в сутки
Цефепим	1 г в/в дважды в сутки
Имипенем/циластатин	500 мг в/в 4 раза в сутки
Ампициллин/сульбактам	1,5-3 г в/в 4 раза в сутки
Гентамицин	3-5 мг/кг/сут в/в три дозы

В дальнейшем женщина должна находиться на диспансерном наблюдении уролога.

Профилактика рецидивов ИМП показана беременным, перенесшим два и более эпизодов цистита или однократно пиелонефрит. В соответствии с современными представлениями, супрессивную терапию следует проводить сразу после окончания курса лечения инфекции верхних мочевых путей или рецидива инфекции нижних мочевых путей. Рекомендуемая схема терапии: фосфомицина трометамол 3 г 1 раз в 10 дней. Вспомогательным средством лечения и особенно профилактики ИМП у беременных являются уроантисептические растительные сборы.

Таким образом, проблема ИМП у беременных чрезвычайно важна, однако представление о ней зачастую не отвечает ее значимости. В патогенезе заболевания, помимо воздействия инфекционного фактора, важное значение имеют нарушения уродинамики, обусловленные изменениями топографо-анатомических взаимоотношений по мере роста матки, перестройкой гормонального и иммунного статуса и др. Развитие инфекционно-воспалительного процесса почек и мочевыводящих путей осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, приводит к повышению уровня перинатальной заболеваемости и смертности. Вопросы ранней диагностики и прогнозирования исхода болезни с применением современных методик, а также комплексной профилактики и терапии беременных с данной патологией представляются нам весьма актуальными и требующими дальнейших исследований.

Литература

1. Дядык А.И. Инфекции почек и мочевыводящих путей / Дядык А.И., Колесник Н.А. – Донецк: КП «Регіон», 2003. – 400 с.
2. Никонов А.П. Инфекции мочевыводящих путей и беременность / Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Каптильный В.А. // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 1.
3. Ребров Б.О. Пієлонефрит: методичні рекомендації / Б.О. Ребров, О.О. Реброва, Н.Г. Строїло, Ф.Т. Соляник, І.М. Шіфріс. – Луганськ, 2006. – 32 с.
4. Рафальский В.В. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: антибиотикорезистентность, анализ практики выбора антибактериальной терапии в России / В.В. Рафальский, Р.А. Чилова, А.И. Ищенко // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2006. – С. 20-24.
5. Синякова Л.А. Гнойный пиелонефрит (современная диагностика и лечение): автреф. дис. ... док. мед.наук / Л.А. Синякова. – М., 2002.
6. Синякова Л.А. Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению / Синякова Л.А., Косова И.В. // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2008. – № 1. – С. 23-27.
7. Berkovitch M., et al. // Br J Clin Pharmacol. – 2004. – № 58(3). – P. 298-302.
8. Cunningham F.G. Acute pyelonephritis of pregnancy: a clinical review / Cunningham F.G., Morris G.B., Mickal A. // Obstet Gynecol. – 1973. – № 42. – P. 112-1.
9. Diagnosis and management of uncomplicated urinary tract infections American Family Physician Association. – American Family Physician, 2005.
10. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. – Clinical Infectious Diseases. – 2005. – № 40. – P. 643-654.
11. Gilstrap L.C. et al. Renal infection and pregnancy outcome / Gilstrap L.C. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1981. – № 141. – P. 709.
12. Nicolle L.E. et al. Infectious diseases society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults / Nicolle L.E., Bradley S., Colgan R. et al. // Clin Infect Dis. – 2005. – № 40. – P. 643-654.
13. Zinner S.H. Management of urinary tract infections in pregnancy: A review with comments on single dise therapy / Zinner S.H. // Chemotherapy. – 1990. – № 36 (suppl 1). – P. 50-52.
14. Sweet R.L. Bacteriuria and pyelonephritis during pregnancy / Sweet R.L. // Semin. Perinatol. – 1977. – № 1. – P. 25-40.
15. The management of urinary and male genital tract infections. – European Association of Urology, 2007.
16. Wright et al. Asymtpmatic bacteriuria during pregnancy. Rapid answers using Cochrane library / Wright et al. // Canadian Family Physician. – 1993. – № 48. – P. 58-60.

Вагінальні пологи після кесарева розтину

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 р. № 976*

Шкала рівнів доказовості досліджень, що склали основу клінічних рекомендацій:

A (I) – систематичний огляд або високоякісний метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обгрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень випадок-контроль, високоякісне когортне дослідження або дослідження випадок-контроль. Рекомендації мають високий рівень вірогідності та можуть бути підставою для прийняття клінічного рішення.

C (IV) – окремі дослідження або дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обгрунтування певних клінічних рішень за відсутності доказів рівня A (I) і B (II-III).

D (V) – думка експертів, що базується на досвіді або на результатах експериментальних досліджень. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження A (I), B (II-III), C (IV) не проводилися з етичних або інших причин.

А.1. Паспортна частина

А.1.1. Діагноз та термінологія для його формування

- Вагінальні пологи після кесарева розтину (ВПКР).
- Невдала спроба пологів з наступним розродженням шляхом кесарева розтину (КР).
- Елективний КР (повторний плановий КР).

Розрив матки, що стався під час пологів

- Повний розрив матки.
- Неповний розрив матки.

А.1.2. Коди стану або захворювання (МКХ-10 та інших класифікацій)

O34.2 – Післяопераційний рубець на матці, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері за наявності рубця від попереднього КР. Виключено: пологи через піхву після попереднього КР без додаткових вказівок (БДВ) (O75.7)

O66.4 – Невдала спроба викликати пологи, неуточнена. Невдала спроба викликати пологи з наступним КР

O71.1 – Розрив матки під час пологів. Розрив матки, не визначений як такий, що трапився до початку пологів

O75.7 – Пологи через піхву після попереднього КР

O82 – Пологи одним плодом, розродження за допомогою КР

O82.0 – Проведення елективного КР. Повторний КР

O82.1 – Проведення термінового КР

O82.2 – Проведення КР з гістеректомією

O84.2 – Пологи багатоплідні, всі розродження шляхом КР

А.2. Загальна частина. Надання антенатальної допомоги

Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з КР в анамнезі

1. Досвід попередніх пологів та очікування жінки повинні бути обговорені під час першого антенатального візиту.

2. Інформація щодо ВПКР в письмовій формі надається вагітній під час першого візиту (додаток 1).

3. Бажано отримати інформацію щодо особливостей попереднього КР з лікувального закладу, де він проводився.

- Якщо немає можливості отримати протокол попередньої операції, слід припустити, що мав місце КР поперечним розрізом в нижньому матковому сегменті за виключенням випадків поперечного положення плода або передчасного розродження в попередніх пологах до початку пологової діяльності **[B]**.

4. Для якомога більш повної оцінки можливості вагітної здійснити спробу ВПКР необхідно зібрати анамнестичні та клінічні дані, користуючись таблицею 1 (додаток 2). Додаток передається в пологове відділення.

- За допомогою таблиці 1 слід визначити:
  - протипоказання до спроби ВПКР;
  - фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР;
  - фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР;
  - фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Якщо упродовж вагітності виникають нові фактори, їх необхідно зазначити в таблиці та повторно обговорити з вагітною існуючі індивідуальні чинники, сприятливі та/або несприятливі для здійснення спроби ВПКР.

Протипоказання для ВПКР (повинні бути задокументовані)

- Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів (ВП) (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.).

* Із повною версією наказу можна ознайомитися на сайті www.moz.gov.ua.

- Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10 000).
- Попередні Т- та J-подібний розрізи на матці (ризик розриву матки 190/10 000) **[B]**. Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або (що більш імовірно) Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР **[B]**.
- Розрив матки в анамнезі.
- Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі **[C]**, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом **[D]**.
- Тазове передлежання плода **[D]**.
- Розташування плаценти у ділянці рубця на матці **[D]**.
- Більше одного КР в анамнезі.
- Відмова жінки від спроби ВПКР.

Фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки (повинні бути задокументовані)

- Короткий інтервал після попереднього КР (< 24 міс).
- Жінки з коротким інтервалом після попередніх пологів (< 24 міс) повинні бути поінформовані про підвищений ризик розриву матки у пологах **[B]**.
- Макросомія плода.
- Багатоплідна вагітність.
- Однорядний (проти дворядного) шов на матці.
- Попередній КР на строках вагітності < 37 тиж.
- Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР **[C]**.

Фактори, що підвищують імовірність успішних ВПКР

- Наявність в анамнезі успішних ВПКР.
- Наявність в анамнезі ВП **[B]**.
- Серед жінок, які мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР тільки ті, хто має в анамнезі хоча б одні ВП.
- Зріла шийка матки (ШМ) на момент початку пологів.
- Спонтанний початок пологів.
- Показання до попереднього КР, що не повторюються (неправильне положення плода, тазове передлежання плода, передлежання плаценти).
- Вік матері до 40 років.
- Бажання жінки народити природними пологовими шляхами.

Фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР

- Показання до попереднього КР, що повторюються (диспропорція розмірів таза та плода і неможливість виключити диспропорцію в даних пологах), слабкість пологової діяльності, дистоція ШМ.
- Потреба індукції пологів, що вимагає застосування заходів щодо дозрівання ШМ.
- Потреба стимуляції пологової діяльності.
- Вік матері старше 40 років.
- Багатоводдя.
- Прееклампсія.
- Затримка внутрішньоутробного розвитку плода.
- Макросомія плода.
- Ожиріння у матері:
  - індекс маси тіла > 30;
  - цукровий діабет **[B]**. Цукровий діабет не є протипоказанням до спроби ВПКР **[B]**.

Фактори, що не впливають на ймовірність успішних ВПКР

- Гестаційний діабет.
- Недоношена вагітність.
- Успіх спроби передчасних ВПКР такий же, як при доношеній вагітності.
- Ризик розриву матки достовірно нижчий у порівнянні з доношеною вагітністю (повний розрив – 34/10 000 проти 74/10 000; неповний розрив – 26/10 000 проти 67/10 000) **[B]**.
- Строк вагітності ≥ 40 тиж **[B]**:
  - частота успіху ВПКР і ризик розриву матки в жінок, які народили до 40 тиж вагітності, у порівнянні з тими, у кого пологи почалися після 40 тиж, були однаковими;
  - ризик розриву матки після 40 тиж достовірно не підвищувався як для спонтанних, так і для індукованих пологів;
  - строк гестації > 40 тиж не є протипоказанням для спроби ВПКР.

Кандидати на спробу ВПКР (спроба ВПКР) – запланована спроба пологів у жінки, яка мала КР в анамнезі, з метою досягнути успішного вагінального народження дитини)

- Відсутність протипоказань для ВПКР.
- Наявність в анамнезі однієї операції КР, при якій проведено поперечний розріз на матці в нижньому сегменті **[B]**.
- Головне передлежання плода.
- Бажана наявність документації щодо попередньої операції.

5. Обговорення переваг і ризиків спроби ВПКР проводиться лікарем з вагітною, у якої не виявлено протипоказань до спроби ВПКР при першому відвідуванні.

Переваги ВПКР для жінки

- Для вагітних з одним КР в анамнезі в разі поперечного розрізу на матці в нижньому сегменті частота вдалих спроб ВПКР становить 73-76% **[B]**. Рівень успіху залежить від показань до попереднього КР, наявності ВП та ВПКР в анамнезі, індексу маси тіла, наявності макросомії плода, положення плода тощо.
- У пацієнток із вдалими ВПКР спостерігається менше ускладнень у порівнянні з жінками, яким виконано елективний КР: рідше

бувають кровотечі, післяпологові інфекційні ускладнення, скорочується термін перебування у стаціонарі **[B]**.

- У разі вдалих ВПКР в порівнянні з плановим повторним кесаревим розтином (ППКР) достовірно знижується ризик таких серйозних ускладнень під час наступних вагітностей, як: передлежання плаценти, прирощення плаценти, ектопічна вагітність, травми сечового міхура, кишечника чи сечоводу, кишкова непрохідність, гемотрансфузія **[B]**.
- Материнська смертність у разі спроби ВПКР є нижчою, ніж при ППКР **[C]**.

Ризики ВПКР для жінки

- За невдалої спроби ВП та необхідності проведення ургентного КР підвищується ризик крововтрати, розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень, виникнення необхідності у переливанні крові в порівнянні з елективним КР, хоча абсолютний ризик цих ускладнень залишається низьким.
- Ризик невдалої спроби ВПКР підвищується в разі індукції пологів, відсутності ВП в анамнезі, індекса маси тіла > 30, проведення попереднього КР з приводу слабкості пологової діяльності. За наявності цих факторів рівень успіху становить 30-50%.
- Ризик розриву матки при ВПКР – 22-74/10 000 і практично відсутній при ППКР **[B]**.
- Спроба ВПКР підвищує ризик розвитку ендометриту та виникнення необхідності у гемотрансфузії в порівнянні із ППКР **[B]**.

Переваги ВПКР для новонародженого

ВПКР знижують ризик неонатальних респіраторних захворювань, при яких може виникнути потреба в госпіталізації до неонатального відділення (2-3% в порівнянні з 3-4% після ППКР) **[B]**.

Можливі негативні наслідки для плода, пов'язані з розривом матки при спробі ВПКР

- *Неонатальна респіраторна захворюваність* – складається з випадків транзиторного тахіпное новонароджених та респіраторного дистрес-синдрому (РДС).
- *Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія* – порушення неврологічної функції, що виникло протягом 72 год після пологів.

Ризики ВПКР для новонародженого

- Спроба ВПКР асоціюється з підвищеним ризиком перинатальної захворюваності та смертності в порівнянні з ППКР, проте абсолютний ризик є дуже низьким (1/1000).
- Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія суттєво частіше спостерігається в разі ВПКР (8/10 000) у порівнянні з ППКР. Вплив даного ускладнення на подальший розвиток малюка невідомий **[B]**.
- Додатковий ризик перинатальної смертності (ПС) в разі ВПКР становить 2-3/10 000 у порівнянні з ППКР і є порівнянним із ризиком ПС у жінок, які народжують вперше **[B]**.

6. Отримується поінформована згода на спробу ВПКР, яка підписується особисто вагітною (додаток 3).

У разі відсутності протипоказань у вагітної з одним КР поперечним розрізом у нижньому матковому сегменті їй варто запропонувати спробу ВПКР з відповідним обговоренням материнських і перинатальних ризиків та переваг. Отримання поінформованої згоди, відповідно задокументованої, є важливим компонентом плану розродження у жінок з попереднім КР [B].

Наміри жінки щодо спроби ВПКР повинні бути чітко задокументовані. Бажано представити в карті вагітної інформацію щодо попереднього КР [B].

Рішення щодо спроби ВПКР необхідно ухвалити під час антенатального спостереження.

7. Очікуваний строк пологів повинен бути підтверджений за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) до 24 тиж вагітності. УЗД проводиться у стандартні терміни з обов`язковою вказівкою локалізації плаценти та патологічної плацентації (у разі локалізації плаценти в ділянці післяопераційного рубця).

8. Кожну вагітну з рубцем на матці необхідно навчити розпізнаванню небезпечних симптомів (загрозливих станів), поява хоча б одного з яких є приводом до негайного звернення за медичною допомогою. При цьому слід оцінити можливості екстреного транспортування жінки до відповідного закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), особливо у тих, хто проживає в гірській місцевості, віддалених селах, в регіонах, де погані дороги, та в зимовий період.

9. Можливості госпіталізації та транспортування вагітної до відповідного ЗОЗ (згідно з розділом А.4).

10. Усі жінки з рубцем на матці мають бути госпіталізовані до відповідного ЗОЗ на строках вагітності до 38 тиж для моніторингу їхнього стану та стану плода, проведення консиліуму для остаточного узгодження тактики розродження.

Роль УЗД

Наразі відсутні доказові дані відносно здатності ультразвукової оцінки товщини та структури ділянки рубця на матці передбачити його спроможність під час спроби ВПКР.

А.3.1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики (алгоритми № 1, 2)

Особливості обстеження вагітної на етапі допологової госпіталізації

- При госпіталізації вагітної до стаціонару проводять загальноприйняту оцінку соматичного та акушерського статусу, вивчають анамнез.
- Проводяться забір крові для визначення групи та резус-фактора, загальний аналіз крові, коагулограма; загальний аналіз сечі, аналіз виділень **[D]**.
- Оцінюється стан плода: УЗД, кардіотокографія (КТГ) **[D]**.
- Додаткові обстеження виконуються за наявності відповідних показань.
- Проводиться консиліум лікарів для остаточного вирішення питання щодо тактики розродження.

Консультування жінок під час прийняття остаточного рішення відносно методу родорозродження (повинно бути задокументовано)

- Використання заповненої таблиці 1 (додаток 2) для врахування всіх існуючих протипоказань до спроби ВПКР і факторів:
  - які підвищують ймовірність успішних ВПКР;
  - які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР;
  - які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Обговорення ризиків та переваг ВПКР та ППКР, включаючи можливий ефект на наступні вагітності.
- У разі прийняття рішення відносно індукції пологів, ретельно обговорити ризики, пов'язані з кожним доступним методом індукції.
- Підтримка жінки та її партнера в прийнятті рішення.
- Урахування власної думки жінки/родини.
- Отримання поінформованої згоди, включаючи рішення вагітної щодо методу розродження та плану надання допомоги.

Плановий повторний КР

Якщо вагітна підлягає повторному КР, оптимальним строком для його проведення є 39 повних тижнів вагітності або початок пологової діяльності.

Відкладання ППКР з 38 до 39 тиж вагітності на один тиждень зменшує неонатальну респіраторну захворюваність на 5/100, хоча така спроба пов'язана з підвищенням ризику внутрішньоутробної загибелі плода (5/10 000) **[B]**.

А.3.2. Алгоритм лікування

Надання допомоги в пологах

- Жінки з рубцем на матці після попереднього КР повинні народжувати в ЗОЗ 3-го рівня акредитації (згідно з розділом А.4).
- ВПКР можуть проводитися в окремих пологових стаціонарах 2-го рівня акредитації, якщо:
  - відсутні показання для направлення до закладу 3-го рівня акредитації;
  - забезпечено необхідні умови (інфраструктура, організація допомоги, обладнання) та наявна достатня кількість досвідченого персоналу (згідно з розділом А.4).
- Допомога жінці в разі спроби ВПКР надається лікарем першої або вищої категорії.
- На початку пологів виконується катетеризація периферичної вени.
- Проводиться ретельний моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів.

Під час пологів

1. Жінка може за бажанням вживати легку їжу та напої до початку активної фази пологів. З початку активної фази пологів дозволяється пити (бажано негазовану воду).

2. Дані щодо оцінки стану матері, плода та прогресування пологів заносяться до партограми.

3. Пульс матері оцінюється кожні 30 хв та заноситься до партограми. Можливий підрахунок пульсу упродовж 10 с з помноженням на 6 (якщо немає аритмії).

4. Підвищення частоти пульсу > 110 уд/хв може свідчити про початок розриву матки та потребує додаткового з'ясування причини!

5. Жінкам зі спробою ВПКР рекомендується проведення безперервного електронного фетального моніторингу (ЕФМ) [B].

Електронний фетальний моніторинг

Дослідження показали, що при ВПКР більш ніж у 70% випадків першим симптомом розриву матки є пролонгована брадикардія плода (зниження частоти серцевих скорочень [ЧСС] плода < 100 уд/хв протягом 3 хв або < 80 уд/хв понад 2 хв). Лише у 8% випадків спостерігається біль і в 3% – кровотеча **[B]**.

- У латентній фазі спостереження за станом плода проводиться кожні 15 хв за допомогою періодичної аускультації або ЕФМ.
- Безперервний ЕФМ проводять після початку активної фази пологів.
- У разі відмови жінки від ЕФМ потрібно задокументувати цей факт в історії пологів та виконувати аускультацію ЧСС плода кожні 15 хв в першому періоді пологів; у другому періоді пологів – кожні 5 хв у ранній фазі та після кожної потуги в активній фазі.
- Обговорити з жінкою перерви в проведенні ЕФМ в таких випадках:
  - якщо результати ЕФМ визначаються як нормальні;
  - коли тривалість перерв не перевищує 15 хв;
  - якщо кількість перерв невелика (не більше однієї за годину);
  - якщо перерва не настає відразу після втручання, яке може вплинути на серцевий ритм плода.
- Проведення безперервного ЕФМ не є протипоказанням для активної поведінки жінки в пологах.
- Проведення ЕФМ документується на стрічці спостереження, що є невід'ємною частиною історії пологів в разі ВПКР.

6. Під час проведення ВПКР точна оцінка розкриття ШМ (бажано одним фахівцем) є дуже важливою **[D]**.

Вагінальні дослідження

- Проводяться при надходженні вагітної до пологового відділення.
- Якщо роділля знаходиться в латентній фазі, повторне дослідження проводиться через 4 год або частіше за наявності показань.
- В активній фазі пологів вагінальне дослідження (ВД) проводиться кожні 2 год.
- Якщо в активній фазі розкриття ШМ < 1 см/год рекомендується виконати амніотомію. Через 2 год після виконання амніотомії необхідно оцінити характер пологової діяльності та розкриття ШМ.

- За наявності ефективної пологової діяльності (розкриття ШМ ≥ 1 см/год) пологи продовжують вести з використанням партограми.
- У разі відсутності динаміки розкриття ШМ (< 1 см/год), наявності активної скоротливої діяльності матки (3-4 перейми упродовж 10 хв тривалістю > 40 с) та вираженої конфігурації голівки (+++) необхідно виключити наявність диспропорції розмірів голівки плода та таза матері. За наявності диспропорції – розродження шляхом КР.
- За відсутності динаміки розкриття ШМ (< 1 см/год), слабкості скоротливої діяльності матки (< 3 переймів упродовж 10 хв або тривалістю < 40 с), за відсутності ознак диспропорції розмірів голівки плода і таза матері та при задовільному стані матері та плода можна призначати родостимуляцію окситоцином (2 Од/л, 10-60 крап/хв) з контролем стану плода за допомогою безперервного ЕФМ (КТГ).
- Застосування окситоцину у роділь з рубцем на матці після КР не протипоказане, однак його призначення асоціюється зі зменшенням успіху ВПКР та підвищенням ризику розриву матки удвічі **[B]**.

А.3.3. Схема медикаментозного лікування

Застосування окситоцину

- Для досягнення потрібної концентрації окситоцину необхідно 5 Од (1 мл) окситоцину розвести 0,9% розчином NaCl до 5 мл:

– 0,4 мл отриманого розчину вводять в 200 мл 0,9% розчину NaCl або
– 0,8 мл отриманого розчину вводять в 400 мл 0,9% розчину NaCl, або
– 1 мл отриманого розчину вводять в 500 мл 0,9% розчину NaCl, або
– 2 мл отриманого розчину вводять в 1000 мл 0,9% розчину NaCl.

Дозування окситоцину (2 ОД/л 0,9% розчину NaCl. Підвищення дози проводиться кожні 30 хв до досягнення 3-4 переймів упродовж 10 хв тривалістю > 40 с):

10 крап	= 30 мл /год	= 1 мОД/хв
20 крап	= 60 мл /год	= 2 мОд/хв
30 крап	= 90 мл /год	= 3 мОд/хв
40 крап	= 120 мл /год	= 4 мОд/хв
50 крап	= 150 мл /год	= 5 мОд/хв
60 крап	= 180 мл /год	= 6 мОд/хв

- Високі концентрації окситоцину (> 20 мОд/хв) супроводжуються підвищенням ризику розриву матки.

За відсутності ефекту від стимуляції пологової діяльності (швидкість розкриття ШМ < 1 см/год) через 2 год від її початку рекомендовано оперативне розродження.

- Якщо графік розкриття ШМ досягає або перетинає Лінію дії на партограмі, пологи необхідно завершити операцією КР. Затяжні пологи у жінки з попереднім КР небезпечні та підвищують ризик розриву матки по рубцю.

Знеболення пологів

- Знеболення призначається за бажанням жінки.
- Знеболення пологів проводять згідно з існуючим протоколом «Нормальні пологи».
- Проведення епідуральної аналгезії під час ВПКР не протипоказане **[C]**.

У цієї категорії роділь для знеболення пологів перевагу слід надавати епідуральній аналгезії, яка сприяє більш успішному їх завершенню у порівнянні з іншими методами **[B]**. Для епідуральної аналгезії бажано використовувати низькі концентрації розчинів місцевих анестетиків, які стандартно застосовують у таких випадках, шляхом болюсного або постійного епідурального введення. Обов'язковим є проведення безперервного фетального моніторингу в разі призначення епідуральної аналгезії.

За наявності спеціального обладнання перевагу слід надавати контрольованій пацієнткою епідуральній аналгезії **[C]**.

Під час проведення аналгезії бажано досягати її без розвитку моторного блоку.

Знеболювання пологів рекомендується проводити за умови постійного моніторингу за станом роділлі за допомогою сучасної апаратури спостереження з вимірюванням артеріального тиску (АТ) та ЧСС кожні 5 хв після епідурального введення препарату упродовж 20 хв. Надалі вимірювання АТ та ЧСС проводять кожні 15-20 хв.

Ведення другого періоду пологів

- Ведення згідно зі стандартами для нормальних пологів.
- Безперервний ЕФМ.
- Вертикальні позиції у ранній фазі.
- Вільний вибір позиції для народження.
- Перевагу слід надавати техніці «некерованих (спонтанних) потуг».
- Епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода за показаннями.

Ведення третього періоду пологів

Надавати перевагу методиці активного ведення третього періоду пологів **[A]**.

Ведення раннього післяпологового періоду

Рутинна катетеризація сечового міхура не рекомендується [C].

Проведення ручного обстеження стінок порожнини матки після ВПКР всім жінкам для визначення розриву матки є недоцільним, тому що підвищує ризик післяпологової інфекції та може стати причиною ятрогенної перфорації матки [B].

Показання для проведення ручного обстеження стінок порожнини матки після ВПКР:

- кровотеча;
- абдомінальний біль;
- непояснений колапс у матері після пологів;

- дефект плацентарної тканини;
- оперативні ВП.

У післяпологовому періоді проводиться регулярне та ретельне спостереження за станом породіллі із занесенням відповідних показників до таблиці 2 (додаток 4).

А.3.2. Вагітність у жінок з рубцем на матці у разі передчасного розриву плідних оболонок (ПРПО)

Вагітність на строках > 34 тиж

- Оскільки очікувальна тактика супроводжується достовірним підвищенням частоти хоріоамніоніту та ендометриту **[A]**, поки що немає наукового обгрунтування безпеки очікувальної тактики у разі ПРПО, зокрема у вагітних з рубцем на матці на строках гестації > 34 тиж.
- У вагітної з рубцем на матці, яка була визнана придатною до спроби ВПКР, і з ПРПО необхідно провести ВД та оцінити зрілість ШМ за шкалою Бішопа. У разі зрілої ШМ (≥ 6 балів) необхідно розпочати індукцію пологів окситоцином. Якщо оцінка шийки ≤ 5 балів – показаний КР.
- Вагітній з рубцем на матці, яка була визнана непридатною до спроби ВПКР, та з ПРПО показаний КР.

Вагітність на строках 24-34 тиж

- Антибіотикопрофілактика.
- Профілактика РДС глюкокортикоїдами.
- За показаннями токолітична терапія призначається протягом 48 год, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та за необхідності переведення вагітної до ЗОЗ вищого рівня акредитації.
- За необхідності розродження та при відсутності протипоказань до ВП проводиться індукція пологової діяльності окситоцином (у разі потреби – з попередньою підготовкою ШМ) **[B]**.

Вагітність на строках 22-23 тиж + 6 днів

- Антибіотикопрофілактика.
- Спостереження за станом матері.
- При необхідності розродження та за відсутності протипоказань до ВП проводиться індукція пологової діяльності окситоцином (у разі потреби – з попередньою підготовкою ШМ) **[D]**.

А.3.3. Індукція пологів

Вагітним із попереднім КР рекомендовано призначати індукцію пологів. У той же час їх необхідно поінформувати, що індукція пологів/родостимуляція супроводжується дво-триразовим підвищенням ризику розриву матки й у півтора разу – ризику КР у порівнянні зі спонтанними пологами **[B]**.

Окситоцин

Медикаментозна індукція пологів окситоцином може асоціюватися з підвищеним ризиком розриву матки, і її слід використовувати обережно після відповідного обговорення з пацієнткою **[B]**.

Простагландини

Індукція простагландинами у жінок з рубцем на матці протипоказана, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000).

Катетер Фолея можна безпечно використовувати для дозрівання ШМ у жінок з планованою спробою ВПКР **[B]**.

Дані щодо ефективності використання *ламінарій* для дозрівання ШМ у жінок з планованою спробою ВПКР у літературних джерелах відсутні.

Ризики, пов'язані з індукцією пологів, повинні бути обговорені з жінкою та задокументовані за поінформованою згодою.

Остаточне рішення щодо можливості проведення індукції пологів ухвалює консиліум.

Ознаки та симптоми розриву матки.

У разі ВПКР повинно проводитися безперервне **спостереження за станом матері та плода** для вчасного виявлення ознак розриву матки.

Підозра на розрив матки потребує невідкладної допомоги і швидкого проведення лапаротомії для зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності [B].

Наявність патологічного серцевого ритму плода, підтверджена ЕФМ, може бути першою ознакою розриву матки.

Симптоми розриву матки:

- патологічний серцевий ритм плода на ЕФМ (тахікардія та децелерації – найбільш постійні ознаки загрози розриву матки). При нормальному серцевому ритмі плода слід бути обережними в діагностиці розриву матки;
- вагінальна кровотеча;
- гематурія;
- тахікардія у матері, артеріальна гіпотензія, біль в грудях, задишка, відчуття нестачі повітря;
- пальпація частин плода в черевній порожнині;
- «втрата» передлеглої частини плода;
- раптовий біль у ділянці рубця;
- біль внизу живота, що зберігається у проміжках між переймами;
- ослаблення або припинення попередньо ефективної пологової діяльності чи надмірна скоротлива діяльність матки;
- зміна форми матки;
- поява болю нетипової локалізації;
- профілактичне призначення антибіотиків (широкого спектра дії).

Тактика надання допомоги в разі появи симптомів розриву матки

- **Негайна нижньосерединна лапаротомія під ендотрахеальним наркозом** з одночасним швидким відновленням об'єму циркулюючої крові розчинами кристалоїдів та колоїдів.
- **Операцію необхідно розпочати якомога раніше, але не пізніше ніж за 30 хв [C].**

- Об'єм оперативного втручання (ушивання матки або гістеректомія) залежить від:
  – розміру розриву;
  – локалізації розриву;
  – крововтрати.
- Показання до органозберігаючої операції (при неповному та повному розриві матки) за наявності таких умов:
  – інтактні судинні пучки;
  – лінійний розрив з чіткими краями;
  – відсутність ознак маткової інфекції;
  – збережена скоротлива здатність матки.
- За наявності досвідченого персоналу та необхідного обладнання доцільним є використання додаткових методів хірургічного гемостазу:
  – перев'язування маткових та яєчникових артерій;
  – перев'язування внутрішніх клубових артерій;
  – емболізація маткових судин.

А.3.4. Алгоритм виписки зі стаціонару

За відсутності ускладнень виписка зі стаціонару після ВПКР та після проведення КР проводиться згідно з клінічними протоколами: «Нормальні пологи», «Кесарів розтин».

А.3.5. Алгоритм реабілітації

Планування сім'ї у жінок після ВПКР

- Після успішних ВПКР жінці слід рекомендувати загальноприйняті підходи до планування наступної вагітності.
- Наукових доказів, якими б обгрунтовувалась необхідність спеціальних підходів до планування сім`ї після успішних ВПКР, поки що не існує.

А.4. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

А.4.1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу

А.4.1.1. Кадрові ресурси (перелік персоналу та вимоги до них)

Забезпечення медичним персоналом (лікар акушер-гінеколог, сімейний лікар, акушерка), який пройшов навчання і володіє медико-організаційними технологіями антенатального догляду за вагітними з рубцем на матці після КР.

А.4.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

- Наявність локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД) з ВПКР на електронних та паперових носіях.
- Наявність достатньої кількості пам'яток для вагітних з КР в анамнезі.
- Наявність бланків поінформованої згоди на ВПКР.
- Наявність обладнання, передбаченого табелем оснащення для даного закладу.

А.4.2. Вимоги для установ, які надають вторинну допомогу

А.4.2.1. Кадрові ресурси (кваліфікаційні вимоги)

Цілодобова наявність персоналу (акушери-гінекологи, анестезіологи, неонатологи, акушерки, медичні сестри), який пройшов навчання і володіє технологіями ведення ВПКР, проведення ППКР і екстреної акушерської та неонатальної допомоги.

А.4.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

- Наявність ЛПМД з ВПКР на електронних та паперових носіях, наявність бланків партограм.
- Наявність бланків поінформованої згоди на ВПКР.
- Наявність лікувально-діагностичного обладнання для обстеження, проведення в пологах постійного моніторингу стану плода (фетальний монітор), стану матері, цілодобова можливість проведення ургентного КР, розширеного оперативного втручання, а також реанімації та інтенсивної терапії матері та новонародженого.
- Цілодобова доступність кровозамінників та препаратів крові у достатній кількості.

Додаток 1

Пам'ятка для пацієнтки. Вагінальні пологи після кесарева розтину

Переваги пологів природними пологовими шляхами порівняно з повторним КР:

- Зменшується крововтрата.
- Відсутня післяопераційна рана та знижується ризик виникнення інфекції.
- Відсутні ризики, пов'язані з хірургічним втручанням та анестезіологічним забезпеченням.
- Більш коротка тривалість госпіталізації.
- Менш болісні відчуття.
- У наступних вагітностях знижується ризик таких ускладнень, як передлежання плаценти та її прирощення до стінки матки.

Ризики пологів природними пологовими шляхами

- Спроба ВПКР завершується вдало приблизно в 75% випадків.
- Завершення спроби ВПКР проведенням КР при виникненні певних акушерських ситуацій.
- Розрив матки відбувається приблизно у 0,2-0,7% випадків спроб ВПКР.

Що необхідно знати вагітній жінці?

- Можливість здійснення спроби ВПКР в кожному конкретному випадку визначає лікар.
- Медична документація (виписка), яку жінка отримала після попереднього КР, може допомогти лікареві у визначенні можливості спроби ВПКР у даному випадку.
- Спонтанний початок пологів підвищує шанс вдалих ВПКР.
- Використання окситоцину з метою індукції переймів та підсилення слабких переймів не протипоказано, але супроводжується підвищенням ризику невдачі при спробі ВПКР та розриву матки.

Додаток 2

Додаток до медичної карти амбулаторного хворого

При взятті на облік вагітної, яка має в анамнезі КР, необхідно мати певні анамнестичні дані. Вони дозволять визначити групи жінок із низьким ризиком розриву матки та які можуть потенційно спробувати ВПКР, а також пацієнток, яким ВПКР протипоказані або супроводжуватимуться високим ризиком розриву матки.

Таблиця 1. Анамнестичні та клінічні дані

Протипоказання для спроби ВПКР	• Наявність будь-яких протипоказань до ВП (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.) • Попередній корпоральний КР • Попередній Т- та J-подібний розрізи на матці • Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або (що більш імовірно) Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР. • Розрив матки в анамнезі • Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія або міомектомія, із проникненням у порожнину матки в анамнезі • Тазове передлежання плода (наприкінці III триместру вагітності) • Розташування плаценти у ділянці рубця на матці • Більше одного КР в анамнезі • Відмова жінки від спроби ВПКР
Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР	• Показання до попереднього КР, що не повторюються: – неправильне положення плода – тазове передлежання плода – передлежання плаценти – прееклампсія – дистрес плода – відшарування нормально розташованої плаценти – випадіння петель пуповини тощо • Вік матері до 40 років • Бажання жінки/родини народити природними пологовими шляхами • ВПКР в анамнезі • ВП в анамнезі • Зріла ШМ на момент початку пологів • Спонтанний початок пологів
Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР	• Ожиріння у матері • Вік матері старше 40 років • Великий плід • Показання до попереднього КР, що повторюються: – клінічно вузький таз, особливо за наявності великого плода – слабкість пологової діяльності – дистоція ШМ • Цукровий діабет • Потреба в індукції пологів • Потреба в стимуляції пологів • Багатоводдя
Фактори, асоційовані з підвищенням ризику розриву матки при спробі ВПКР	• Проміжок між пологами < 24 міс • Попередній КР на строках вагітності < 37 тиж • Великий плід (макросомія) • Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР • Багатоплідна вагітність • Однорядний (проти дворядного) шов на матці

Додаток 3

Форма поінформованої згоди пацієнтки на медичну допомогу

Після попереднього обговорення з лікарем акушером-гінекологом можливих методів розродження у жінок, що вже мали КР (спроба ВП або повторний КР), ви можете обрати один із них. Просимо вас уважно прочитати цю інформацію та у разі виникнення питань, обговорити їх із лікарем і вибрати метод розродження.

Я була поінформована щодо можливих методів розродження жінок, які вже мали КР, і не маю медичних протипоказань до спроби ВП.

Я розумію, що ВП мають переваги над повторним КР.

- Зменшується крововтрата.
- Відсутня післяопераційна рана та знижується ризик виникнення інфекції.
- Відсутні ризики, пов'язані з хірургічним втручанням (травма сечового міхура, кишечника) та з анестезіологічним забезпеченням.
- Менша тривалість перебування в лікувальному закладі.
- Більш швидке одужання.

Однак існують і певні ризики.

- Розрив матки (до 0,7%).
- Спроба ВП може вдало завершитися приблизно в 75% випадків.
- При виникненні певних акушерських ситуацій спроба ВП може завершитися КР.

Я підтверджую, що для прийняття рішення я достатньо поінформована в доступній для мене формі.

Я_____,
(Прізвище, ім'я, по батькові)

добровільно і свідомо хочу здійснити спробу вагінальних пологів.

Я_____,
(Прізвище, ім'я, по батькові)

добровільно і свідомо вибираю кесарів розтин.

Дата _____Підпис пацієнтки_____

Додаток 4

Карта нагляду за перебігом третього та післяпологового періодів

Породілля_____
(Прізвище, ім'я, по батькові)

№ історії пологів_____

Час народження дитини ____година____хвилина

Інформована згода породіллі на активне ведення третього періоду пологів отримана:ТАК ( ) НІ ( )

Активне ведення третього періоду пологів:
ТАК ( ) НІ ( )

Очікувальне ведення: ТАК ( ) НІ ( )

Ручне відділення плаценти та виділення посліду: ТАК ( ) НІ ( )

Об'єм крововтрати _____

Тривалість третього періоду пологів ____хвилин

Таблиця 2. Ранній післяпологовий період (2 год)

Година		Перша година				Друга година			
Хвилини після народження плаценти		15	30	45	60	15	30	45	60
Пульс (•) АТ (_I_)	180								
	170								
	160								
	150								
	140								
	130								
	120								
	110								
	100								
	90								
	80								
	70								
	60								
	50								
	40								
	30								

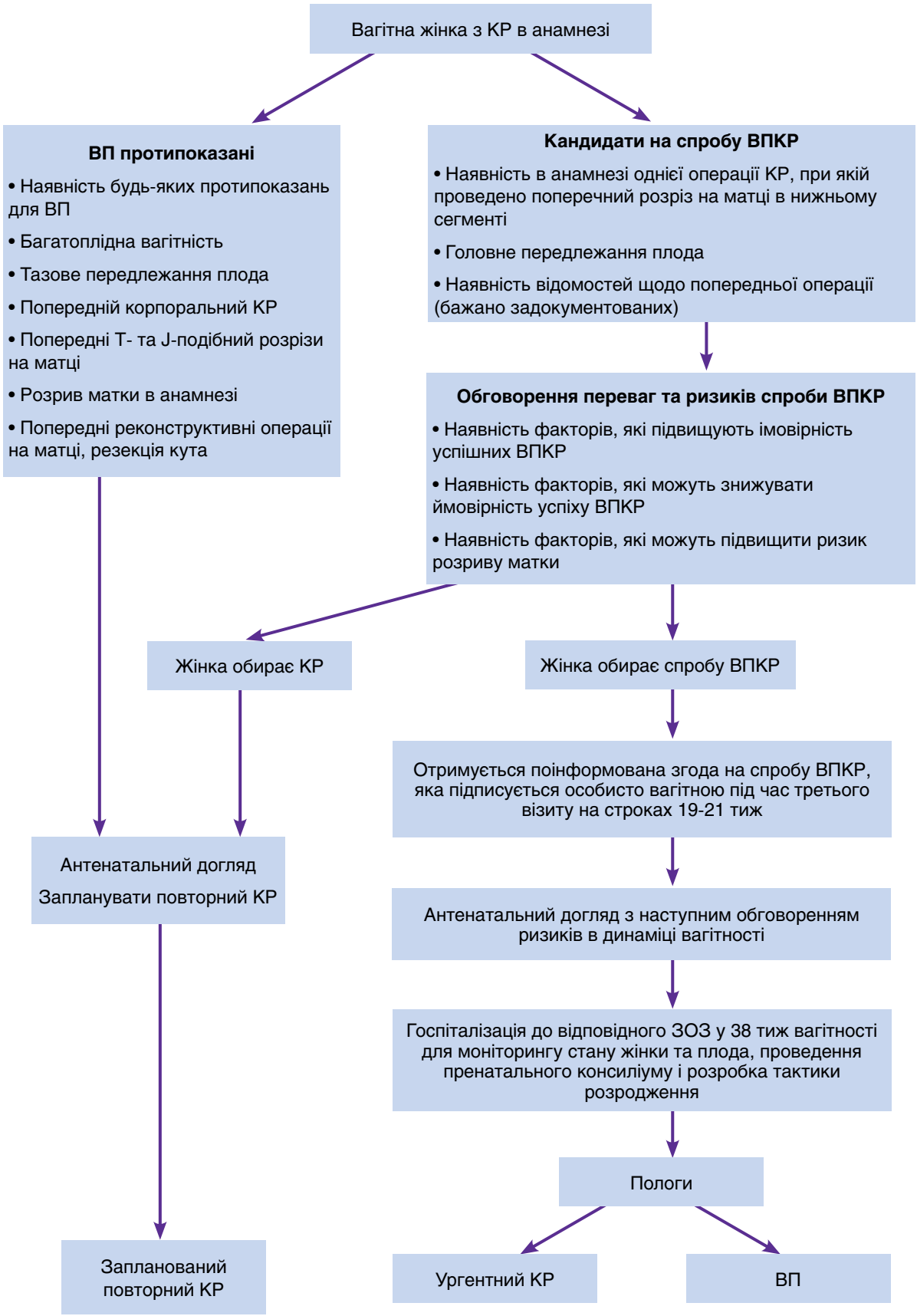
Продовження таблиці 2

Година	Перша година				Друга година			
Хвилини після народження плаценти	15	30	45	60	15	30	45	60
Стан матки під час масажу (щільна, м'яка, округла, асиметрична)								
Загальний об'єм крововтрати, мл								
Підпис акушерки								
Лікарські призначення								
Підпис лікаря								

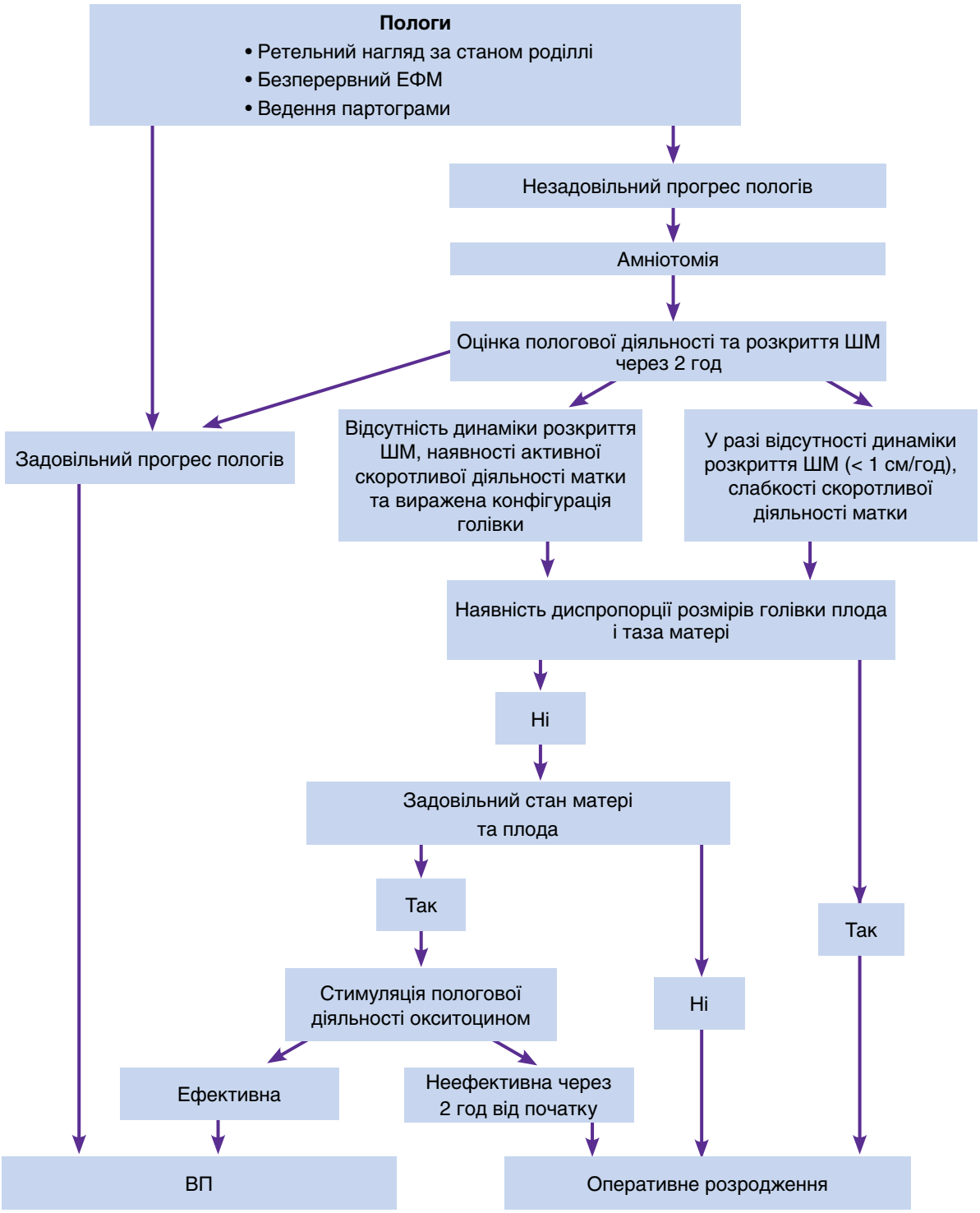
Таблиця 3. Післяпологовий період

Година		Третя година		Четверта година	П'ята година	Шоста година
Хвилини		30	30	1 раз	1 раз	1 раз
Пульс (•) АТ (_I _)	180					
	170					
	160					
	150					
	140					
	130					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
	60					
	50					
Стан матки під час масажу (щільна, м'яка, округла, асиметрична)						
Об'єм крововтрати на момент огляду, мл						
Підпис акушерки						
Лікарські призначення						
Підпис лікаря						

Алгоритм відбору кандидатів для спроби ВПКР



Алгоритм ведення пологів у жінок з КР в анамнезі



Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

АТ – артеріальний тиск
БДВ – без додаткових вказівок
ВД – вагінальне дослідження
ВП – вагінальні пологи
ВПКР – вагінальні пологи після кесарева розтину
ЕФМ – електронний фетальний моніторинг
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
КР – кесарів розтин
КТГ – кардіотокографія
ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
ППКР – планований повторний кесарів розтин
ПРПО – передчасний розрив плідних оболонок
ПС – перинатальна смертність
РДС – респіраторний дистрес-синдром
РКД – рандомізоване контрольоване дослідження
ЧСС – частота серцевих скорочень
УЗД – ультразвукове дослідження
ШМ – шийка матки

Оценка эффективности препарата Тотема в лечении анемии различной степени тяжести в акушерской и гинекологической практике

N. Milchev, J. Apiosyan, I. Batashki
Клиника акушерства и гинекологии при университетской больнице Святого Георгия, Пловдив, Болгария

Железодефицитная анемия (ЖДА) отмечается у каждого пятого жителя нашей планеты. Развитые страны не являются исключением – согласно последним данным, здесь от ЖДА страдает около 700 млн человек (Male et al., 2001).

Причины железодефицита в акушерско-гинекологической практике таковы:

- несоответствие между количеством потребляемого железа и потребностями организма в этом микроэлементе в подростковом возрасте, во время беременности и в период менопаузы;
- хроническая кровопотеря (гиперменорея, маточные кровотечения, дисфункциональные маточные кровотечения, миома матки, новообразования матки);
- острая послеоперационная или послеродовая ЖДА.

Анемия является поздним симптомом железодефицита и проявляется лишь тогда, когда запасы железа в организме полностью исчерпаны. В то же время даже самые ранние стадии дефицита этого микроэлемента могут иметь выраженные негативные последствия для развития плода. Так, например, у беременных с ЖДА отмечается повышенный риск преждевременных родов и гипотрофии плода. Кроме того, такое патологическое состояние матери во время беременности непосредственно влияет на запасы железа в организме ребенка в течение первого года жизни (Scholl et al., 1992).

Поэтому подбор быстродействующего и обладающего хорошей переносимостью препарата, восстановление клинических показателей в краткие сроки и полная ликвидация ЖДА являются одной из приоритетных задач практикующего врача. В этой связи особое место среди препаратов железа занимает Тотема.

В состав препарата Тотема входят следующие компоненты:

- ионы железа – двухвалентное железо в виде железа глюконата 50 мг;
- ионы меди в виде глюконата меди в количестве, соответствующем 50 мг элементарной меди. Медь необходима для обеспечения мембранного транспорта ионов железа, а также для его хранения и накопления во внутренних депо организма;
- ионы марганца в виде марганца глюконата в количестве, соответствующем 1,33 мг элементарного марганца. Марганец обеспечивает присоединение ионов железа к молекуле гемоглобина, участвует в процессах восстановления ДНК и уменьшения деформации эритроцитов, обладает антиоксидантными свойствами.

Преимущества препарата Тотема

- Благодаря жидкой форме препарат не раздражает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Железо в ионном состоянии сразу же всасывается слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки.
- Препарат Тотема содержит двухвалентное *железо*, за счет чего достигается быстрое и полное его усвоение, обеспечивается высокая эффективность препарата.
- Наличие *меди* в составе препарата. Почти вся медь в организме находится в составе церулоплазмина – медьсодержащего белка (α_2-глобулина). Церулоплазмин синтезируется гепатоцитами. Он принимает участие в окислении двухвалентного железа и преобразовании его в трехвалентное. Кроме того, церулоплазмин является важным звеном в связывании железа с трансферрином. Использование ионов меди – это принципиально новый подход, основанный на последних литературных данных о медьзависимых транспортной и катализирующей системах, а также о роли меди в синтезе гемоглобина. Ионы меди входят в состав фермента супероксиддисмутазы, который снижает интенсивность процессов окисления на уровне эритроцитарной мембраны.
- *Марганец* является одним из ко-факторов для многих ферментных систем, ответственных

за синтез белка (в частности антител), стероидов и метаболизм глюкозы. Рекомендуемая суточная доза марганца составляет 4 мг для взрослых, 1-2 мг для детей от 3 до 12 лет и 0,5-1 мг – до 3 лет. Недостаток марганца ассоциируется с возникновением костных деформаций, неврологических симптомов и с нарушениями метаболизма глюкозы.

Спектр действия компонентов препарата Тотема затрагивает все уровни метаболизма железа. Таким образом, нет необходимости в каких-либо вспомогательных средствах (веществах или лекарственных препаратах) для резорбции, преобразования или фиксации железа (схема).

Описанные преимущества препарата Тотема были доказаны клиническим исследованием, проведенным в Клинике акушерства и гинекологии при университетской больнице Святого Георгия (Болгария) с июня 2009 по февраль 2010 г. Целью исследования являлась оценка эффективности препарата Тотема в лечении ЖДА различной степени тяжести и разной этиологии.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняла участие 121 пациентка. Все они были рандомизированы на группы в зависимости от диагностированной патологии, которая явилась причиной ЖДА (табл. 1).

Всем пациенткам, независимо от причин госпитализации, при диагностировании ЖДА была назначена терапия с применением препарата Тотема. Суточная доза препарата определялась в соответствии со степенью тяжести ЖДА таким образом:

- уровень гемоглобина > 100 г/л, плазменное железо > 7 мкмоль/л – по 1 ампуле в сутки;
- уровень гемоглобина 80-100 г/л, плазменное железо 4-7 мкмоль/л – по 2 ампулы в сутки;
- уровень гемоглобина < 80 г/л, плазменное железо < 4 мкмоль/л – по 3 ампулы в сутки.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели периферической крови у пациенток всех групп (на момент госпитализации и в процессе лечения препаратом Тотема) представлены в таблицах 2-5.

Схема. Спектр действия компонентов препарата Тотема

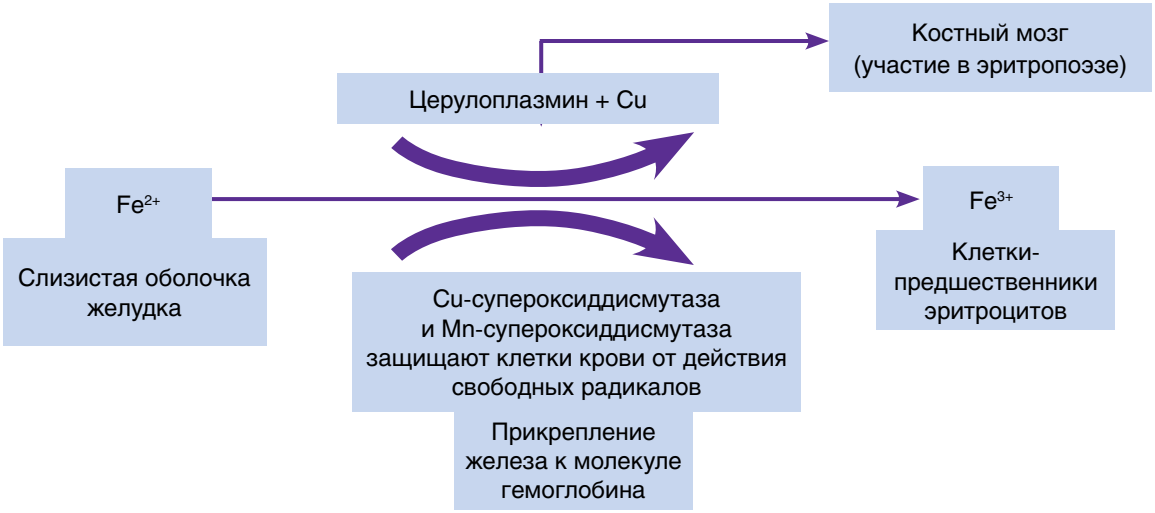


Таблица 1. Рандомизация пациенток (n = 121*) в зависимости от основной патологии

Группа	Диагноз	К-во пациенток
Группа 1	Гинекологическая патология, в т.ч. миома матки, полипы слизистой, аденомиоз матки, миоматозные узлы, рак тела матки, обострение хронического аднексита, разрыв желтого тела яичника, трубная беременность, тубоовариальный абсцесс, разрыв кисты яичника, опухоли яичника	37
Группа 2	Роды естественным путем	33
Группа 3	Кесарево сечение по медицинским или другим показаниям	10
Группа 4	Патологическое течение беременности, в т.ч. угрожающий аборт, неполный аборт, аборт в ходу, преждевременные роды, преэклампсия	24

* В процессе лечения 17 пациенток выбыли из исследования, поскольку вследствие массивной кровопотери им была проведена гемотрансфузия.

Таблица 2. Показатели периферической крови и плазменного железа у пациенток с гинекологической патологией (группа 1, n = 37)

Показатели	На момент госпитализации	Через 24 ч после операции	На 5-е сутки после операции
Лейкоциты, 10^9/л	8,52	15,6	10,33
Эритроциты, 10^{12}/л	3,94	3,66	4,03
Гемоглобин, г/л	99,77	91,06	102,43
Гематокрит, л/л	0,31	0,29	0,31
Средний корпускулярный объем эритроцита (MCV), фл	76,97	78,25	78,91
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), пг	25,28	25,15	26,74
Отношение уровня гемоглобина в эритроците к объему эритроцита (MCHC), г/л	310,17	320,68	323,97
Тромбоциты, 10^9/л	297,35	300,81	279,5
Плазменное железо, мкмоль/л	8,83	8,13	12,24

Таблица 3. Показатели периферической крови и плазменного железа у пациенток после естественных родов (группа 2, n = 33)

Показатели	На момент госпитализации	Через 24 ч после родов	На 3-тьи сутки после родов
Лейкоциты, 10^9/л	10,99	12,93	11,39
Эритроциты, 10^{12}/л	3,78	3,47	3,71
Гемоглобин, г/л	107,27	98,57	106,51
Гематокрит, л/л	0,32	0,28	0,31
MCV, фл	83,34	82,95	84,24
MCH, пг	28,98	28,12	29,02
MCHC, г/л	338,45	337,61	342,21
Тромбоциты, 10^9/л	257,39	239,8	254,36
Плазменное железо, мкмоль/л	9,83	8,45	12,03

Таблица 4. Показатели периферической крови и плазменного железа у пациенток, которым проведено кесарево сечение (группа 3, n = 10)

Показатели	На момент госпитализации	Через 24 ч после операции	На 5-е сутки после операции
Лейкоциты, 10^9/л	9,37	11,38	11,58
Эритроциты, 10^{12}/л	5,89	3,38	3,59
Гемоглобин, г/л	114,00	100	108
Гематокрит, л/л	0,32	0,31	0,31
MCV, фл	87,13	85,29	86,89
MCH, пг	31,03	29,33	30,5
MCHC, г/л	355,70	345	350
Тромбоциты, 10^9/л	212,20	202,4	216,4
Плазменное железо, мкмоль/л	12,70	9,01	12

Таблица 5. Показатели периферической крови и плазменного железа у пациенток с патологией беременности (группа 4, n = 24)

Показатели	На момент госпитализации	На 3-тьи сутки после госпитализации	На 5-е сутки после госпитализации
Лейкоциты, 10^9/л	9,21	9,76	8,61
Эритроциты, 10^{12}/л	3,51	3,68	3,68
Гемоглобин, г/л	98,91	101,35	105,7
Гематокрит, л/л	0,29	0,3	0,31
MCV, фл	83,40	83,57	84,71
MCH, пг	28,78	26,68	29,44
MCHC, г/л	336,26	339,41	343,5
Тромбоциты, 10^9/л	235,29	248,94	213,66
Плазменное железо, мкмоль/л	9,16	11,1	11,4

Лечение с применением препарата Тотема до и главным образом после операции у пациенток с ЖДА в группе 1 в течение 5 дней обеспечило повышение уровня гемоглобина в среднем на 10 г/л и плазменного железа на 3 мкмоль/л. Необходимо помнить о том, что исследование было проведено во время приема пациентками препарата железа. Показатели MCV и MCH повысились на 2 единицы в течение того же периода, за счет чего было достигнуто стабильное состояние женщин по окончании лечения.

Применение препарата Тотема у пациенток в группе 2 обеспечило восстановление лабораторных показателей за более короткий период – повышение уровня гемоглобина в среднем на 10 г/л и плазменного железа на 3 мкмоль/л было отмечено после 3 дней приема препарата. Таким образом, женщины были выписаны из клиники с показателями, идентичными или даже лучшими, чем до госпитализации.

Прием препарата Тотема в течение 5 дней у пациенток в группе 3 способствовал улучшению лабораторных показателей: повышению уровня плазменного железа на 3 мкмоль/л и гемоглобина в среднем на 8 г/л. Таким образом, женщины были выписаны из клиники со стабильными параклиническими показателями.

При применении препарата Тотема в лечении пациенток в группе 4 в течение 5 дней отмечено улучшение показателей периферической крови: уровень гемоглобина повысился в среднем на 7 г/л, плазменного железа – на 2 мкмоль/л, показатели MCV и MCH – примерно на 2 единицы. Это не только свидетельствует об улучшении состояния беременной, но и благотворно отражается на развитии плода.

Выводы

Для каждой из описанных групп пациенток суточную дозу препарата Тотема подбирали в зависимости от степени тяжести ЖДА. В процессе лечения не наблюдалось побочных эффектов либо случаев непереносимости препарата, при которых следовало бы прекратить его применение. Несмотря на явное улучшение клинических показателей уже после 3-5 дней использования препарата, для полной ликвидации ЖДА необходима более длительная терапия. Поэтому пациенткам следует настоятельно рекомендовать продолжить прием препарата Тотема в течение 1 мес после выписки из стационара.

Тотема зарекомендовал себя в качестве эффективного быстродействующего препарата для лечения ЖДА. Побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта при его использовании сведены к минимуму. Таким образом, достигается оптимизация соотношения польза/риск. Кроме того, пациенткам легче соблюдать назначения лечащего врача, а это позитивно влияет на комплаентность лечения.

Тотема представляет собой уникальный комплексный антианемический препарат, содержащий три незаменимых микроэлемента – железо, медь и марганец, обеспечивающих максимальный терапевтический эффект. Уникальная формула, быстрая абсорбция, хорошая переносимость, легкость дозировки, соответствие требованиям ВОЗ, быстрое улучшение клинических показателей позволяют рекомендовать его в качестве препарата выбора для лечения анемий различной степени тяжести в акушерской и гинекологической практике.

Литература

1. Pavlova T.V., Petrukhin V.A., Zhiliaeva O.D., Nadezhdin S.V. Placental morphology in pregnancy complicated with iron-deficiency anemia. – Arkh Patol. – 2007, 69(2): 31-2.

2. Bushra M., Elhassan E.M., Ali N.I., Osman E., Bakheit K.H., Adam I.I. Anaemia, Zinc and Copper Deficiencies Among Pregnant Women in Central Sudan. – Biol Trace Bern Res. – 2009, 29.

3. Habib F.R. Alabdin E.H., Alenazy M., Nooh R. Compliance to iron supplementation during pregnancy. – J Obstet Gynecol. – 2009 Aug, 29(6): 487-92.

4. Bencaiova G., von Mandach U., Zimmermann R. Iron prophylaxis in pregnancy: intravenous route versus oral route. – Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2009, 144(2): 135-9.

Статья впервые опубликована в журнале «Акушерство и гинекология» (Българско дружество по акушерство и гинекология), 2010, № 3, С. 11-15.

Метромикон-Нео: дискомфорту – «нет», жизни в красках – «да»!

Вагинальные инфекции занимают одно из ведущих мест среди гинекологических заболеваний. Причинами их развития являются как уменьшение нормальной и активация условно-патогенной микрофлоры влагалища, так и проникновение в него возбудителей инфекций, передающихся половым путем. Фактором риска при этом может быть прием антибиотиков, цитостатиков, гормональных препаратов. Кроме того, данная патология может развиваться при несоблюдении правил личной гигиены, раннем начале половой жизни, частой смене половых партнеров, на фоне иммунодефицитных состояний и др.

Вагинальные инфекции включают вагинит и бактериальный вагиноз, имеющие схожие проявления – ощущение зуда и жжения в области наружных половых органов вследствие воспаления слизистой оболочки влагалища, патологические влагалищные выделения с неприятным запахом.

Вагинальный кандидоз возникает на фоне дисбиоза влагалища и сопровождается появлением описанных выше симптомов. В норме дрожжевые грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища, не причиняя вреда женщине. Однако в определенных условиях, когда снижается сопротивляемость организма, грибы начинают активно размножаться, провоцируя развитие молочницы.

Трихомонадный вагинит занимает одно из первых мест по распространенности среди болезней мочеполового тракта и инфекций, передающихся половым путем. К основным жалобам, которые предъявляют пациентки, относят зуд и покраснение вульвы, боль при мочеиспускании, обильные серовато-желтые пенистые выделения. Наличие подобной симптоматики существенно снижает качество жизни женщины, заставляет обращаться за помощью к врачам, а их в свою очередь – заниматься подбором эффективных препаратов, способных вернуть здоровье представительницам прекрасного пола.

При выборе метода лечения пациенток с вагинальными инфекциями большое значение имеют не только свойства лекарственного средства, но и путь его введения. В этом случае местное применение имеет ряд преимуществ. Так, препараты, применяемые местно и вводимые вагинально, действуют непосредственно в очаге инфекции, не оказывая при этом системного действия, а следовательно, имеют более низкий риск развития побочных реакций. При этом их можно назначать в случаях, когда системные препараты для терапии влагалищных инфекций противопоказаны.

Всем этим требованиям отвечает препарат Метромикон-Нео производства компании Farmaprim SRL (Молдова), представленный в виде вагинальных свечей. Он успешно применяется в гинекологической практике для лечения таких влагалищных инфекций, как трихомонадный вагинит, вагинальный и вульвовагинальный кандидозы, анаэробные инфекции, смешанные вагинальные инфекции. Метромикон-Нео – комбинированный препарат с противопротозойным, противогрибковым и антибактериальным действием. Основными его активными веществами являются метронидазол и миконазол.

Метронидазол активен в отношении широкого спектра бактерий, таких как *Gardnerella vaginalis*, простейших (*Trichomonas vaginalis, Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica*), анаэробных грамотрицательных бактерий (*Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp., Prevotella spp.)*, анаэробных грамположительных бактерий (*Clostridium spp., Eubacterium spp.*), анаэробных грамположительных кокков (*Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp.*).

Наиболее чувствительны к миконазолу дерматомицеты и дрожжи: *Candida albicans, Trichophyton, Epidermophyton floccosum, Microsporum* и др. Он также проявляет активность в отношении некоторых грамположительных микроорганизмов, включая стафило- и стрептококки. Миконазол способствует остановке роста грибов, оказывая действие на все стадии развития грибковых инфекций. Благодаря такой удачно подобранной комбинации компонентов специалистами компании Farmaprim SRL был получен эффективный, удобный в применении и доступный по цене большинству пациенток препарат, обеспечивающий комплексное воздействие на различные возбудители вагинальных инфекций.

Метромикон-Нео можно применять при ряде распространенных гинекологических заболеваний: бактериальном вагинозе и вагините, кандидозном вульвовагините, а также вагините, вызванном смешанной инфекцией (трихомонадами, анаэробными возбудителями, гарднереллами, дрожжеподобными грибами).

Современные принципы организации производственных процессов, использование качественного сырья и упаковочного материала, отвечающих всем требованиям фармакопей Европы и США, позволяют компании Farmaprim SRL гарантировать стабильно высокое качество препаратов.

Материалы предоставлены фармкомпанией Farmaprim SRL

Р

Особливості терапії запальних захворювань у гінекології дитячого та підліткового віку

Т.В. Герасимова, к.мед.н., заслужений лікар України, доцент кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Серед запальних захворювань статевих органів у дівчаток переважають запальні процеси вульви та стінок вагіни – вульвовагініти. У структурі гінекологічної захворюваності дівчаток вульвовагініти становлять 60-70%, а сальпінгіти та сальпінгоофорити – 15-18% (Богданова Е.А., 2003). Це спричинено анатомо-гістологічними особливостями дитячої піхви та вульви – плоский епітелій складається з невеликої кількості (5-8) шарів, не містить глікогену; не відбувається ороговіння його клітин. Усе це зумовлює відсутність умов для існування палички молочнокислого бродіння, що створює кисле середовище у дорослої жінки. Вагіна заселена умовно-патогенними мікроорганізмами, зазвичай епідермальним стафілококом, і має лужну реакцію. Тому виявлення умовно-патогенної флори в піхві дівчинки не є ознакою запального процесу вульви та вагіни за відсутності запальної реакції цих органів.

Основні фізіологічні захисні механізми слизової оболонки піхви в дитячому віці наступні:

- десквамація та цитоліз поверхневих клітин епітелію вагіни незначно виражені через його тонкий шар;
- фагоцитоз у вагіні здійснюється в основному макрофагами та поліморфно-ядерними лейкоцитами за участю:
  - лізоциму – пептиду, якому властива антимікробна активність;
  - трансферину – білка плазми крові;
- імунні механізми захисту (Т-лімфоцити та імуноглобуліни, система комплементу) значно знижені, оскільки для цього віку характерним є утворення імуноглобулінів у невеликій кількості.

Мікрофлора вагіни має певні особливості:

- фізіологічний процес колонізації піхви полягає у прикріпленні та розмноженні мікроорганізмів на слизових оболонках урогеніталій;
- нормальна флора піхви містить 10^8-10^{10} бактеріальних тіл на 1 г рідини, включає аеробні та анаеробні види бактерій;
- під час менструального циклу відбувається флуктуація мікрофлори вагіни: у першій фазі домінує лактобацилярна флора, а в другій – *Bacteroides spp.* і *Gardnerella vaginalis.*

У таблиці наведена видова та кількісна характеристика вагінального біоптату у дівчаток у препубертатному та підлітковому віці.

Будь-яке зниження реактивності дитячого організму, що виникає після перенесеного захворювання або при хронічному запальному процесі, призводить до зміни біоценозу піхви: умовно-патогенна флора набуває властивостей патогенної; полегшується розповсюдження патогенних мікроорганізмів (частіше з ротоносоглотки, кишечника та шкіри).

Класифікація запальних захворювань статевих органів у дівчаток і підлітків:

- запальні захворювання вульви і піхви;
- ендометрит;
- сальпінгоофорит;
- тубооваріальний абсцес;
- пельвіоперитоніт;
- апендикулярно-генітальний синдром.

Запальні захворювання вульви і вагіни:

- бактеріальний вульвовагініт;
- вульвовагініт на фоні ентеробіозу;
- вульвовагініт на фоні чужорідного тіла піхви;
- мікотичний та кандидозний вульвовагініт;
- хламідійний, мікоплазмовий та уреаплазмовий вульвовагініт;
- бактеріальний вагіноз;
- вірусний вульвовагініт (генітальний герпес, герпес зостер).

Запальні захворювання вульви і піхви характеризуються такими клінічними проявами:

- гіперемією вульви;
- висипаннями не лише на шкірі, але і на слизовій оболонці вульви та піхви;

Таблиця. Вагінальна мікрофлора в пре- та пубертатному віці

Види мікроорганізмів	К-сть осіб (%) з виявленими вказаними видами мікроорганізмів і їх середня концентрація (КУО/мл)
Факультативні лактобацили	11/-
G. vaginalis	0
Corynebacterium spp.	$42/10^5$ -10^2
Дріжджеподібні гриби	0
Коліформні	$32/10^5$-10^3
Анаеробні грампозитивні палички	$89/10^6$-10^9
Prevotella bivia	11/-
Fusobacterium spp.	$26/10^5$-10^7
Peptostreptococcus spp.	$89/10^6$-10^9
Staphylococcus spp.	$68/10^5$-10^8
Viridians streptococci	$42/10^6$-10^1
Стрептокок групи В (GBS)	0
Enterococcus spp.	32/-
Mycoplasma hominis	0
Ureaplasma urealyticum	30/-
Actinomyces spp.	$89/10^6$-10^9

- потовщенням анальних складок;
- печінням і свербежем у ділянці промежини;
- піодермією;
- виділеннями сіруватого або жовтуватого кольору, сироподібними, кров'янисто-гнійними або гнійними.

При цьому можлива наявність як цілого комплексу симптомів, так і одного з них.

Ендометрит

Ендометрит у дитячій гінекології зустрічається в основному в підлітковій групі при появі менструальної функції. У більш ранньому віці випадки розвитку ендометриту є рідкісними і можуть бути зумовлені несвоєчасним, неадекватним лікуванням вульвовагінітів різного походження.

Поняття ендометриту в дитячій гінекології багатьма дослідниками трактується як запальне захворювання матки без розмежування запального процесу в ендометрію та міометрію (Боданова О.О.). Це пояснюється тим, що запальний процес матки у цій віковій групі найчастіше розвивається внаслідок гематогенного або лімфогенного поширення екстрагенітальної інфекції (тонзиліту, пієлонефриту).

Клінічно ендометрит проявляється порушеннями менструального циклу у вигляді дисфункціональних маткових кровотеч, гіпоменструального синдрому. При хронічному ендометриті найчастіше має місце аменорея.

Можливий ще інший варіант розвитку ендометриту, а саме при ювенільних кровотечах, що виникли внаслідок нестійкої системи нейрогуморальної регуляції менструальної функції.

Сальпінгіти і сальпінгоофорити

Запальний процес придатків матки у дівчаток найчастіше є вторинним. Більшою мірою уражаються маткові труби, рідше – яєчники. Сальпінгіт може бути наслідком переходу запального процесу з органів черевної порожнини на маткову трубу. Можливий розвиток сальпінгітів після гострого гнійного апендициту, дизентерії або інших запальних захворювань органів черевної порожнини. Крім того, за наявності гострих і хронічних вогнищ інфекції (паротиту, тонзиліту та ін.) також імовірний розвиток сальпінгітів і сальпінгоофоритів. Сальпінгіт може бути наслідком порушення кровообігу в трубі, викликаного перекрутом гідатиди труби, самої труби або кісти яєчника. Клінічні прояви сальпінгіту: біль внизу живота, порушення менструального циклу, характеру виділень.

Усі запальні захворювання репродуктивних органів за клінічним перебігом поділяються на гострі та хронічні. Причиною розвитку хронічних запальних процесів є наявність бактеріальної інвазії на фоні порушень тканинного імунітету. Внаслідок цього розвивається імунне запалення з характерним нерівномірним перебігом та чергуванням періодів ремісії та загострення. Імунна недостатність в пубертатному періоді зумовлена певною мірою нестабільністю рівнів гонадотропних і статевих гормонів. Хронізація запальних процесів супроводжується утворенням спайок в результаті зниження функції фібринолітичної системи, аутосенсибілізації. Підвищена активність фібробластів сприяє надмірному утворенню колагену і сполучнотканинних спайок, що призводить до морфологічних змін структури яєчника, шарів і відділів маткової труби.

Існує ряд факторів, що зумовлюють розвиток запальних захворювань статевих органів у дитячому та юнацькому віці:

- підвищення патогенності мікрофлори;
- зниження колонізаційної резистентності;
- розвиток імунодепресії;
- часті респіраторні захворювання;
- порушення гормонального балансу (зниження рівня естрогенів → зниження глікогену → зменшення кількості лактобацил → зміна pH → розвиток патогенної флори).

Діагностика гострих і хронічних запальних процесів грунтується на наступних даних:

- погіршання загального стану;
- скарги на біль внизу живота (інтенсивність та час появи);
- наявність або відсутність виділень із піхви;
- наявність або відсутність симптомів подразнення очеревини;
- порушення менструальної функції;
- болючість у ділянці придатків матки при бімануальному дослідженні.

Для уточнення етіології запального захворювання необхідно провести клінічне обстеження, що включає:

- розгорнутий аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- термометрію в динаміці;
- імунограму;
- гормонограму (гонадотропіни, тиреотропний гормон, естрогени);
- мікроскопічне дослідження урогенітальних виділень;
- бактеріальний посів;
- полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР);
- зішкреб із перианальних складок на яйця гостриків;
- вагіноскопію за необхідності та за підозри на стороннє тіло у піхві;
- УЗД органів малого таза;
- гістероскопію;
- лапароскопію.

Обсяг клінічного обстеження визначається станом хворої, характером перебігу запального процесу та порушень, що виникли в результаті захворювання.

Лікування

Сьогодні в терапії запальних захворювань органів малого таза існують два ключові напрямки – консервативний та оперативний.

Консервативне лікування включає:

- раціональну антибактеріальну терапію;
- протизапальну терапію;
- інфузійно-трансфузійну терапію;
- терапію, спрямовану на усунення порушень мікроциркуляції та на профілактику синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- екстракорпоральні методи лікування;
- гормональну терапію;
- системну ензимотерапію;
- імунокорегуючу терапію;
- вакцинопрофілактику;
- преформовані методи лікування;
- санаторно-курортне лікування.

Оперативне лікування застосовується з метою:

- усунення джерела інфекції;
- елімінації з організму хворої інфекційного субстрату (ексудату та ін.).

Лікувальні заходи слід узгоджувати з основною загальноприйнятою спрямованістю протизапальної терапії, яка включає:

- дезінтоксикацію (інфузійно-трансфузійну терапію);
- десенсибілізацію;
- антибактеріальну терапію;
- дегідратацію;
- симптоматичне лікування;
- місцеву терапію.

Для проведення протизапальної терапії можуть бути використані наступні групи лікарських засобів:

- антигістамінні та інші десенсибілізуючі засоби;
- антибактеріальні препарати;
- засоби, що сприяють поліпшенню метаболічних процесів;
- системна ензимотерапія;
- протеолітичні ферменти;
- нестероїдні протизапальні засоби;
- антимікотичні препарати;
- еубіотики;
- імуномодулятори;
- седативні засоби, а також фізіотерапевтичне лікування.

Для запобігання розвитку ускладнень одним із важливих принципів лікування запальних захворювань статевих органів є використання обгрунтованої та раціональної антибактеріальної терапії.

Проведення антибактеріальної терапії показано у таких клінічних ситуаціях:

- гострий перебіг запального процесу;
- стерті та малосимптомні форми захворювання;
- загострення запального процесу, що супроводжується об'єктивними ознаками (ексудація, болючість під час проведення бімануального гінекологічного дослідження, лихоманка, підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, паличкоядерний зсув лейкоцитарної формули вліво, поява С-реактивного білка);
- хронічний запальний процес, у попередньому лікуванні якого препарати цієї групи не призначалися або використовувалися неадекватно.

Вибір антибактеріальних препаратів необхідно здійснювати у відповідності з чутливістю до них інфекційних агентів, проте виконання цього постулату обмежене такими факторами:

- результати чутливості мікрофлори до того чи іншого збудника інфекційного процесу лікарі зазвичай отримують дещо пізніше, ніж виникає необхідність починати антибактеріальне лікування;
- отримані результати бактеріального посіву з вагіни у дівчаток не завжди відповідають мікрофлорі, що вегетує у верхніх відділах статевого тракту (матка, труба).

Саме тому доцільним є емпіричне призначення антибактеріальних препаратів широкого спектра дії.

У даний час існують такі варіанти антибактеріальної терапії:

- циклічний прийом антибактеріальних препаратів (від одного до трьох курсів) з тривалістю одного курсу від 7 до 10 діб і більше;
- використання декількох шляхів введення (*per os*, парентерально, а у сексуально активних підлітків – субендометріально та парацервікально) одного і того ж антибактеріального препарату на один курс лікування;
- застосування комбінацій антибактеріальних препаратів різних груп, що впливають вибірково на один і той же вид збудника;
- поєднання двох-трьох груп антибактеріальних препаратів різної дії, що використовуються за наявності мікст-інфекції.

Усі антибактеріальні препарати, незважаючи на відмінності в хімічній структурі та механізмі дії, об'єднує ряд специфічних властивостей. По-перше, своєрідність антибактеріальних препаратів визначається тим, що на відміну від інших лікарських засобів мішень їхньої дії знаходиться не в тканинах людини, а в клітинах мікроорганізмів. По-друге, активність таких препаратів не є сталою і знижується з часом, що зумовлено формуванням у мікроорганізмів медикаментозної стійкості (резистентності). Резистентність – закономірне біологічне явище, і уникнути її практично неможливо.

За характером впливу на бактеріальну клітину антибіотики можна розділити на три групи:

- бактерицидної дії (бактерії гинуть, але фізично продовжують бути присутніми у середовищі);
- бактеріостатичної дії (бактерії живі, але не здатні до розмноження);
- бактеріолітичної дії (бактерії гинуть, і бактеріальні клітинні стінки руйнуються).

Групи антибіотиків, що використовуються в дитячій гінекології:

- пеніциліни;
- цефалоспорини;
- хінолони;
- макроліди;
- тетрацикліни (для більш старшої групи ювенільного віку –16-18 років).

З урахуванням високої клінічної ефективності та низької токсичності *β-лактамні* антибіотики становлять основу антибактеріальної хіміотерапії на сучасному етапі та посідають провідне місце при лікуванні більшості інфекцій.

Із групи *пеніцилінів* в основному застосовують інгібіторозахищені пеніциліни, до яких належать амоксицилін + клавуланова кислота, ампіцилін + сульбактам, тикарцилін + клавуланова кислота.

Показання – проведення курсу лікування бактеріальних інфекцій, викликаних чутливими до препарату мікроорганізмами. Застосування цих антибіотиків доцільно в тому разі, якщо раніше антибактеріальні засоби в житті дівчинки не використовувалися.

Із групи *цефалоспоринових* антибіотиків в основному застосовують препарати 2-го та 3-го покоління: парентерально цефуроксим, цефтріаксон, цефтазидим, цефоперазон, цефоперазон + сульбактам (сульперазон); перорально цефіксим, цефтибутен. Цю групу препаратів краще використовувати в тому випадку, коли захворювання було спровоковане тонзилогенною інфекцією або загостренням гаймориту та іншими респіраторними захворюваннями.

Препарати класу *хінолонів* за механізмом дії принципово відрізняються від інших антибактеріальних лікарських засобів, що забезпечує їх активність стосовно стійких, у т.ч. полірезистентних, штамів мікроорганізмів. Клас хінолонів включає дві основні групи препаратів: нефторовані хінолони та фторхінолони.

Із фторхінолонів найчастіше застосовують препарати:

- 2-го покоління – ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ломефлоксацин;
- 3-го покоління – спарфлоксацин, левофлоксацин.

Враховуючи дію хінолонів на ЦНС, їх бажано використовувати у підлітків старшої вікової групи (15-16 років) і тільки у тому разі, коли виявлено мікроорганізми, що призвели до запального процесу, нечутливі до інших груп антибіотиків.

Макроліди є класом антибактеріальних препаратів, основу хімічної структури яких становить макроциклічне лактонне кільце.

Класифікація макролідів: природні (еритроміцин, олеандоміцин, роваміцин, мідекаміцин) та напівсинтетичні (рокситроміцин, кларитроміцин, азитроміцин, мідекаміцин).

Загальна характеристика макролідів:

- проявляють переважно бактеріостатичну дію;
- активні у відношенні до грампозитивних коків і внутрішньоклітинних збудників (мікоплазми, хламідії, легіонели);
- належать до тканинних антибіотиків, оскільки їх концентрація в сироватці крові значно нижча за тканинні (в 5; 10; 100 разів);
- вважаються одними з найменш токсичних антибіотиків;
- не мають перехресної алергії з β-лактамами.

Найбільше клінічне значення у лікуванні хламідійних інфекцій, рикетсіозів, деяких зоонозів, тяжкого вугрового висипу мають тетрацикліни (природний тетрациклін та напівсинтетичний доксициклін). З урахуванням численних негативних реакцій на цю групу препаратів їх використання бажано обмежити, особливо в дитячому віці.

При призначенні антибіотикотерапії слід дотримуватися наступних принципів:

- «не нашкодь!»;
- враховувати навіть найменший негативний ефект на організм, що розвивається;
- проводити облік пошкоджуючого впливу препарату на органи (печінку, нирки, ЦНС та ін.);
- розробити алгоритм дій при використанні антибактеріальної терапії;
- своєчасно застосовувати антибактеріальну терапію;
- намагатися досягти швидкого і стійкого ефекту;
- проводити профілактику дисбіозу.

При виборі конкретного антибактеріального препарату необхідно враховувати наявність у нього таких властивостей, як:

- найменший пошкоджуючий ефект;
- можливість одноразового застосування на добу;
- висока чутливість госпітальної мікрофлори до препарату;
- можливість проведення емпіричної або цілеспрямованої терапії;
- широкий спектр дії;
- зниження ризику формування резистентності.

У тих випадках, коли за клінічним перебігом захворювання і даними мікроскопічного обстеження бактеріального посіву є необхідність у застосуванні двох антибіотиків, слід обов'язково враховувати їх синергізм.

Найбільш ефективним є використання антибактеріальної терапії в період загострення захворювання. Однак у дитячому та підлітковому віці запальні захворювання репродуктивних органів часто мають стертий клінічний перебіг або ж можуть маскуватися під респіраторну патологію. У зв'язку з цим у разі виявлення запального процесу матки та її придатків антибактеріальну терапію доцільно починати з першого дня менструального циклу, тому що менструація є природним чинником, що сприяє його загостренню. А при хронічному перебігу запальних захворювань з нестійкою ремісією антибіотикотерапію можливо виконувати пульс-методом: антибактеріальні препарати широкого спектру дії застосовувати в період менструації протягом 7-10 днів упродовж 2-3 менструальних циклів, враховуючи дані чутливості мікроорганізмів до антибіотиків.

З метою профілактики ускладнень антибіотикотерапії в дитячій гінекології показані:

- призначення антибіотиків дозами відповідно до віку, маси тіла дитини, дотримуючись достатньої курсової дози;
- застосування імуномодуляторів (усунення імунодепресії);
- профілактика дисбактеріозу:
  - вітамінотерапія (вітаміни групи В);
  - використання еубіотиків та антимікотичних препаратів;
- антигістамінні засоби;
- гепатопротектори.

Наслідками запальних захворювань статевих органів у дитячому та юнацькому віці можуть бути: патологічне менархе, порушення менструального циклу, розвиток гідросальпінксу, спайкового процесу, наявність хронічного тазового болю, ановуляція, безпліддя.

Отже, такі ускладнення можуть бути зумовлені несвоєчасним і нераціональним протизапальним лікуванням і насамперед антибіотикотерапією.

Література

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 332 с., ил.
2. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. Э.К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 448 с.
3. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
4. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Рук. для практикующих врачей / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: Литтерра, 2005. – 1152 с.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М: ООО МИА, 2005. – 632 с.
6. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. – М.: Боргес, 2002. – 436 с.
7. Уварова Е.В., Тарусин Д.И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков (для врачей педиатров, акушеров-гинекологов и урологов-андрологов). – М.: Триада-Х, 2009. – 232 с.

Сучасні підходи до діагностики та лікування нетримання сечі у жінок

В.І. Горовий, к.мед.н.
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Згідно з рекомендаціями комітету зі стандартизації термінології Міжнародного товариства з вивчення утримання сечі (International Continence Society, ICS), під нетриманням сечі (НС) розуміють будь-яке мимовільне, неконтрольоване вольовими зусиллями та не пов'язане з бажанням пацієнта виділення сечі [21]. Кожна четверта жінка у світі, у т.ч. і в Україні, після 30 років відмічає у себе симптоми НС [1, 2, 10, 19, 22, 31]. НС спричиняє тяжкі страждання для жінки, пригнічує її психіку, знижує працездатність, не дає можливості перебувати в громадських місцях, а також є однією з причин розлучень. Недостатня поінформованість жіночого населення щодо проблеми НС, а також брак знань в урологів, гінекологів і лікарів суміжних спеціальностей стосовно сучасних методів діагностики та лікування призводять до того, що лише одна із 10-25 жінок звертається за допомогою до лікаря і тільки 10-30% осіб отримують кваліфіковану допомогу.

Мимовільне виділення сечі через уретру відносять до уретрального НС. Якщо ж виділення сечі відбувається не через уретру, то це свідчить про екстрауретральне НС (зустрічається при аномаліях сечової системи – екстрофії сечового міхура, ектопії вічка сечоводу подвоєної нирки в присінок піхви чи піхву та ін.; сечовідно-піхвових, сечоміхурово-піхвових та уретро-піхвових норицях, що виникають після акушерсько-гінекологічних операцій у результаті пошкодження сечоводу, сечового міхура чи уретри). ICS виділяє наступні види НС у жінок: стресове (СНС), що виникає при напруженні, імперативне (ургентне), змішане, нічне (енурез), постійне та інші види НС, що може бути ситуативним (під час статевих зносин, сміху) [21]. J.G. Blaivas et al. [26] додають до вищевказаних видів НС ще три: несвідоме (рефлекторне), що виникає при нейрогенному сечовому міхурі; НС від перенаповнення сечового міхура (парадоксальне) та підтікання сечі після закінчення акту сечовипускання (зустрічається при дивертикулі уретри).

За даними літератури, частота основних видів НС серед усіх жінок із цією патологією така [1, 2, 6, 10, 22]:

- *СНС* – 50-80%;
- *імперативне (ургентне) НС* – 10-15%;
- *змішане НС* – 15-20%;
- *парадоксальне* (від перенаповнення сечового міхура), *нічне* (енурез), *постійне НС* – близько 5%.

Постійне НС – виділення сечі через недостатність функції сфінктерного апарату уретри після перенесених операцій на ній і передній стінці піхви, внаслідок променевої терапії та ін.; екстрауретральне виділення сечі – при аномаліях сечової системи та сечовідно-піхвових, сечоміхурово-піхвових, уретро-піхвових норицях.

Згідно з рекомендаціями ICS, НС є симптоматичним діагнозом (встановлюється з урахуванням скарг пацієнток). Визначення трьох основних видів НС представлено в таблиці 1.

За кордоном лікуванням НС у жінок займаються як урологи, так і гінекологи та урогінекологи, в пострадянських країнах – здебільшого урологи. Вони лікують хворих на НС без пролапса тазових органів (виявлення цієї патології на початковій стадії у стаціонарних урологічних пацієнток із НС не перевищує 10-15%) [11, 18]. Гінекологи ж лікують пацієнток із НС і пролапсом тазових органів, що вимагає хірургічної корекції.

У своїй роботі ми користуємося чинним протоколом надання допомоги хворим на СНС [13], а також рекомендаціями Міжнародного консиліуму з нетримання сечі (International Consultation on Incontinence, ICI) [23, 35], у яких висвітлено останній досвід близько 700 науковців різних спеціальностей із проблем НС, у т.ч. в жінок.

Останнє засідання ICI відбулося в червні 2008 р. в Парижі і закінчилося виданням 2-томного керівництва Incontinence (2009). У 2010 р. рекомендації ICI щодо діагностики та лікування НС були опрацьовані та опубліковані Європейською асоціацією урологів (European Association of Urology, EAU) [37], а також видані в Росії [38]. Подібні рекомендації

Таблиця 1. Визначення основних видів НС у жінок за даними ICS [1, 21-23]

Вид НС	Симптом	Ознака	Уродинамічне спостереження
СНС	Скарга на мимовільне виділення сечі при фізичному напруженні, чханні чи кашлі	Спостереження мимовільного виділення сечі при фізичному напруженні, чханні чи кашлі	Уродинамічно – мимовільне виділення сечі при підвищенні внутрішньоміхурового тиску та за відсутності скорочень детрузора
Імперативне (ургентне)	Скарга на мимовільне виділення сечі під час раптового позиву до сечовипускання	Не визначено ICS	НС при детрузорній гіперактивності – обумовлене мимовільним скороченням детрузора при цистометрії наповнення
Змішане	Скарга на мимовільне НС, що виникає під час раптового позиву до сечовипускання, а також при фізичному напруженні, чханні чи кашлі	Не визначено ICS	Уродинамічно – спостереження СНС та НС при детрузорній гіперактивності одночасно при тестуванні

щодо ведення пацієнток із НС були опубліковані в Україні ще 2006 р. [16]. ICI та EAU рекомендують алгоритм первинного обстеження та лікування пацієнток із різними видами НС, представлений на схемі 1. Згідно з рекомендаціями, первинне обстеження та лікування хворих на різні види НС може проводити лікар будь-якої спеціальності. Тривалість первинної терапії становить 9-12 тиж, при її неефективності призначають спеціалізоване обстеження та лікування (схема 2). На нашу думку, нелогічно витрачати 3-4 міс, доцільніше одразу направити хвору до спеціаліста з НС, що дасть змогу заощадити її час та витрати на лікування.

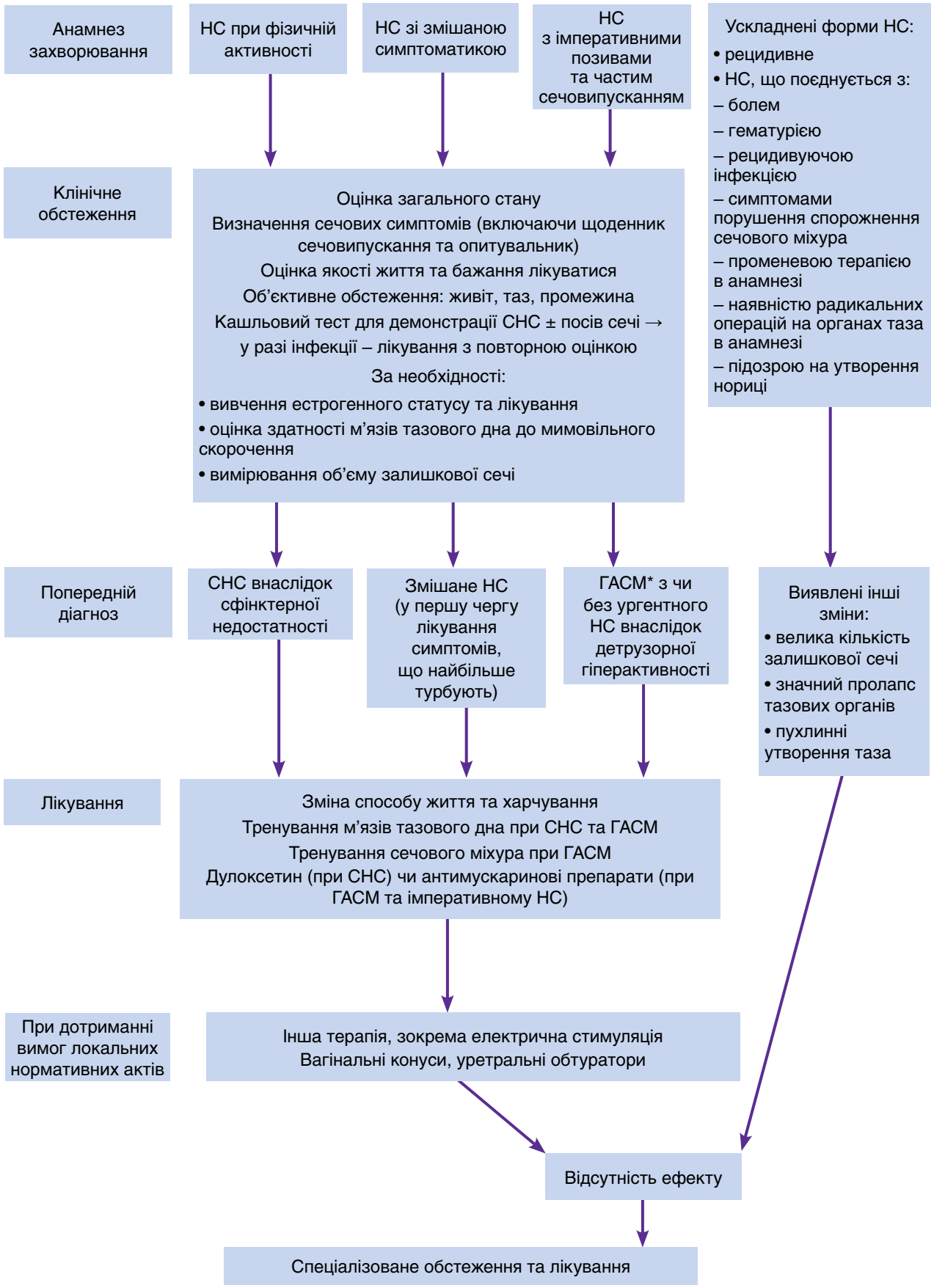
ICI виділяє **високорекомендовані заходи** для діагностики різних видів НС. У першу чергу до них відносять збір скарг та анамнезу захворювання. При цьому визначають вид НС – стресове, імперативне чи змішане, а також ступінь тяжкості захворювання, його тривалість, вплив на сексуальну функцію у жінок, які ведуть статеве життя. Крім того, оцінюють якість життя пацієнтки та її бажання лікуватись, аналізують попереднє консервативне чи хірургічне лікування, акушерський і гінекологічний анамнез (патологічні пологи). Доречно використовувати щоденник сечовипускання та опитувальник. ICI рекомендує застосовувати коротку форму опитувальника ICI-SF, який дозволяє встановити вид НС, частоту його епізодів, кількість сечі, що втрачається, а також якість життя за 10-бальною шкалою [16, 37, 38]. Лікар збирає інформацію про фактори, які можуть провокувати НС: спосіб життя та раціон хворої, наявність шкідливих звичок (паління), вживання кави, фізична активність.

До високорекомендованих об'єктивних методів діагностики належать оцінка загального статусу пацієнтки, у т.ч. ментального, виявлення ожиріння (за індексом маси тіла). При абдомінальному обстеженні визначають післяопераційні рубці, пухлини, при тазовому – чутливість піхви, пухлини таза, пролапс тазових органів. Також у хворих оцінюють функції м'язів тазового дна, результати кашльового стрес-тесту, неврологічний статус. Не менш важливим є лабораторне дослідження, яке включає загальний аналіз і посів сечі для віддиференціювання інфекції сечових шляхів.

До **рекомендованих методів** відносять визначення функціонального стану нирок за біохімічними показниками (сечовина та креатинін крові), урофлоуметрію з вимірюванням об'єму залишкової сечі (для виключення нейрогенного гіпоактивного сечового міхура). При ускладненому НС рекомендовано використовувати методи візуалізації нижніх сечових шляхів (УЗД, екскреторну урографію, магнітно-резонансну томографію таза), а також ендоскопічні методи (уретроцистоскопію) при гематурії, хронічній інфекції нижніх сечових шляхів, сечоміхуровій нориці. До рекомендованих методів належать і уродинамічні дослідження, що використовуються при неефективності початкового консервативного лікування, перед хірургічним втручанням для визначення функціонального стану сфінктерного апарату уретри та вибору виду операції, а також при ГАСМ. Мета уродинамічного дослідження – визначення кореляції між клінічними симптомами, виявлення гіперчутливого сечового міхура, ГАСМ, гіпоактивності детрузора, оцінка функціонального стану сфінктерного апарату уретри, наявності залишкової сечі.

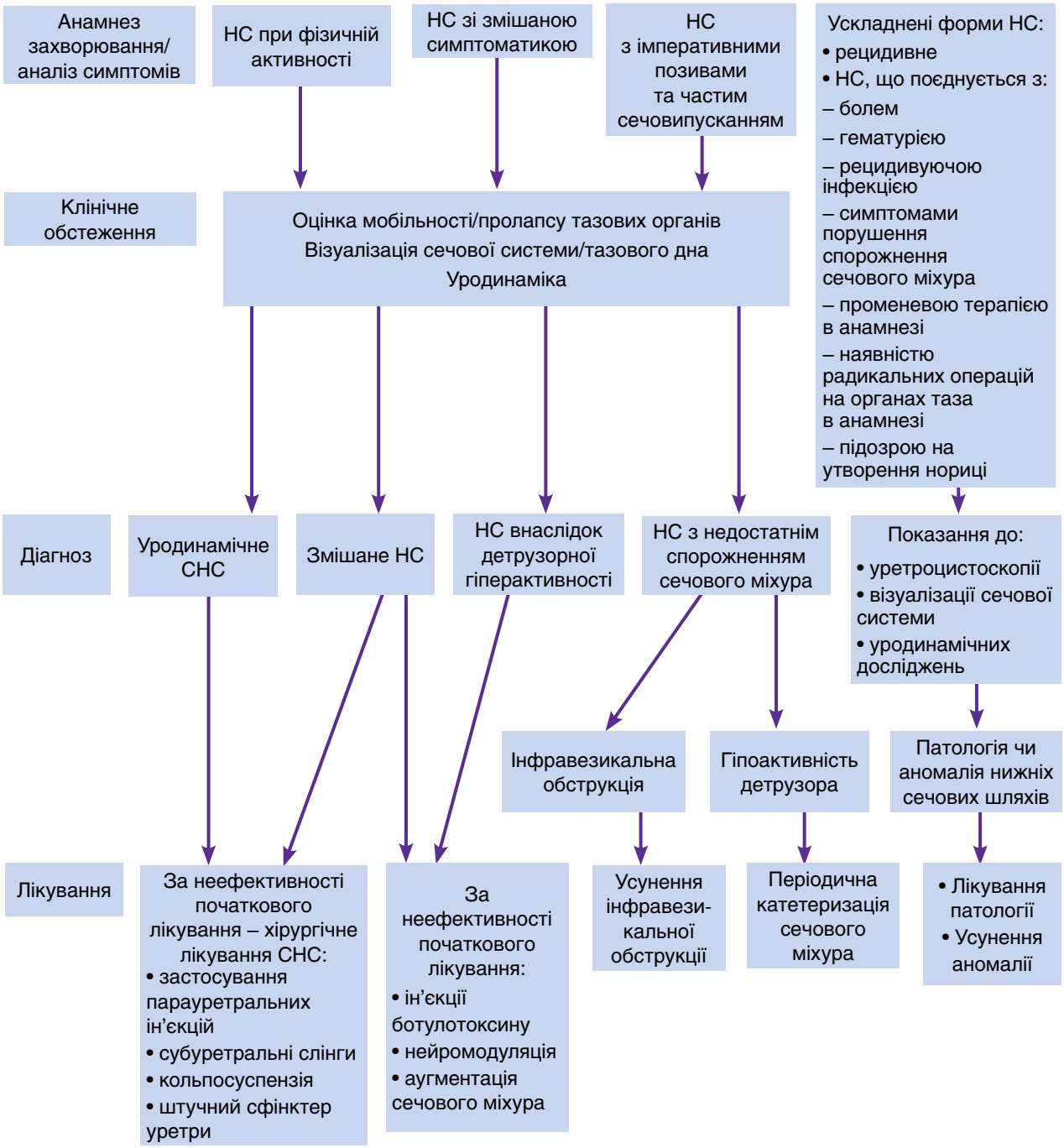
У своїй практиці до 2006 р. з метою визначення сфінктерної недостатності уретри ми застосовували сфінктерометрію за Л.Ю. Сакалаускене (1962) [17], а надалі – портативну та малоінвазивну уродинамічну систему Gynecare Monitorr (Johnson & Johnson) для визначення гіперчутливого сечового міхура та ГАСМ, а також функціонального стану сфінктерного апарату уретри за тиском зворотного опору уретри (URP) та абдомінального порогового тиску підтікання сечі (ALPP) [5].

Схема 1. Початкове обстеження та лікування пацієнток із НС



*ГАСМ – гіперактивний сечовий міхур.

Схема 2. Спеціалізоване обстеження та лікування пацієнток із НС



До **оптимальних методів** діагностики НС відносять відеоуродинамічні дослідження, які дають додаткову інформацію про анатомо-функціональний стан нижніх сечових шляхів. Окрім того, до таких методів також належать повторні уродинамічні обстеження, амбулаторна уродинаміка, прокладковий тест, оцінка неврологічного статусу.

УЗД, комп'ютерну і магнітно-резонансну томографію тазових органів доцільно проводити при дисфункції тазового дна, після невдалих слінгових операцій; уретроцистоскопію – при ускладненому НС.

Зупинимося на проблемі СНС. З патофізіологічної точки зору СНС поділяють на два види:

- анатомічне – зумовлене опущенням (гіпермобільністю) міхурово-уретрального сегмента і непошкодженого сфінктерного апарату уретри та шийки сечового міхура в результаті послаблення м'язово-фасціальної підтримки цих органів (зустрічається у 90-95% хворих на СНС);
- СНС внаслідок недостатності сфінктерного апарату уретри в результаті ендокринної атрофії підслизового шару уретри в жінок у постменопаузальному періоді чи пошкодження сфінктерного апарату уретри після хірургічних втручань на органах таза, травми, променевої терапії, нейрогенних захворювань (зустрічається у 5-10% пацієнток із СНС). Необхідно зауважити, що в осіб із гіпермобільністю уретри може

спостерігатися і недостатність сфінктерного апарату уретри. Саме тому всім пацієнткам перед операцією необхідно провести уродинамічне дослідження для визначення функціонального стану сфінктерного апарату уретри та вибору відповідного хірургічного втручання. При неефективності консервативної терапії та за відсутності у хворої сфінктерної недостатності уретри застосовують підвішуючі піхву і проксимальний відділ уретри операції – абдомінальні кольпосуспензія (операція за Burch [28]) та кольпопексія (операція за Marshall-Marchetti-Krantz, ММК [33]). Утримання сечі при цих операціях досягається шляхом посилення піхвової підтримки уретро-везикального сегмента та підняття його у високе залонне положення для корекції дефіциту затульного тиску в уретрі. Умовою для утримання сечі вважається позитивний градієнт уретрального тиску (тиск в уретрі перевищує внутрішньоміхуровий). За наявності у хворої сфінктерної недостатності уретри застосовують слінгові операції (субуретральна пластика) для стиснення уретри (в гінекологічній літературі відомі як уретропексії).

Класифікація СНС

Сучасні класифікації СНС враховують результати об'єктивного обстеження, уродинамічні та рентгенологічні показники. Популярними були та залишаються триступеневі класифікації СНС, запропоновані у свій час як урологами, так і гінекологами (Ingelman-Sundberg A., 1952 [32]; Кан Д.В., 1986 [7]; Лернер Г.А., 1990 [8]; Stamey T.A., 1992 [36]). У зв'язку з нечіткою різницею між I та II ступенями в цих класифікаціях через суб'єктивне визначення тяжкості фізичного навантаження рекомендуємо користуватися двоступеневою класифікацією СНС А.Н. Тетрадова (1968) [20].

I ступінь – НС виникає лише у вертикальному (стоячому) положенні.

II ступінь – НС спостерігається як у вертикальному, так і в горизонтальному (лежачому) положеннях.

Міжнародна класифікація СНС (Blaivas J.G., Olsson C.A., 1988) [25] побудована лише на рентгенологічних даних і не враховує уродинамічних показників і пролапса тазових органів, що часто супроводжує вищевказану патологію. На думку Д.В. Кана (1986) [7], уретроцистографія в діагностиці СНС має другорядне значення, а згідно з даними T.A. Stamey (1992) [36], А.С. Переверзєва (2000) [10], цей метод у бічних проекціях не відіграє значної ролі при виборі показань до того чи іншого виду хірургічного втручання. Класифікація СНС за McGuire et al. (1980) [34] грунтується на результатах рентгенологічного та уродинамічного обстежень. Для практичного застосування пропонуємо розроблену нами класифікацію СНС (табл. 2), що є модифікованою класифікацією K. Ganabathi et al. (1994) [30] і враховує як клінічні прояви, пролапс тазових органів, так і уродинамічні дані.

Тип 0. Жінки скаржаться на НС при напруженні, але при обстеженні на гінекологічному чи урологічному кріслі лікар не виявляє у них виділення сечі зі зовнішнього отвору уретри в момент напруження чи кашлю (негативний стрес-тест, проба Вальсальви). Рентгенологічно чи за допомогою паличкового (Q-tip) тесту визначають підвищену рухливість (гіпермобільність) шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри. При цьому зовнішній кінчик палички відхиляється вгору більше ніж на 30° за рахунок опущення міхурово-уретрального сегмента, що свідчить про погану м'язово-фасціальну підтримку сечового міхура та уретри. Пролапс тазових органів відсутній.

Тип I. У хворої при обстеженні виявляють виділення сечі із зовнішнього отвору уретри в момент кашлю чи напруження, гіпермобільність уретри, але пролапс тазових органів відсутній.

Тип II. У пацієнток із візуальним підтвердженням СНС та гіпермобільністю уретри виявляють

Таблиця 2. Класифікація СНС

Тип	Характеристика
0	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні, але без документального підтвердження НС, незважаючи на проведені проби (стрес-тест, проба Вальсальви). Пролапс тазових органів відсутній
I	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні з документальним підтвердженням НС, але без пролапса тазових органів
II	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні з документальним підтвердженням НС та пролапсом тазових органів
IIА	СНС з пролапсом тазових органів у межах піхви (вульварного кільця)
IIБ	СНС з пролапсом тазових органів за межі піхви (вульварного кільця)
III	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри. Зазвичай відмічається виражене НС при мінімальному напруженні
IIIА	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри без гіпермобільності уретри та пролапса тазових органів чи з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапса тазових органів у межах піхви (вульварного кільця)
IIIБ	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапса тазових органів за межі піхви (вульварного кільця)

також пролапс тазових органів (уретроцеле – опущення передньої стінки піхви з уретрою, цистоцеле – опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром, уретроцистоцеле – опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром та уретрою, метроцеле – опущення матки, ентероцеле – опущення очеревини з її вмістом на рівні склепіння піхви, ректоцеле – опущення задньої стінки піхви), що не виходять (**тип IIA**) або виходять (**тип IIБ**) за межі вульварного кільця.

Тип III. Спостерігається недостатність сфінктерного апарату уретри, що пов'язана з його пошкодженням під час попередніх хірургічних втручань на піхві (у т.ч. антистресових), тазових органах (видалення матки, яєчників), в результаті перенесених травматичних пологів, променевої терапії, нейрогенних уражень, гормональних змін чи вродженої недостатності сфінктерного апарату уретри. При уродинамічному дослідженні виявляють низькі показники затульного тиску уретри, абдомінального порогового тиску підтікання сечі (ALPP) та зворотного тиску уретри (URP).

Тип IIIA характеризується недостатністю функції сфінктерного апарату уретри без гіпермобільності уретри та пролапса тазових органів чи з гіпермобільністю уретри та пролапсом тазових органів в межах вульварного кільця, що не вимагає хірургічної корекції пролапса, а лише слінгової операції.

Тип IIIБ характеризується недостатністю функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапса тазових органів за межі вульварного кільця, що вимагає хірургічної корекції пролапса одночасно зі слінговою операцією.

Виявлення недостатності сфінктерного апарату уретри є важливим для вибору методу хірургічного лікування. Якщо при типах СНС 0, I, IIA достатньо відновити розташування шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри у високому залобковому положенні, то при недостатності сфінктерного апарату уретри необхідно підвищити внутрішньоуретральний тиск шляхом стиснення уретри за допомогою субуретральних слінгів (рис. 1), ін'єкцій блокуючих агентів у підслизовий шар уретри або ж встановлення штучного сфінктера уретри. Тип IIБ вимагає хірургічної корекції пролапса одночасно з антистресовою операцією (за Burch чи ММК або ж субуретральний слінг – трансобтураторний чи пубовагінальний). Тип IIIБ потребує хірургічної корекції пролапса одночасно з антистресовою операцією – виконанням субуретрального слінгу. Сьогодні загальною тенденцією є виконання субуретрального слінгу навіть при типах СНС 0, I, IIA, оскільки не завжди за допомогою уродинамічних досліджень вдається достовірно встановити недостатність сфінктерного апарату уретри і немає гарантії, що цей стан не виникне після підвішуючих піхву та проксимальний відділ уретри операцій. Враховують також і малоінвазивність слінгових операцій. В Україні гінекологи користуються як Міжнародною 4-ступеневою класифікацією пролапса тазових органів [14], так і 3-ступеневою за Малиновським [9]. У зв'язку зі складністю застосування для урологів Міжнародної класифікації пролапса тазових органів POP-Q (Bump R.C. et al., 1996) [27] пропонуємо використовувати класифікацію за W.F. Baden – T.A. Walker (1972) [24] (схема 3).

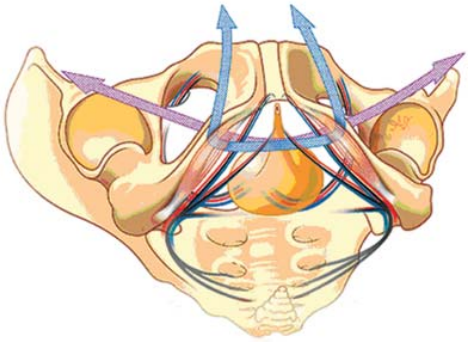


Рис. 1. Схематичне зображення проведення поліпропіленової стрічки під уретрою за лоном в надлобкову ділянку (операція Tension-free Vaginal Tape, TVT) та через затульний отвір на стегно (операція Transobturator Tape, TOT) при хірургічному лікуванні СНС

Класифікація пролапса тазових органів за Baden – Walker

Ступінь 0. Нормальне положення тазових органів.

Ступінь I. Опущення тазових органів на половину відстані до вульварного кільця.

Ступінь II. Опущення тазових органів до вульварного кільця.

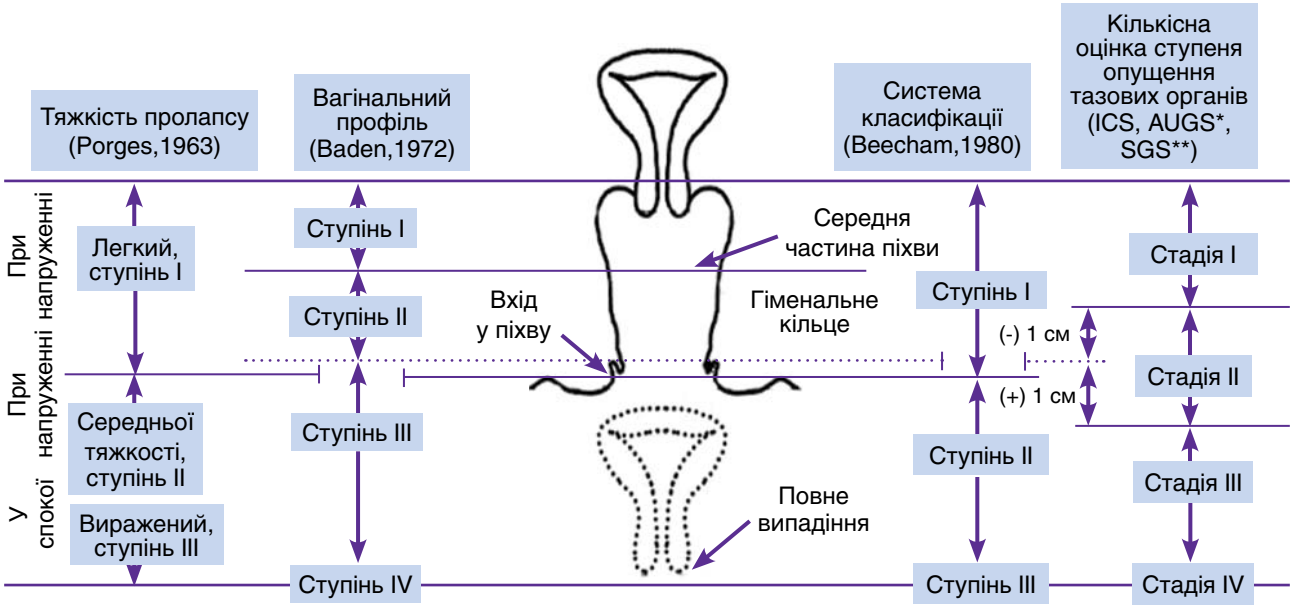
Ступінь III. Опущення тазових органів на половину відстані нижче вульварного кільця.

Ступінь IV. Повне (максимальне) опущення тазових органів.

Пропонуємо формулювати діагноз у хворих на СНС з урахуванням розробленої нами класифікації та класифікації за А.Н. Тетрадовим [20] (в дужках вказується тип та ступінь пролапса тазових органів за Baden – Walker [24]) наступним чином:

- СНС I ступеня, тип I – хвора втрачає сечу лише у вертикальному положенні, відсутній пролапс тазових органів;
- СНС I ступеня, тип IIA (цистоцеле I ступеня, ректоцеле I ступеня) – хвора втрачає сечу лише у вертикальному положенні, наявний початковий ступінь пролапса передньої та задньої стінок піхви;
- СНС II ступеня, тип IIIA – хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми, відсутній пролапс тазових органів;
- СНС II ступеня, тип IIIA (цистоцеле II ступеня, ректоцеле II ступеня, метроцеле II ступеня) – хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми,

Схема 3. Схематичне зображення основних класифікацій пролапса тазових органів



*AUGS – The American Urogynecologic Society (Американське урогінекологічне товариство);
**SGS – The Society of Gynecologic Surgeons (Товариство гінекологів-хірургів).

відмічено пролапс передньої та задньої стінок піхви, а також матки до вульварного кільця.

Ретроспективний аналіз клінічних випадків 265 пацієнток із СНС, які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні за останні 30 років, показав, що СНС I ступеня за А.Н. Тетрадовим мало місце у 194 (73,2%) жінок, II ступеня – у 71 (26,8%). Тип 0 зустрічався у 13 (4,9%) пацієнток, I – у 201 (75,8%), IIА – у 32 (12,1%), IIБ – у 1 (0,4%), IIIА – у 17 (6,4%), тип IIIБ – у 1 (0,4%) жінки. Змішане НС з переважанням стресового компонента відмічено у 36 (13,6%) осіб, пролапс тазових органів – у 38 (14,3%).

Стосовно консервативного лікування пацієнток зі СНС без пролапса тазових органів необхідно зазначити, що, згідно з рекомендаціями ICI, воно показане всім жінкам, незважаючи на ступінь тяжкості захворювання. У нашій практиці неодноразово мали місце випадки одужання після консервативної терапії хворих на СНС II ступеня за А.Н. Тетрадовим. Тому вважаємо за необхідне призначати скринінгове консервативне лікування (із включенням інтравагінальної електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна, а також зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем) усім пацієнткам із СНС. Це дає змогу приблизно у 50% з них досягти одужання, у 25-30% – покращання стану, а також допомагає визначити осіб із показаннями до хірургічного втручання [4, 18].

При виборі виду операції з приводу СНС враховують:

- наявність у хворої пролапса тазових органів;
- функціональний стан сфінктерного апарату та гіпермобільність уретри;
- патологію та попередні акушерсько-гінекологічні втручання на органах таза (у т.ч. й антистресові);
- вік та конституціональний тип;
- поінформованість пацієнтки щодо сучасних хірургічних методів лікування СНС та можливих ускладнень;
- досвід хірурга у виконанні того чи іншого хірургічного втручання;
- вартість сучасних наборів для проведення слінгових операцій.

За даними літератури [28, 31, 35], ефективність операцій за ММК та Burch є однаковою. Останнім часом спеціалісти віддають перевагу операції за Burch через ризик виникнення остеїту лобкових кісток після хірургічного втручання за ММК. При виконанні операції за ММК ми зустрічалися з випадками погано вираженої надкісниці лобкових кісток, що призводило до прорізування лігатур, а при операції за Burch спостерігалося недостатнє відновлення лобково-уретральних зв'язок. Для покращення результатів хірургічного лікування пацієнток зі СНС ми поєднуємо принципи операцій за ММК та Burch [18] (деклараційний патент на винахід України № 50319А, бюл. № 10 від 15.10.2002) (рис. 2).

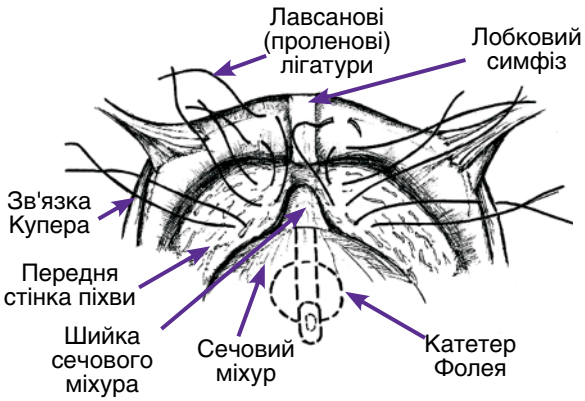


Рис. 2. Методика залонної кольпопексії та кольпосуспензії при хірургічному лікуванні СНС у жінок

При операціях залонної кольпопексії та кольпосуспензії за допомогою двох (при короткій уретрі – однієї) пар лігатур (пролен № 0 або 1 за USP) фіксують передню стінку піхви в ділянці проксимального відділу уретри (з відступом від неї на 0,5-1,0 см) до лобкового симфізу. Ще однією парою лігатур у ділянці шийки сечового міхура (з відступом від неї на 1,5-2,0 см) підвішують піхву до зв'язки Купера з обох боків.

Особистий досвід та дані літератури дають змогу встановити наступні показання до залонної кольпопексії та кольпосуспензії у хворих на СНС:

- відсутність пролапса тазових органів та ураження сфінктерного апарату уретри;
- як симультанна операція у пацієнток, яким показана абдомінальна гінекологічна операція;
- як первинна операція у хворих на СНС при неефективності консервативного лікування.

Протипоказані залонна кольпопексія та кольпосуспензія у наступних випадках:

- при порушенні функції сфінктерного апарату уретри та відсутності гіпермобільності уретри;
- як монооперація при значному пролапсі тазових органів (III та IV ступенів за Baden – Walker);
- при рецидиві СНС після залонної кольпопексії чи кольпосуспензії.

При рецидиві СНС після залонної кольпопексії чи кольпосуспензії застосовують трансобтураторний слінг. У пацієнток із надлишковою вагою залонне хірургічне втручання провести складніше через глибину рани. Ми маємо досвід виконання 64 залонних операцій жінкам з приводу СНС, які закінчилися у 93,7% із них одужанням у ранньому післяопераційному періоді та у 6,25% – у пізньому (через 3-10 років). Випадків виникнення остеїту лобкових кісток не зареєстровано.

Наявність хірургічних втручань на органах таза в анамнезі, у т.ч. і антистресових, пограничні та низькі показники функціонального стану сфінктерного апарату уретри повинні переконати хірурга в доцільності виконання слінгової операції. За даними літератури [3, 35, 37], ефективність первинно виконаних малоінвазивних операцій TVT та TOT така ж сама, як і залонної кольпопексії чи кольпосуспензії. Останніми роками урологи віддають перевагу операції TOT, яка у порівнянні з операцією TVT дає значно нижчий відсоток інтраопераційних ускладнень (пошкодження сечового міхура, кишечника, судин і нервів, обструкції уретри) [3, 12, 35]. Для зменшення ускладнень створені мініінвазивні набори для хірургічного лікування СНС (TVT-Secur, miniArc та ін.). Майже кожна країна має змогу випускати набір для виконання трансобтураторного слінгу. У Росії широке застосування знайшов набір уроСлінг (Лінтекс, Санкт-Петербург) [12]. У 2009 р. разом із ПП «Укртехмед» ми впровадили набір урологічний «Укртехмедслінг» для виконання трансобтураторного слінгу (inside-out техніка) [3, 15]. Методика проведення стрічки представлена на рисунках 3-7 (патент України на корисну модель № 47332 «Спосіб проведення поліпропіленової стрічки при виконанні трансобтураторного слінгу у жінок із нетриманням сечі»; бюл. № 2 від 25.01.2010). Після проведення гвинтового перфоратора через рану піхви на стегно до дзьоба перфоратора прикріпляють поліхлорвінілову трубку та фіксують її шляхом прошивання атравматичною голкою з лавсановою лігатурою через отвір на дзьобі перфоратора (рис. 3, 4). Зворотнім рухом виводять перфоратор у рану піхви, при цьому поліхлорвінілова трубка проводиться по рановому каналу. Від'єднують перфоратор від трубки шляхом пересічення лавсанової лігатури. Прошивають поліпропіленову стрічку (поліпропіленова сітка «Українська кольчуга» довжиною 45 см та шириною 1,2 см) однією із подвійних голок, а потім голки проводять через поліхлорвінілову трубку з внутрішнього боку на зовнішню поверхню, зрізують голки з лігатури, підтягуючи за кінці лігатури, вводять стрічку в просвіт поліхлорвінілової трубки, зав'язують кінці лігатури ззовні трубки (рис. 5). Тягнуть стегновий кінець поліхлорвінілової трубки, при цьому стрічка легко проводиться по каналу на стегно, де її від'єднують від трубки (рис. 6). Повторюють подібну процедуру з лівого боку, при цьому використовують лівий перфоратор та інший кінець поліпропіленової стрічки (рис. 7). Наповнюють сечовий міхур 250-300 мл розчину фурациліну, підтягують кінці стрічки до припинення виділення сечі із зовнішнього отвору уретри при поштовхоподібних натисканнях на надлобкову ділянку, зрізують кінці стрічки.

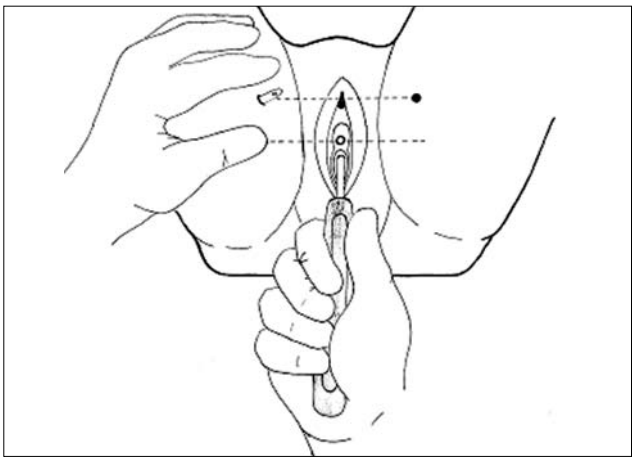


Рис. 3. Проведення гвинтового перфоратора через рану піхви на стегно

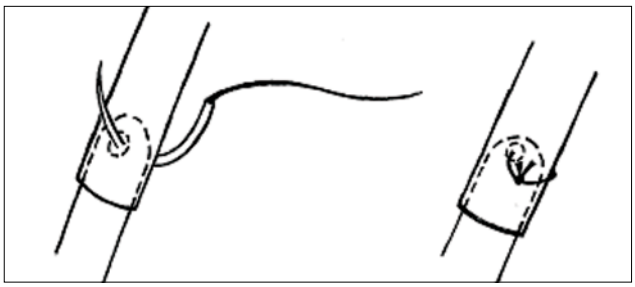


Рис. 4. Фіксація поліхлорвінілової трубки до гвинтового перфоратора на стегні

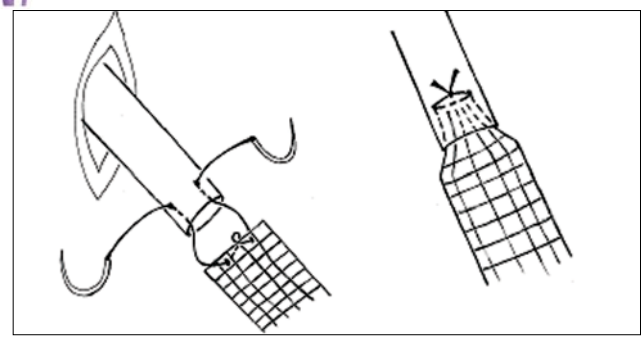


Рис. 5. Схематичне зображення фіксації та проведення стрічки через затульний отвір

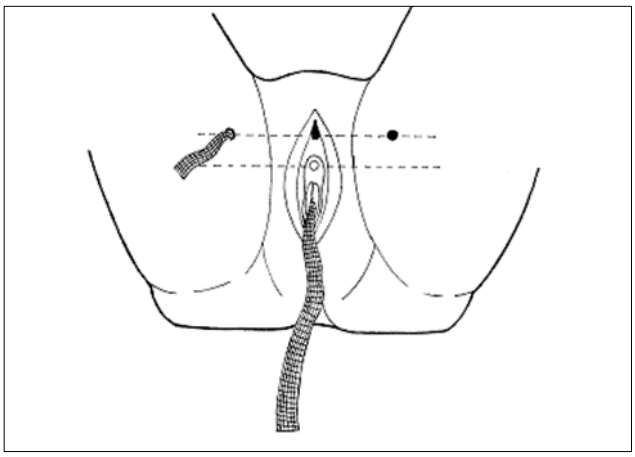


Рис. 6. Проведення стрічки на стегно з правого боку

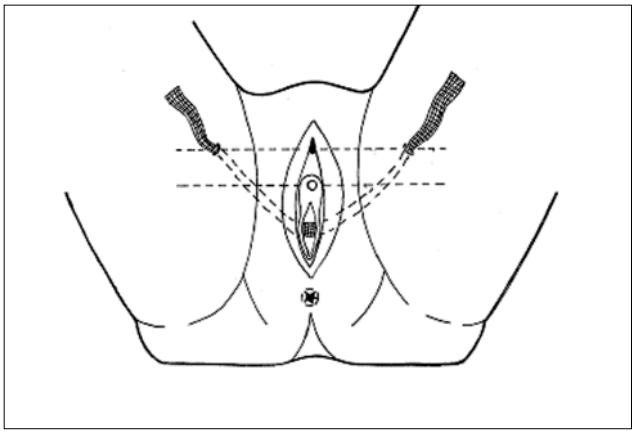


Рис. 7. Проведення стрічки на стегно з обох боків

Перший позитивний досвід, а саме відсутність ерозії піхви, нагноєння рани піхви, рецидиву НС у ранньому та пізньому (до 2 років) післяопераційному періодах після виконання 7 трансобтураторних слінгів набором «Укртехмедслінг» з використанням поліпропіленової сітки (стрічки) українського виробництва, дає оптимістичні сподівання на цю операцію.

Література

1. Александров В.П., Куренков А.В., Николаева Е.В. Стрессовое недержание мочи у женщин. – СПб: Издательский дом СПб МАПО. – 94 с.
2. Аполихина И.А., Железнякова А.И. Клиническая эпидемиология недержания мочи у женщин // Клиническая гинекология: избранные лекции / Под ред. В.Н. Прилепской – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 421-433.
3. Горовий В.І., Толокін В.В., Воронін М.І. Слінгові операції в хірургічному лікуванні жінок зі стресовим нетриманням сечі // Здоровье женщины. – 2009. – № 9 (45). – С. 202-205.
4. Горовий В.І. Застосування ендоуретральної та інтравагінальної електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна при консервативному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2009. – № 4 (60). – С. 24-26.
5. Горовий В.І., Головенко В.П., Сміюха О.А. Досвід застосування портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr для діагностики нетримання сечі у жінок // Урологія. – 2010. – № 2 (53). – С. 63-69.
6. Зайцев В.І., Мазорчук Б.Ф., Горовий В.І. Нетримання сечі та гіперактивний сечовий міхур // Акушерство і гінекологія: підручник для сімейних лікарів: у 2 т. / Мазорчук Б.Ф., Жученко П.Г. – К.: ДП Редакція журналу «Землевпорядний вісник», 2007. – Розділ 16, Т. 2. – С. 389-420.
7. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1986. – С. 382-439.
8. Лернер Г.Я. Оперативное лечение частичного недержания мочи у женщин методом позадилонной вагинопексии (Методические рекомендации). – Тюмень, 1990. – 18 с.
9. Памфамиров Ю.К., Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А., Карапетян О.В. Хирургическая коррекция пролапса гениталий // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 2 (41). – С. 74-76.
10. Переверзев А.С. Клиническая урологинекология. – Х.: Факт, 2000. – 360 с.
11. Переверзев А.С. Недержание мочи у женщин // Актуальные проблемы урогинекологии: Материалы трудов IX областной конференции урологов и гинекологов с международным участием. – Х., 2001. – С. 8-37.
12. Петров С.Б., Куренков А.В., Шкарупа Д.Д. Уреслинг в позадилонном и трансобтураторном положении: трехлетний опит малоинвазивного хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII, выпуск 1. – С. 33- 37.
13. Пирогов В.О., Севастьянова Н.А. Протокол надання допомоги. Інше уточнене нетримання сечі. Стресове нетримання сечі / Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги // За ред. С.П. Пасєчникова. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – С. 406-409.
14. Процепко О.О., Драчевська М.І. Проблема стандартизації термінології випадіння жіночих статевих органів та розладів тазового дна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 5. – С. 81-85.
15. Процепко О.О., Горовий В.І. Трансобтураторний субуретральний слінг – малоінвазивний метод лікування стресового нетримання сечі у жінок // Андрологія та сексуальна медицина. – 2011. – № 1. – С. 45-46.
16. Рекомендації Європейської асоціації урологів / Рекомендації щодо нетримання сечі. – Видання Асоціації урологів України, 2006. – С. 66-76.
17. Сакалаускене Л.Ю. Диагностика частичного недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Каунас, 1962. – 20 с.

18. Стресове нетримання сечі у жінок / Горовий В.І., Головенко В.П., Процепко О.О. та ін. – Вінниця: РВВ ВАТ «Віноблдрукарня», 2003. – 304 с.

19. Терещенко А.С. Рациональные средства реабилитации недержания мочи у женщин // Concilium medicum Ukraina. – 2010. – Т. 4, № 6. – С. 23-24.

20. Тетрадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1968. – 208 с.

21. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardization of terminology of lover urinary tract function: report from standardization sub-committee of the International Continence Society // Neurourology and urodynamics. – 2002. – Vol. 21. – P. 167-178.

22. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.

23. Abrams P., Andersson K.E., Birder L. et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed and faecal incontinence / Incontinence // Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. – 4 th. ed. – Health Publication Ltd., 2009. – P. 1767- 1820.

24. Baden W.F., Walker T.A. Physical diagnosis in the evaluation of vaginal relaxation // Clin. Obstet. Gynecol. – 1972. – Vol. 15. – P. 1055-1069.

25. Blaivas J.G., Olsson C.A. Stress incontinence: classification and surgical approach // J. Urol. – 1988. – Vol. 139. – P. 727-731.

26. Blaivas J.G., Romauzi L.J., Heritz D.M. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment, overview and nonsurgical management // Campbell's Urology / Walsh P.C. et al. – 7th ed., Vol. 1. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – P. 1007-1043.

27. Bump R.C., Mattiasson A., Brubaker L.P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996. – Vol. 175. – P. 7- 10.

28. Burch J.C. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for the correction of stress incontinence, cystocele and prolapse // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1961. – Vol. 81, № 2. – P. 281-292.

29. Chapple C.R. Retropubic suspension surgery for incontinence in women // Campbell – Walsh Urology – 9th ed. – Ch. 65. – 2007. – CD, Elsevier Saunders.

30. Ganabathi K., Zimmern P., Leach G.E. Evaluation of voiding dysfunction // Geriatric Urology / O'Donnell P.D. – Boston: Little, Brown and Company, 1994. – P. 203- 219.

31. Guideline for the surgical management of female stress urinary incontinence: 2009 update / Appell R.A., Dmochowski R.R., Blaivas J. M. et. al. – American Urological Association, 2009. – 44 p.

32. Ingelman Sundberg A. Urinary incontinence in women, excluding fistulas // Acta. Obstet. Gynec. Scand. – 1952. – Vol. 31. – P. 266- 273.

33. McGuire E.J., Lytton B., Korhorn E.I., Pepe V. The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence // J. Urol. – 1980. – Vol. 124. – P. 256-258.

34. Marshall V.F., Marchetti A.A., Krantz K.E. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension // Surg. Gynecol. Obstet. – 1949. – Vol. 88. – P. 509- 518.

35. Smith T., Chang D., Dmochowski R. et. al. Surgery for urinary incontinence in women / Incontinence // Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. – 4th. ed. – Health Publication Ltd., 2009. – P. 1191-1272.

36. Stamey T.A. Urinary incontinence in female: the Stamey endoscopic suspension of the vesical neck for stress urinary incontinence // Campbell's Urology / Edited by Walsh P.C. et al. – 6th ed. – Vol. 3. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1992. – P. 2829-2850.

37. Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al. Guidelines on urinary incontinence // EAU Guidelines. – 2010. – 56 p.

38. Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al. Недержание мочи // Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов, 2010. – С. 3-40.

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Украинское общество иммунологов, аллергологов, иммунореабилитологов
Всеукраинская ассоциация клинической химии и лабораторной медицины (ВАКХЛМ)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем иммунологов, аллергологов, специалистов лабораторий, гинекологов, дерматовенерологов, инфектологов, микробиологов, специалистов здравоохранения принять участие в **Международной конференции национальных стратегий для TORCH-комплекса, Chlamydia trachomatis и вируса папилломы человека**. Мероприятие состоится **15-16 ноября 2012 г.** в Киеве по адресу: ул. Госпитальная, 4, гостиница «Русь».

В программе конференции будут рассмотрены последние клинические, диагностические, экономические и научные достижения в медицине. Кроме того, будет представлена промышленная выставка в новой, интересной форме.

Регистрационный взнос – 130-230 евро.
Контакты:

- междунар. офис (финансовая поддержка, спонсорство, выставка) – тел.: +37167228428, моб.: +371 2 860 991, факс: +37167228337, e-mail: galina.bukovska@btgroup.lv – Галина Буковская;
- региональный офис (трансферы, размещение, техническое оборудование, визовая поддержка) – тел.: +380 44 2217703, факс: +380 44 2217702, e-mail: ditravel@dialogkyiv.com.ua – Вивиана Хромова.

Оргкомитет

С более подробной информацией (в т.ч. с программой меропиятия) можно ознакомиться на сайте: www.mazg.com.ua

Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 (продовження)*

Гінекологія

ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ТА ІПСШ

САЛЬПІНГІТ ТА ООФОРИТ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий сальпінгіт та оофорит.	N70.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз крові. 4. Загальний аналіз сечі.	Стаціонарне лікування.	Клінічні прояви гострого запального процесу органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів захворювання протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічний сальпінгіт та оофорит. Гідросальпінкс.	N70.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Посиндромна терапія.	1. Загострення запального процесу. 2. Синдром хронічного тазового болю. 3. Відсутність ефекту від амбулаторного лікування.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Сальпінгіт та оофорит, неуточнені.	N70.9	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз крові. 4. Загальний аналіз сечі.	1. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 4. Посиндромна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

* Із повною версією наказу можна ознайомитися на сайті www.moz.gov.ua.

ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ МАТКИ, ЗА ВИНЯТКОМ ШИЙКИ МАТКИ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гостре запальне захворювання матки: • ендоміометрит; • метрит; • міометрит; • піометра; • абсцес матки.	N71.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз крові. 4. Загальний аналіз сечі.	Стаціонарне лікування.	Клінічні та діагностичні прояви захворювань: • больовий синдром; • підвищення температури тіла; • порушення менструального циклу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів захворювання протягом 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічне запальне захворювання матки.	N71.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.	1. Антибактеріальна терапія (під час менструації) у поєднанні з протикандидозними засобами. 2. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 5. Санаторно-курортне лікування.	1. Загострення запального процесу. 2. Для проведення гістероскопії.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Запальне захворювання матки, неуточнене.	N71.9	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.	1. Антибактеріальна терапія (під час менструації) у поєднанні з протикандидозними засобами. 2. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 5. Санаторно-курортне лікування.	Клінічні прояви загострення або гострого процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ШИЙКИ МАТКИ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Запальні хвороби шийки матки: • цервіцит; • ендоцервіцит; • екзоцервіцит (з наявністю ерозії чи ектропіона або без них).	N72	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Антибактеріальна системна та місцева терапія. 2. Протигерпетична системна та місцева терапія за наявності герпетичних висипань. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 4. Кріотерапія, лазеротерапія, діатермокоагуляція ерозії шийки матки за показаннями.	Поширення запального процесу на органи малого таза.	1. Нормалізація кольпоскопічної картини. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс (огляд двічі). 2. Нормальна кольпоскопічна картина. 3. Негативні результати мікробіологічних досліджень. 4. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 6 міс.

ІНШІ ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий параметрит і тазовий целюліт. Абсцес: • широкої зв'язки; • параметрію (уточнені як гострі).	N73.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).	Стаціонарне лікування.	Клінічні та діагностичні прояви процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічний параметрит і тазовий целюліт. (Будь-який зі станів у підрубриці N73.0, визначений як хронічний).	N73.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).	1. Вітамінотерапія, імуномодулююча, мембраностабілізуюча, розсмоктуюча терапія. 2. Симптоматична терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування.	1. Загострення запального процесу. 2. Порушення функції суміжних органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Параметрит і тазовий целюліт, неуточнений.	N73.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	Стаціонарне дообстеження та лікування.	1. Загострення запального процесу. 2. Порушення функції суміжних органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Гострий тазовий перитоніт у жінок.	N73.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	Стаціонарне лікування.	Клінічні прояви гострого тазового перитоніту.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року. 2. Відсутність загострення протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічний тазовий перитоніт у жінок.	N73.4	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Імуномодулююча, симптоматична, розсмоктуюча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Тазовий перитоніт у жінок, неуточнений.	N73.5	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія. 5. Стаціонарне лікування.	Клінічні прояви тазового перитоніту.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Один рік за відсутності загострення протягом останніх 6 міс. 2. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Тазові перитонеальні спайки у жінок (виключено післяопераційні тазові спайки).	N73.6	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Гістеросальпінгографія в першу фазу менструального циклу.	1. Симптоматична, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Хірургічне лікування в умовах стаціонару (за показаннями).	Для проведення діагностично-оперативної лапароскопії.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Інші уточнені запальні хвороби органів малого таза у жінок.	N73.8	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Запальна хвороба органів малого таза у жінок, неуточнена (без додаткових вказівок, БДВ).	N73.9	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 міс. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

ЗАПАЛЬНІ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК ПРИ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Туберкульозна інфекція шийки матки.	N74.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу. 3. УЗД органів малого таза. 4. Рентгенографія органів грудної клітки. 5. Консультація фтизіатра.	Лікування і спостереження у фтизіатра та гінеколога.	Загострення запального процесу (госпіталізація до спеціалізованого стаціонару).	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормальна кольпоскопічна картина. 3. Відсутність симптомів інтоксикації.	1. Спостереження у фтизіатра та гінеколога протягом 1 року. 2. Відсутність ознак туберкульозного запалення статевих органів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Запальні хвороби органів малого таза туберкульозної етіології у жінок.	N74.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Рентгенографія органів грудної клітки та малого таза. 4. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу. 5. Консультація фтизіатра.	1. Гістеросальпінгографія, гістероскопія за показаннями. 2. Лікування і спостереження у фтизіатра та гінеколога.	Загострення запального процесу (госпіталізація до спеціалізованого стаціонару).	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД. 3. Відсутність симптомів інтоксикації.	1. Спостереження у фтизіатра протягом 2-5 років. 2. Відсутність загострення запального процесу протягом останніх 6 міс.
Запальні хвороби органів малого таза, спричинені сифілісом.	N74.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс.	Лікування і спостереження у спеціалізованому дерматовенерологічному диспансері.	Гостре запалення органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	Спостереження дерматовенеролога.
Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок.	N74.3	Відповідно до рубрик Г та І.	Лікування у дерматовенеролога.	Гостре запалення органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	Спостереження дерматовенеролога.

Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Запальні хвороби органів малого таза, спричинені хламідіями.	N74.4	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Антибактеріальна терапія у поєднанні з протикандидозними засобами та гепатопротекторами з паралельним лікуванням статевого партнера. 2. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 3. На етапі реабілітації: вітаміно-, ензимо-, фізіотерапія, імуномодулююча терапія, нормалізація гормональної функції яєчників.	Гостре запалення органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Негативні результати дослідження на антиген хламідій у цервікальному каналі протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Запальні хвороби органів малого таза при інших хворобах.	N74.8	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Антибактеріальна етіотропна терапія у поєднанні з протикандидозними засобами та гепатопротекторами з паралельним лікуванням статевого партнера. 2. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 3. На етапі реабілітації: вітаміно-, ензимо-, фізіотерапія, імуномодулююча терапія.	Гостре запалення органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень та УЗД.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Негативні результати мікробіологічних досліджень на ІПСШ протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

ХВОРОБИ БАРТОЛІНІЄВОЇ ЗАЛОЗИ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Кіста бартолінієвої залози. **Абсцес бартолінієвої залози.** **Інші хвороби бартолінієвої залози:** бартолініт. **Хвороба бартолінієвої залози,** неуточнена.	N75.0 N75.1 N75.8 N75.9	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Ургентна госпіталізація при абсцесі бартолінієвої залози. 2. Направлення на планове оперативне лікування.	1. Абсцес бартолінієвої залози. 2. Планове оперативне лікування кісти бартолінієвої залози.	1. Відсутність ускладнень після оперативного лікування. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень.	Протягом 3 міс після оперативного лікування.

ІНШІ ЗАПАЛЕННЯ ПІХВИ ТА ВУЛЬВИ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий вагініт. Вагініт БДВ. Вульвовагініт: • БДВ; • гострий.	N76.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на яйця гельмінтів.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Підгострий і хронічний вагініт. Вульвовагініт: • хронічний; • підгострий.	N76.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.

Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий вульвіт. Вульвіт БДВ.	N76.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.
Підгострий і хронічний вульвіт.	N76.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.
Абсцес вульви. Фурункул вульви.	N76.4	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Стаціонарне лікування. 2. Обстеження та лікування статевого партнера.	Абсцес вульви.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс після стаціонарного лікування. 2. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.
Виразка піхви. Виразка вульви.	N76.5 N76.6	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс. 3. Аналіз калу на гельмінти.	Етіотропна терапія залежно від даних бактеріологічного та серологічного обстеження.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.
Інші уточнені запалення піхви та вульви.	N76.8	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс. 3. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Абсцес вульви. 2. Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Негативні результати бактеріологічних досліджень. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Негативні результати бактеріологічних досліджень протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.

ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНІ ВИРАЗКИ ТА ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Виразка вульви при інфекційних і паразитарних хворобах, класифікованих в інших рубриках: • герпесвірусній інфекції; • туберкульозі.	N77.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Флюорографія органів грудної клітки.	1. Загальне і місцеве лікування противірусними препаратами та індукторами інтерферону за наявності герпетичних висипань. 2. Нормалізація біоценозу піхви. 3. Спостереження та лікування у фтизіатра та гінеколога. 4. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зниження частоти рецидивів генітального герпесу. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Постійне перебування під диспансерним наглядом при герпесвірусному інфікуванні. 2. Спостереження фтизіатра та гінеколога.
Вагініт, вульвіт та вульвовагініт при інфекційних і паразитарних хворобах, класифікованих в інших рубриках: • кандидозі; • герпесвірусній інфекції; • ентеробіозі (гостриках).	N77.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне і місцеве лікування противірусними препаратами та індукторами інтерферону за наявності герпетичних висипань. 2. Протикандидозне загальне та місцеве лікування. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Дегельмінтизація. 5. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зниження частоти рецидивів генітального герпесу. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Відсутність патологічних змін при мікробіологічному дослідженні.	1. Протягом 6 міс за відсутності рецидиву кандидозу геніталій. 2. Постійне перебування під диспансерним наглядом при герпесвірусному інфікуванні. 3. Відсутність патологічних змін при триразовому обстеженні на ентеробіоз. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Виразки і запалення вульви та піхви при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках.	N77.8	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве протизапальне лікування залежно від даних бактеріологічного обстеження. 2. Нормалізація біоценозу піхви. 3. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	1. Абсцес вульви. 2. Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 6 міс. 2. Відсутність рецидиву протягом 3 міс. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

ІНШІ, СПРИЧИНЕНІ ХЛАМІДІЯМИ ХВОРОБИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Інфекція нижнього відділу сечостатевого тракту, спричинена хламідіями. Хламідійний: • цервіцит; • цистит; • уретрит; • вульвовагініт.	A56.0	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Антибіотикотерапія відповідно до існуючих схем лікування хламідіозу та змішаних інфекцій. 2. Імуномодулююча терапія. 3. Протикандидозна терапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 5. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Поширення гострого запального процесу на органи малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень. 3. Нормалізація показників аналізу зішкребів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (проведення ПЛР) через 1,5 міс після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Інфекція тазових та інших сечостатевих органів, спричинена хламідіями: запальна хвороба органів малого таза у жінок.	A56.1	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Стаціонарне лікування. 2. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Гостре запалення тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізу зішкребів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (ДНК-діагностика) через 1,5 міс після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Хламідійна інфекція, неуточнена.	A56.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Бактеріоско-пічне та бактеріологічне дослідження мазків із піхви.	1. Імуномодулююча терапія. 2. Антибіотикотерапія відповідно до існуючих схем лікування хламідіозу та змішаних інфекцій. 3. Протикандидозна терапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 5. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Гостре запалення тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізу зішкребів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (ДНК-діагностика) через 1,5 міс після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 міс. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

ТРИХОМОНОЗ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Сечостатевий трихомоноз. Білі (піхвові).	A59.0	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Протитрихомонадна терапія відповідно до існуючих схем лікування 2. Відновлення біоценозу піхви та кишечника. 3. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	Гострий запальний процес тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 4 міс. 2. Мікробіологічний контроль вилікованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 міс за умови попередньої поінформованості.

АНОГЕНІТАЛЬНІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Герпесвірусна інфекція генітальна та урогенітальна: герпес жіночих статевих органів. **Герпес анальної ділянки** та статевих органів, неуточнений.	A60.0 A60.9	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Загальне та місцеве лікування противірусними препаратами за наявності клінічної симптоматики. 2. Імунокоригуюча терапія. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Направлення на обстеження та лікування статевого партнера.	1. Наявність пахового лімфаденіту. 2. Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зниження частоти рецидивів. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Постійне перебування під диспансерним наглядом. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

КАНДИДОЗ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Кандидоз вульви та вагіни. Кандидозний вульвовагініт. Моніліазний вульвовагініт. Вагінальна пліснявка.	B37.3	Відповідно до рубрик Г та І.	1. Протикандидозна терапія (місцева та загальна) відповідно до існуючих схем лікування. 2. Відновлення біоценозу піхви та кишечника.	Системний кандидоз.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 1 року. 2. Мікробіологічний контроль вилікованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

Прием кальция и сердечно-сосудистая патология у женщин

S.M. Shah, J.M. Carey, T. Harris et al.
Отдел обеспечения общественного здоровья, Университет Святого Георгия, Лондон, Великобритания

Кальциевые добавки широко применяют у пожилых женщин в качестве превентивной меры по предупреждению переломов. Обычно добавки кальция рассматриваются как достаточно безопасное средство, которое положительно действует на липидный профиль и артериальное давление (АД). В предлагаемом обзоре результатов крупного рандомизированного контролируемого исследования (РКИ), проведенного организацией «Инициатива во имя здоровья женщины» (Women's Health Initiative), доказано, что прием препаратов кальция и витамина D не влияет на заболеваемость и смертность от патологий сердечно-сосудистой системы (ССС).

Однако более поздний вторичный анализ результатов вышеуказанного исследования вызвал озабоченность по поводу безопасности применения таких препаратов пожилыми пациентками. Клиническое испытание показало, что лица, принимающие кальциевые добавки, подвергаются высокому риску возникновения заболеваний ССС, в частности инфаркта миокарда (ИМ). Согласно полученным результатам, кумулятивный эффект препаратов кальция проявляется через два года после их приема и зависит от длительности лечения и достигнутого комплаенса. Такие выводы были основаны на данных сравнительно небольшой выборки пациенток. Кроме того, в испытании не оценивали безопасность наиболее широко используемых комбинаций кальция с витамином D.

> Перед клиницистами и пациентками возник вопрос: не будет ли потенциальный вред для ССС от приема таких препаратов превышать любую пользу для костной ткани организма?

Для исследования влияния на ССС добавок, содержащих комбинацию кальция и витамина D, был проведен обзорный анализ базы данных первичных обращений. Такой подход широко применяется для выявления побочных реакций, возникших вследствие приема лекарственных средств или не связанных с лечением (как в этом случае).

Наша первичная гипотеза состояла в том, что длительный прием кальция и витамина D ассоциируется с высоким риском заболеваемости и смертности от патологий ССС. В исследовании сравнивали показатели смертности и частоты осложнений кардиоваскулярных заболеваний у женщин через два года после начала использования добавок кальция и витамина D с аналогичными показателями, касающимися тех лиц, которые принимали препарат в течение более длительного периода времени. Анализ проводили спустя два года после включения в исследование. Это позволило изучить двухлетнюю выживаемость перед моментом, когда потенциально ожидалось проявление негативных последствий приема кальциевых добавок. К тому же такой подход предоставил возможность установить основные различия между женщинами, которые постоянно принимали кальциевые добавки, и теми, кто прекратил их прием. При этом такой «период вымывания» способствовал тому, что наличие в выборке пациенток, прекративших прием кальция раньше из-за уже существовавших заболеваний ССС (или умерших позже от них же), не повлияло на достоверность наших данных.

Методы исследования

Отчет базировался на данных клинической практики 184 врачей, которые добросовестно вели медицинскую отчетную документацию на протяжении как минимум четырех лет (с 2000 по 2007 г.). Распространенность патологии ССС, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС) и фибрилляцию предсердий, сравнили с результатами других национальных баз данных. Отдельно учитывали показатели смертности и назначаемые препараты. Важным аспектом баз данных был социально-демографический показатель, так называемый ACORN index. Женщины были разделены на пять ACORN-групп по уровню обеспеченности (от очень обеспеченных до малоимущих).

Мы идентифицировали 155 000 пациенток в возрасте от 60 до 89 лет. С 2000 по 2005 г. все они принимали кальций и витамин D, а до этого на протяжении предшествующих двух лет не получали кальция, и у них не имелось указаний на наличие ИБС и инсульта в анамнезе. Прием кальция с витамином D начали 15 863 женщины, из них 12 283 – не имели в анамнезе ИБС или инсульта на момент начала лечения.

Наш первичный анализ был сфокусирован на том, что происходило с пациентками по истечении двух лет с момента начала лечения. Из 12 283 женщин 1104 (9%) умерли в течение первых двух лет, 1269 (10,3%) по каким-либо причинам прекратили лечение или перестали посещать своего врача. Таким образом, в

окончательный анализ были включены 9910 участниц. Женщины, которые испытывали клинически значимые, но не фатальные осложнения со стороны ССС в течение первых двух лет исследования, были исключены из анализа.

Для каждой пациентки на основании данных листов назначений мы рассчитали количество дней, на протяжении которых они получали кальций и витамин D. Особый интерес представляла информация, касающаяся лиц, принимавших добавки кальция на протяжении < 90 дней и тех, кто получал добавки > 600 дней в течение первых двух лет исследования. Данные, касающиеся промежуточных групп, использовали для уточнения.

Выживаемость в течение первых двух лет наблюдения. Для оценки основных сравниваемых групп в первые два года мы рассматривали различные результаты, обращая внимание на непрерывный прием добавок на протяжении 180 дней (n = 11 642). В частности, мы сравнивали женщин, которые получали добавки на протяжении не менее 150 дней и как минимум один раз повторяли предписания (высокая экспозиция n = 4175, 36%) в первые 180 дней, с теми, кто не повторял курс лечения или получал его < 90 дней (низкая экспозиция n = 2254, 19%).

Главным исходом считалось развитие ИМ, инсульта или смерть. Также учитывали любой диагноз, касающийся ИБС, ИМ, инсульта или проходящих явлений нарушений мозгового кровообращения (НМК), либо смерть.

Для сравнения событий и выживаемости использовали кокс-модели пропорциональных рисков. Данные были скорректированы с учетом возраста, количества медицинских препаратов, назначаемых в течение года до начала приема кальциевых добавок и в течение первого года их приема, принадлежности к ACORN-группе, статуса курения (например никогда не курили, бросили курить или продолжают курить), а также с учетом специалиста, у которого пациентки наблюдались. Также был произведен подсчет количества различных лекарственных средств, указанных в листах назначений (за исключением перевязочных материалов и использования различного оборудования). При этом изменения дозировки или формы лекарственного препарата не принимали во внимание. Специальность лечащего врача была включена в модель исследования, поскольку это давало возможность учитывать различия в подходах к лечению и особенности записи данных.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2000 по 2007 г. количество женщин в возрасте от 60 до 89 лет, которым был назначен кальций с витамином D хотя бы один раз на протяжении одного календарного года, увеличилось с 2,7 до 10,6%.

Характеристики пациенток, включенных в анализ по истечении двухлетнего периода наблюдения, представлены в таблице 1. Женщины, постоянно получающие кальций и витамин D, были старше; по всей вероятности, никогда не курили, получали меньше лекарственных препаратов и были более обеспечены в материальном плане.

Выживаемость в течение первых двух лет наблюдения. После полной корректировки показатель отношения риска (ОР) развития ИМ, инсульта или смерти в группе тех, кто продолжал прием добавок в первые два года, составил 0,92.

Выживаемость через два года. Средний период наблюдения после двух лет – 731 день (от 1 до 2188 дней). Данные таблицы 2 отражают возраст и полностью скорректированный показатель ОР для основных и второстепенных исходов через два года после начала приема добавок. Поскольку нас интересовали главным образом сердечно-сосудистые нарушения или смерть, после полной корректировки было отмечено, что женщины, которые принимали добавки менее чем 90 дней в первые два года исследования, в сравнении с теми, кто получал кальций и витамин D непрерывно, имели незначительно более низкий риск (ОР 0,82) развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сходное несущественное снижение риска выявлено и в остальных результатах исследования (табл. 2). При анализе данных, касающихся всех женщин независимо от наличия сердечно-сосудистой патологии в анамнезе перед началом приема добавок, риск основного исхода был одинаковым (ОР 0,88). У пациенток с ИБС в анамнезе перед началом приема добавок также не выявлено никаких доказательств повышения риска сердечно-сосудистого события или смерти (ОР 1,06). Не обнаружено подтверждения того, что эффект от приема добавок кальция и витамина D отразится на частоте развития основного исхода.

Недавно возникшая озабоченность по поводу безопасности для ССС применения препаратов кальция является следствием появившейся информации о данных вторичного анализа результатов РКИ. Возникла гипотеза, предполагавшая, что длительный прием кальция имеет кумулятивный эффект и негативно сказывается на ССС, что проявляется спустя два года после начала приема препарата.

Наше исследование позволяет разрешить этот вопрос на основании данных крупного неизбирательного популяционного испытания среди пожилых женщин, в котором анализировали применение добавок, содержащих и кальций, и витамин D, а не только лишь кальций.

Несомненно, результаты доказательных исследований, основанных на длительных наблюдениях, могли бы быть достовернее, однако маловероятно, что в ближайшее время будут проводиться крупные РКИ, посвященные изучению пищевых добавок, содержащих кальций и витамин D. Кроме того, любое новое исследование потребует по меньшей мере пяти лет для подтверждения сердечно-сосудистых эффектов. В то же время именно такие долгосрочные наблюдательные исследования играют важную роль в решении клинических задач, и мы считаем, что наш

Таблица 1. Двухлетняя выживаемость и характеристики пациенток, впервые получавших кальций и витамин D на протяжении 2000-2005 гг.; разделение на группы в зависимости от назначения препаратов в течение первых двух лет

Переменная	Прием кальция и витамина D в течение первых двух лет (n = 9910)							
	1-90 дней		91-365 дней		366-600 дней		601-730 дней	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Общее к-во пациенток, находящихся под наблюдением более 2 лет	1638	16,5	3527	35,6	2550	25,7	2195	22,2
Средний возраст, в котором был начат прием препаратов (лет)	73,8		75,2		76,1		76,7	
К-во пациенток, начавших прием препаратов (по годам)								
2000/2001	411	25,1	666	18,9	445	17,5	405	18,5
2002/2003	528	2,2	1182	33,5	851	33,4	751	34,2
2004/2005	699	42,7	1679	47,6	1254	49,2	1039	47,3
Средний период наблюдения после истечения 2-летнего периода наблюдения (дни)	811		762		749		773	
Прием добавок на 730-й день наблюдения	31	1,9	535	15,2	1461	57,3	1911	87,1
Прием бисфосфонатов как минимум дважды в первые 2 года наблюдения	430	26,3	1429	40,5	1183	46,4	1043	47,5
Прием эстрогенов в течение двух лет независимо от начала приема кальция и витамина D	294	18,0	586	16,6	434	17,0	314	14,3
Среднее к-во препаратов, назначенных в течение одного года перед началом приема добавок	7,9		7,9		7,4		6,9	
ACORN-статус пациенток								
Очень высокий уровень обеспеченности	515	31,4	1111	31,5	875	34,3	743	33,9
Проживающие в комфортных городских условиях	102	6,2	234	6,6	177	6,9	153	7,0
Средний уровень обеспеченности	545	33,3	1220	34,6	876	34,4	763	34,8
Малообеспеченные	146	8,9	328	9,3	197	7,7	178	8,1
Проживающие за чертой бедности	290	17,7	571	16,2	380	14,9	330	15,0
Информация отсутствует	40	2,4	63	1,8	45	1,8	28	1,3
Курение в момент начала приема препаратов								
Не курили никогда	873	53,3	1853	52,5	1480	58,0	1248	56,9
Курили раньше	303	18,5	648	18,4	365	14,3	308	14,0
Курение в настоящее время	424	25,9	952	27,0	666	26,1	605	27,6
Информация отсутствует	38	2,3	74	2,1	39	1,5	34	1,6

новаторский дизайн исследования дает возможность решить проблему достоверности данных.

Результаты экспериментального наблюдательного исследования могут быть некорректными из-за различий между группами пациенток, которые получали или не получали препараты. Мы провели наш анализ таким образом, чтобы свести к минимуму возможность погрешностей. Вероятнее всего, что при одинаковых вводных данных (сопутствующая патология, социально-экономические факторы) результаты, полученные в различных группах пациенток (принимавших и не принимавших кальциевые добавки) будут радикально отличаться друг от друга. Так, согласно действующему в Великобритании клиническому руководству, прием кальциевых добавок рекомендуется женщинам пожилого возраста, в частности ослабленным пациенткам или тем, кто не в состоянии передвигаться без посторонней помощи. Поскольку ограничением для включения в наш анализ служило получение пациенткой хотя бы одного курса приема кальция с витамином D, мы свели к минимуму воздействие этого фактора на результаты исследований. Добавки, содержащие кальций и витамин D, можно свободно приобрести без рецепта. Таким образом, применение таких препаратов без назначения врача может привести к некорректным

Таблица 2. Коэффициенты риска для основных исходов*

Прием кальция	С учетом возраста пациентки		С учетом всех факторов**	
	ОР	95% ДИ	ОР	95% ДИ
Время до ИМ, инсульта или смерти n = 9679, число событий (ЧС) = 993 (10,3%) К-во дней				
1-90	1,0	–	1,0	–
91-365	0,88	0,74-1,06	0,90	0,75-1,08
366-600	0,69	0,57-0,84	0,74	0,60-0,90
601	0,70	0,57-0,85	0,82	0,67-1,01
Время до установления диагноза ИБС (ИМ, стенокардия или реваскуляризация) n = 9762, ЧС = 150 (1,5%) К-во дней				
1-90	1,00	–	1,00	–
91-365	0,84	0,54-1,32	0,87	0,55-1,38
366-600	0,60	0,36 1,00	0,67	0,40 1,13
601	0,60	0,36-1,01	0,71	0,42-1,22
Время до ИМ n = 9829, ЧС = 81 (0,8%) К-во дней				
1-90	1,0	–	1,0	–
91-365	1,22	0,64-2,34	1,28	0,66-2,48
366-600	0,63	0,29-1,35	0,65	0,30-1,42
601	0,65	0,30-1,40	0,73	0,34-1,60
Время до инсульта или преходящих НМК n = 9708, ЧС = 236 (2,4%) К-во дней				
1-90	1,0	–	1,0	–
91-365	0,73	0,51-1,07	0,74	0,51-1,08
366-600	0,72	0,48-1,08	0,74	0,49-1,11
601	0,74	0,49-1,11	0,79	0,52-1,18
Время до смерти n = 9910, ЧС = 821 (8,3%) К-во дней				
1-90	1,0	–	1,0	–
91-365	0,91	0,75-1,11	0,92	0,75-1,13
366-600	0,70	0,56-0,88	0,74	0,59-0,93
601	0,72	0,58-0,91	0,86	0,68-1,08

* Представлены коэффициенты риска для основных исходов и другие результаты по истечении двухлетнего периода наблюдения для пациенток, длительно принимавших кальциевые добавки с витамином D в течение первых двух лет наблюдения.

**Далее – с поправкой на статус курения в момент начала приема препаратов, год начала приема, количество различных препаратов, принимаемых в течение года перед началом приема кальциевых добавок, и ACORN-статус.

результатам сравнения групп лиц, получавших кальциевые добавки и не принимавших таковых. В то же время только пациентки после 60 лет имеют право на бесплатное получение таких препаратов. На практике это означает, что употребление кальциевых добавок женщинами до 60 лет не поощряется, поскольку они вынуждены приобретать их за свой счет. Это снижает вероятность искажения результатов исследования за счет данных о пациентках, принимающих эти добавки самостоятельно, т.е. без врачебного контроля.

В итоге было выявлено следующее. Женщины, продолжившие прием кальциевых добавок, были более здоровыми в принципе, принимали меньше лекарств, имели меньше сопутствующих патологий; среди них отмечалось мало курящих и больше высокообеспеченных. Эти данные соответствовали результатам более ранних наблюдений, которые свидетельствовали о том, что превентивные мероприятия прежде всего показаны здоровым пациенткам с высоким уровнем благосостояния. В нашем анализе мы смогли учесть эти факторы.

Мы также рассмотрели первичный риск в первые два года после приема добавок на протяжении 6 мес и выявили, что среди женщин, принимавших кальций и витамин D, показатель ОР развития кардиоваскулярных событий практически такой же, как и

в последующие два года. Аналогичный показатель ОР до и после истечения двухлетнего периода для пациенток, которые по-прежнему принимают препараты кальция с витамином D, доказывает, что они не имеют кумулятивного эффекта, который мог бы пагубно сказываться на здоровье женщин через два года. Эти данные отражены в характеристиках состояния здоровья тех пациенток, которые принимают добавки. Иными словами, наши результаты подтверждают, что прием кальциевых добавок вместе с витамином D в течение длительного времени не приводит к серьезным осложнениям.

В базах данных по учету первичной помощи обычно не указывают причину смерти, поэтому выявить случаи внезапной смерти от ИБС или инсульта не представляется возможным. Однако наши результаты анализа всех случаев смерти от ИБС и инсульта согласуются с выводами о том, что в Великобритании около 40% женщин в возрасте старше 65 лет умирают от патологии ССС. Это означает, что влияние кальция в этом случае останется незамеченным, если его прием обусловливает специфические фатальные последствия в виде сердечно-сосудистых событий.

Выводы

Наше исследование проводилось либо для подтверждения, либо опровержения появившихся в последнее время сведений о повышении риска развития заболеваний ССС (ИМ, инсульта) и внезапной смерти от этих патологий у пациенток, получающих кальциевые добавки – ОР 1,43 (95% ДИ: 1,01-2,04). В ранее проведенных исследованиях не отмечено вредного воздействия данных препаратов.

Полученные нами данные согласуются с результатами крупнейших РКИ, проведенных ВОЗ для оценки влияния кальциевых добавок и витамина D, назначаемых в комплексе. В ходе выполнения этих исследований не было найдено никакого подтверждения влияния данных добавок на частоту ИБС, инсульта или смерти от заболеваний ССС.

Менее чем у 5% участниц отмечена патология ССС на момент включения их в это исследование. Это совпадает с нашими вводными данными, поскольку мы также исключали из исследования женщин с ранее установленными заболеваниями ССС. Авторы недавнего вторичного анализа пытались объяснить несовпадение их выводов с данными ВОЗ тем, что в их популяционное исследование были включены женщины старшего возраста. Кроме того, эти пациентки не использовали заместительную гормональную терапию (ЗГТ) в отличие от исследования ВОЗ. Однако женщины, включенные в наше исследование, в среднем были еще старше, чем в обоих этих исследованиях, и также редко применяли ЗГТ. Поэтому различия в полученных результатах нельзя объяснить вышеназванными причинами. Возможно, не учитывались другие факторы, которые могли повлиять на результаты исследований (например биодоступность препаратов, уровень комплаенса, индекс массы тела). Так или иначе, наше популяционное исследование позволило охарактеризовать категории пациенток, принимающих кальциевые добавки, и комплаенс.

Мы не можем пояснить результаты исследований, проведенных в Новой Зеландии, в которых говорится о вреде для ССС, ассоциируемом с приемом добавок, содержащих только кальций (без витамина D). Точно так же мы не можем делать каких-либо выводов о вероятном или реальном биологическом эффекте, оказываемом на ССС в результате приема добавок кальция, но уже с витамином D.

В этом аспекте весьма важными являются результаты недавно проведенных исследований, которые показали, что дефицит витамина D является фактором риска для развития заболеваний ССС.

Из всего сказанного выше можно выделить следующие ключевые моменты.

- Существующие данные свидетельствуют о том, что кальциевые добавки с витамином D не имеют ни позитивного, ни негативного влияния на состояние ССС и смертность от заболеваний ССС.
- Вторичный анализ данных, полученных в ходе РКИ, показал результаты, вызвавшие опасения специалистов, а именно: долгосрочный прием кальциевых добавок повышает риск сердечно-сосудистых событий. При этом любая потенциальная польза менее значима в сравнении с потенциальным вредом от приема таких добавок.
- Наблюдательное исследование, проходившее в Великобритании, касалось представителей популяции, которые принимают кальциевые и комбинированные (кальций с витамином D) добавки на протяжении длительного периода времени. В нем не обнаружено неблагоприятного воздействия в плане повышения риска возникновения патологии ССС или смерти.
- Полученные нами данные свидетельствуют о том, что прием кальциевых добавок с витамином D, которые в настоящее время используются в Великобритании, безвреден.

Назначение добавок, содержащих кальций и витамин D, пожилым женщинам в Великобритании в период с 2000 г. до начала исследования увеличилось в четыре раза. Любое повышение смертности или рисков со стороны ССС, которое ассоциируется с приемом кальциевых добавок, – чрезвычайно важный момент для всего мирового врачебного сообщества. Наши исследования подтверждают выводы, сделанные на основании данных, полученных при проведении крупных РКИ. Суть их сводится к тому, что прием кальция и витамина D не оказывает ни положительного, ни отрицательного эффекта на сердечно-сосудистые события и смертность от патологии ССС в популяции при условии, что этих заболеваний не было выявлено на момент начала приема добавок.

Подготовила Ольга Жигунова

С полной версией статьи можно ознакомиться: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19757413

Доверительный разговор с детьми на темы «взрослой жизни»

О.В. Ромащенко, д.мед.н., профессор, главный научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии Института урологии НАМН Украины

Вопросы полового воспитания детей и подростков всегда были сопряжены с немалыми трудностями в их решении. В каждой стране мира они воспринимались и воспринимаются поразному, в соответствии со сформировавшимися традициями общества и семьи, социальными и экономическими предпосылками, влиянием религии.

За многие годы работы убедилась, что раскрывать подобные темы сложнее всего, особенно в общении с собственными детьми. В то же время игнорировать их недопустимо: открытость и доступность информации об интимной жизни человека, представляемой достаточно часто в искаженной форме, нивелирует основные ценности отношений в любом обществе. При этом формируется дефицит «иммунитета» к любому негативу у тех, кто открывает дверь во «взрослую жизнь».

Важно, чтобы любое проявление интереса такого рода у наших детей стало естественным источником искреннего общения. В данном случае таковое возможно с помощью любимых книг, картин, кинофильмов и музыки.

Несомненно, половое воспитание детей и подростков как элемент общей культуры является необходимым и значимым в формировании их адекватного отношения к тем изменениям, которые происходят в организме и восприятии окружающего мира.

Кто же такие подростки?

В соответствии с классификацией ВОЗ, термин «подростки» объединяет людей в возрасте от 10 до 19 лет, «молодежь» – от 15 до 24 лет, а «молодые люди» – от 10 до 24 лет.

Во многих странах мира подростки самостоятельно принимают решение в отношении выбора полового поведения и времени вступления во «взрослую жизнь». Именно там отмечен высокий уровень абортов среди несовершеннолетних. Язык статистики объективен: ежегодно во всем мире производится около 50 млн абортов, из них 10% приходится на долю юных женщин – от 15 до 19 лет.

Большинство беременностей в этом возрасте в силу различных причин незапланированные, а 75% детей рождаются в неполной семье, без отца. Поэтому обоснование использования эффективной контрацепции именно в юном возрасте является одной из значимых стратегических задач современной медицины. При этом, как свидетельствуют результаты проведенного анкетирования, нельзя не отметить, что реальная информация о методах планирования семьи не соответствует потребностям девушек и юношей. И это в период, когда во всем мире отмечена либерализация половых отношений среди несовершеннолетних. Так, к примеру, в 1964 г. только 14% юношей и 5% девушек имели опыт сексуальных отношений, а в 2009 – уже 48 и 54% соответственно.

Бесспорно, эти цифры раскрывают цепь последующих проблем, связанных с формированием нарушений репродуктивной способности юных мужчин и женщин. Кроме того, было отмечено, что частота воспалительных заболеваний половых органов у девушек, имеющих опыт сексуальных отношений, в 3-4 раза выше, чем у женщин фертильного возраста. А это в свою очередь предопределяет по-прежнему высокий уровень бесплодия (15-20%) в супружестве, невынашивания беременности, психологических конфликтов в паре. К тому же молодежь вступает в брак в более позднем возрасте, откладывая рождение ребенка на период после 28-30 лет. При этом половая зрелость и половая активность проявляются значительно раньше. Например, время начала менструации (менархе) наблюдается в среднем в 12,4 года (от 11 до 15 лет), а еще 10 лет тому назад – в 13,9 года.

И все же репродуктивный потенциал молодежи отождествляется с перспективой поколения и должен рассматриваться с позитивной точки зрения будущего развития в неразрывной связи с восприятием и особенностями социального и культурного состояний общества. Поэтому если подростки независимо принимают решение о начале половых отношений в юном возрасте, необходимо им тактично и обоснованно предоставить необходимую систему знаний, чтобы способствовать снижению степени риска негативных последствий такого решения и отдалению дебюта половых отношений.

Для каждого человека независимо от возраста сексуальное здоровье – это состояние благополучия в проявлении своей сексуальности, предупреждении нежелательной беременности, профилактике распространения инфекций, передающихся половым путем, и СПИДа, свободы от насилия.

Один из учеников Зигмунда Фрейда, Вильгельм Райх, выделяя особенности меняющегося мира, отмечал, что «при изменении экономических отношений в обществе в воздухе накапливается потенциал сексуальной свободы». Ученый выделял основные моменты, предопределяющие сексуальную революцию:

- доступность контрацептивных средств и возможность планирования желанной беременности в оптимальное для этого время;
- протест молодежи против ханжества общества и недосказанности в отношениях мужчины и женщины;
- возрождение феминизма в новых проявлениях;
- большая открытость в отношениях, эмоциональная свобода и сексуальная раскованность.

Несмотря на сложные преобразования мира в каждый период времени, извечными остаются человеческие ценности. При любых расколах истории и формирующихся традициях «материнства не взять у Земли, не отнять, как не вычерпать моря».

Михаил Ромм в обращении к человечеству в своем последнем документальном фильме «И все-таки я верю...», выделяя неразрывную связь эпохи и особенностей складывающихся отношений между мужчиной и женщиной, отмечал: «Как бы быстро не вращалась земля, придавая ускорение мыслям и проявлениям эмоций, все всегда возвращается на круги своя – оправданными остаются лишь взаимная искренность чувств и отношений...»

Время всегда расставляет свои акценты. В наши дни проблема одиночества, часто как следствие виртуального восприятия происходящего в ускоряющемся времени, формирующегося сценария поверхностных отношений, – путь к разочарованию и утраченных надежд. И все же в любом возрасте, как бы ни складывались обстоятельства, каждый человек надеется на возможность быть воспринятым, проявить свой талант, свою неповторимость.

Осознание человеческих ценностей и раскрытие способностей формируется в едином ключе и предопределено совокупностью предпосылок и состоянием внутренней готовности к этому. В воспитании детей необходимо достигать максимального совпадения этих составляющих. В связи с этим весьма необходимо понимать, что каждый возрастной период предопределен соответствующими задачами и перспективами. При постижении философии Востока открываются жизненно важные этапы:

- молодость – до 20 лет;
- создание семьи – до 30 лет;
- выполнение общественных обязанностей – до 40 лет;
- познание собственных заблуждений – до 50 лет;
- последний творческий период – до 60 лет;
- желанный период жизни – до 70 лет;
- старость – после 70 лет.

Каждый из этих этапов связан с определенным состоянием духовного насыщения и эмоций, позволяющих по-новому воспринимать мир, перелистывая страницы жизни.

Достигая зрелости, постигая собственные ошибки и разочарования, каждый человек надеется на возможность восприятия своими детьми всего происходящего в более ярких и теплых красках.

Ю.Б. Норштейн, известный режиссер и художник-мультипликатор, анализируя вечную недосказанность в отношениях родителей и детей, отмечал, что одним из лучших проводников в общем позитивном восприятии реальности есть искусство: «Наша жизнь – ежеминутный сгусток времени и пространства, не перестающих оживать с новой силой на полотнах Рембрандта, Пикассо, Ван Гога, Малевича. Искусство – это ключ к общему познанию и открытию мира, единению душ».

Это объяснение в любви друг к другу с ощущением неповторимости времени. «Искусство – это наша жизнь. Облегчить жизненные страдания – его главная задача», – утверждал Огюст Роден. И в унисон

Прогулка с детьми (Timoleon Marie Lobrichon)

этому Пабло Пикассо отмечал: «Любое творчество всегда сексуально. Это путь к избавлению от одиночества в жизни любого человека». В этой связи Борис Пастернак писал: «А наша жизнь – это попытка прорваться друг к другу в надежде быть услышанным».

Как же можно услышать, а тем более понять своих детей, если в повседневном общении родители уделяют им не более 7 минут. При этом они забывают, что доверительные отношения с детьми возможны при условии тактичного участия в их жизни. Именно такое общение позволяет открыть мир своей души и своего ребенка, почувствовать, как они (эти два мира) могут соединиться. Возможно, это и есть дорога к самому себе.

Своевременный разговор с детьми позволяет расставлять не только правильные акценты на ориентирах времени и ситуаций, но и обращать внимание на радугу ощущений и изменения в восприятии самого себя в каждом времени.

Сказка – три читающие девочки (Walter Firle)

К тому же подростки за 2-3 года до возможных этапов взросления должны быть проинформированы и готовы к физиологическим изменениям и их проявлениям в организме. При этом разговор, касающийся подобных преобразований, обязательно должен быть тактичным и доверительным. Любое проявление давления или жесткости со стороны родителей, педагогов, медиков может вызвать обратную, негативную, реакцию со стороны подростков.

Возможность слышать и понимать друг друга – это возможность открыть дверь в мир с яркими красками.

Каков же он этот мир?

Как отмечают сами дети, он цветной. При этом каждый цвет имеет свое значение и свою насыщенность: синий – цвет глубины, серый – цвет мысли, коралловый – цвет эмоций, желтый – цвет радости, красный – цвет насыщенности. Точнее не скажешь! Все, что окружает нас в этом мире, имеет свою неповторимость, значимость и ценность.

Все важное – просто, как и ощущение того, что жизнь – подарок, жизнь – открытие, жизнь – вдохновение! Это мы интуитивно впитываем и понимаем с раннего детства и растрачиваем с возрастом. Как говорил Ролан Быков: «Дети – большие мудрецы, чем взрослые».

Несомненно, жизнь – готовность открытия новых ощущений и чувств. Мальчики и девочки, юноши и девушки, мужчины и женщины – каждый имеет свою особенность восприятия мира вокруг себя и в самом себе.

Коко Шанель любила повторять: «Если женщина не забыла, что мужчина – ребенок, она знает о нем все». «Мир женщины – это постоянное утверждение любви, созидающей, согревающей, насыщающей» (Марк Шагал).

Сейчас мы все чаще говорим о проблеме женского и мужского одиночества, возрастной нетерпимости и частоте межличностных конфликтов. Все это во многом предопределено неподготовленностью к семейным отношениям, неумением понимать, слушать друг друга и воспринимать каждого с уважением любых проявлений неповторимости.

Способность к любви генетически заложена в каждом человеке и развивается задолго до формирования сексуальности. Это удивительное качество формируется под воздействием сказок, любви к ветру, дождю, солнцу – всему тому, что окружает нас в этом меняющемся и неповторимом мире. Это, безусловно, воспитание искренности, сопереживания, способности ощущать боль другого человека и, естественно, помочь в избавлении от нее.

Любовь – ведущая потребность человека, обеспечивающая поток жизненных сил, позволяющих утвердиться в мире. По словам польского кинорежиссера Кшиштофа Занусси, в любви мы становимся уязвимыми, мы становимся зависимы. Однако, если смотреть на мир без любви – мы не сможем его понять и почувствовать. «Любить – значит жить жизнью того, кого любишь», – утверждал Лев Толстой.

Задача родителей – воспитывать в детях способность к любви и ответственность за бережное отношение к этому чувству. При этом следует помнить, что в формировании настроенности на любовь наиболее значимым аргументом при этом есть атмосфера родительского дома, семьи. Нет ничего важнее искренности и естественного доверия в отношениях друг с другом, детей и родителей. Потому-то в душе каждого ребенка всегда преобладает желание подражать самым близким людям. В большинстве случаев они воспринимают искренность отношений и чувств через сформировавшиеся традиции семьи. Это убедительно проявляется в ответах школьников на вопрос: «Что такое любовь?» Большинство из них отмечают, что это:

- общность интересов и взглядов;
- тайна, которую каждый должен открыть сам;
- непредсказуемое многоцветное чувство;
- полное доверие в отношениях;
- такое состояние души, когда мир представляется в ярких красках;
- когда двое понимают друг друга, как себя;
- призыв природы.

Влюбленный человек всегда излучает тепло и не способен на проявления злости, ненависти.

Почти как у Гарсиа Маркеса:
«Любовь сильнее обстоятельств,
сильнее болезни,
сильнее старости,
сильнее ненависти,
сильнее войны,
сильнее бедности».

Бесспорно одно: когда влюбляешься – открыт для всего мира, в противном случае шлюзы жизненных потоков закрываются.

Вселенская любовь, заполняющая мир светом, и есть основным стержнем всего происходящего, что позволяет оставаться людьми в самых непростых ситуациях. Именно она делает человека неповторимым, определяя бесконечность граней его красоты и таланта. Эта красота как свечение притягивает к себе, что, по мнению Одри Хепберн, всегда есть основным наполнением харизматичности.

«Чтобы губы были привлекательными, говори ими красивые слова.

Чтобы глаза были красивыми, ищи ими хорошее в людях.

Для стройности фигуры раздели свою пищу с голодным.

Для красоты волос позволь ребенку запустить в них свои пальчики.

Для душевного спокойствия живи с уверенностью, что никогда не будешь в одиночестве.

Люди нуждаются в восстановлении и возрождении, никогда и никого не отвергай.

С возрастом ты поймешь, что у тебя две руки: одна – чтобы помочь себе, другая – чтобы помочь другому».

Руководствуясь такими принципами, можно было бы познать рай и в земной жизни. А единственный рай – это состояние влюбленной души, по-прежнему основной камертон счастья мужчины и женщины в их вечном и неповторимом союзе. Интимность таких отношений – как тонкая нить, особое эмоциональное пространство, общение, в одночасье и хрупкое, и мощное – в зависимости от сложившихся традиций и духовного источника единения.

Воистину должны прилепиться друг к другу, чтобы чувствовать друг друга и единый мир вокруг себя...

Мать и дочь (Jean Monti)

Как об этом рассказать детям?

Какие слова найти, чтобы поговорить и о сексуальности?

Каждый человек сексуален и в этом проявлении неповторим. Более того, сексуальность и внутренний потенциал человека всегда сопоставимы и предопределяются множеством факторов: биологическими, психологическими, социальными, экономическими, политическими, культурными, этническими, правовыми, историческими, семейными, особенностями вероисповедания и т.д.

Сексуальность переживается и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, установках, поведении, отношениях и, конечно же, в любом творческом проявлении. Она в первую очередь предопределена достижением определенного возрастного этапа, когда наступает состояние переоценки мира и всего происходящего в нем, когда самые сложные моменты в отношениях двоих упрощаются сами по себе, когда наступает подходящее время насыщенных эмоций, т.е. когда ощущаешь способность их переживать. Это период возрастной зрелости. Именно с этим в значительной степени связана возможность достижения гармонии в интимных отношениях мужчины и женщины.

Счастливые сексуальные отношения с насыщением позитивными эмоциями обеспечивают очень близкое, единственное в своем роде, общение. Такое общение, связанное с незабываемыми моментами жизни, обогащает и преображает, порой значительно, жизнь каждого. Именно это во многом определяет вкус жизни.

Нужно найти слова, возможности, чтобы научить своих детей ценить каждый день, каждый час, каждую минуту.

Как объяснить, что жизнь можно прожить, сохраняя позицию пассивного наблюдателя, и это не лучший вариант? Ведь можно быть ее активным участником, ощущая радость каждого дня, свою востребованность и неповторимость. При этом важно понимать и помнить, что доверительное и бережное отношение друг к другу на длинной дистанции жизни – ключ к счастью.

Родители должны осознавать, что дети имеют полное право на собственную жизнь, и они не смогут прожить ее за них. При этом ностальгию по детству каждого взрослого можно нейтрализовать извечной реализацией несбывшихся детских надежд и возможностей. Именно через детей можно по-новому пережить и пропустить через себя неповторимые эмоции, связанные с каждым этапом взросления.

Это возможно при условии если:

- уметь слушать своих детей;
- слышать своих детей;
- понимать своих детей;
- любить их!

И тогда возникнет реальная возможность не раз пережить моменты общей радости, счастья, единения и убедиться, что жизнь – подарок, открытие, чудо в любом движении времени.

Уважаемые коллеги!

Имеем честь сообщить вам, что 3-5 мая 2012 г. в Судаке АР Крым состоится конференция с международным участием **«Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии»**.

Приглашаются врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, руководители лечебно-профилактических учреждений, специалисты по организации акушерско-гинекологической службы, медицинские представители.

Координатором конференции является ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», организатором – кафедра акушерства и гинекологии № 2 Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского (зав. кафедрой – д.мед.н., профессор И.И. Иванов).

Тематика основных научно-практических направлений конференции

- Антенатальная охрана плода
- Современные подходы к диагностике и лечению осложнений беременности
- Проблемы бесплодия и применение современных вспомогательных репродуктивных технологий
- Диагностика и коррекция гормональнозависимых заболеваний репродуктивной системы
- Вопросы детской гинекологии
- Современные проблемы неонатологии
- Инфекции в акушерстве, гинекологии, неонатологии
- Вопросы оперативной гинекологии
- Вопросы сексологии и сексопатологии
- Патология шейки матки

Для участия в работе конференции необходимо заполнить регистрационную форму (заявку на участие) и выслать в адрес оргкомитета до 20 апреля 2012 г.: ТМО Симферопольского района, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ул. Луговая, 73, г. Симферополь, АР Крым 95033.

Регистрационный взнос – 400 грн.

Контакты: (0652) 690-474 (до 14:00); 050 979-65-41; 095 311-52-69;
www.ac-gyn-sudak.com.ua; e-mail: prochan@mail.ru

Полная информация доступна на сайте журнала: www.mazg.com.ua

Оргкомитет

Бедный ответ

Назаренко Т.А., Краснопольская К.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 80 с.

В книге раскрыта актуальная проблема современной репродуктивной медицины – сниженный ответ яичников на стимуляцию гонадотропинами, что обусловливает низкую эффективность проведения программ экстракорпорального оплодотворения у данного контингента пациенток.

Рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза «бедного ответа», диагностики этого состояния и тактики ведения больных, имеющих низкие показатели овариального резерва. Впервые дана оценка роли андрогенов в патогенезе формирования «бедного ответа» и значению андрогенсодержащих препаратов при ослабленной реакции яичников на гонадотропную стимуляцию. Представлены практические рекомендации по ведению пациенток молодого и старшего возраста со сниженным потенциалом яичников. Издание может стать настольной книгой для врачей акушеров-гинекологов, специализирующихся на проблеме бесплодного брака.

Инфекционные болезни и беременность

Климов В.А. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с.

Книга посвящена проблемам ранней диагностики, дифференцированного выбора лечения и акушерской тактики при инфекционных заболеваниях во время гестации. Рассмотрены наиболее часто встречающиеся их виды, приводящие к патологическому течению беременности, осложнениям со стороны матери и плода. В отдельной главе раскрыты вопросы диагностики и лечения внутриутробной инфекции. Каждый раздел книги четко структурирован в соответствии с алгоритмом изложения. Особое внимание уделено вопросам посиндромной дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний во время беременности. Описание каждой нозологии сопровождается рекомендациями по выработке тактики ведения беременности, родов, послеродового периода, изложением особенностей оказания помощи плоду и новорожденному.

Издание ориентированно на акушеров-гинекологов, инфекционистов, терапевтов, семейных врачей, а также на интернов перечисленных специальностей.

Рак молочной железы. Химиотерапия и таргетная терапия

Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Манихас А.Г. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 360 с.

В монографии представлены современные стандарты химиотерапии рака молочной железы (РМЖ). К таргетной терапии авторы относят не только лечение, направленное на главную мишень – рецепторы эпидермального фактора роста человека 2, но и различные виды гормонотерапии, воздействующей на рецепторы эстрогенов и прогестерона. Отдельный раздел посвящен молекулярно-генетическому обоснованию патогенетического многообразия опухолей, отличающихся по прогнозу и чувствительности к различным видам системного лечения. В частности, подан анализ прогностического значения генной экспрессии РМЖ.

В книге представлены современные подходы к диагностике и лечению относительно редких, но высокоагрессивных форм рака: воспалительного, РМЖ на фоне беременности, РМЖ у мужчин, а также метастатического. Издание предназначено для онкологов, студентов медицинских вузов, кафедр последипломного образования.

Синдром гиперандрогении в практике акушера-гинеколога, дерматолога и эндокринолога

Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Рагимова З.Э., Герасимович М.Ю. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 112 с.

Руководство посвящено современным подходам к патогенезу, диагностике и лечению актуального и распространенного в настоящее время синдрома гиперандрогении. Описаны современные генетические факторы, которые необходимо учитывать при диагностике гиперандрогении различного генеза. Рассмотрены дерматологические проблемы, ассоциированные с данным заболеванием, в частности акне. Представлены методы диагностики адреногенитального синдрома, синдрома поликистозных яичников и связанных с ним нарушений углеводного обмена. Также поданы методы лечения гиперандрогении, ее проявлений при различных состояниях (при бесплодии, беременности, в ходе прегравидарной подготовки, в постменопаузе и ювенильном периоде). В конце приведена сводная таблица по всем параметрам гиперандрогении. Книга будет полезна для интернов, ординаторов, акушеров-гинекологов, дерматологов, эндокринологов.

Уважаемые читатели!

Перед вами один из номеров журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины» (МАЗЖ) Издательского дома «Здоровье Украины. Медицинские журналы».

Настоящая анкета распространяется с целью изучения мнений читателей о журнале. Мы будем вам благодарны, если вы ответите на поставленные вопросы и за внимание к нашему изданию.

Заполненную анкету просим выслать по адресу:

ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж, г. Киев, 04123 или по e-mail: arefieva@id-zu.com (с пометкой МАЗЖ).

Анкета читателя*

Ф.И.О. . . . . Возраст . . . . . .
Место работы (название медицинского учреждения и отделения). . . . . .
Специальность . . . . . Должность, ученая степень. . . . . .
1. Какое мнение у вас сложилось о МАЗЖ? . . . . . .
. . . . . .
2. Назовите три лучших материала номера:
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
3. Публикации каких авторов вы хотели бы видеть на страницах журнала МАЗЖ?
. . . . . .
. . . . . .
4. Какие недостатки, по вашему мнению, имеются в журнале? По возможности, приведите конкретные примеры. . . .
. . . . . .
. . . . . .
5. Предложите темы для будущих номеров МАЗЖ. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Присланная в адрес редакции анкета гарантирует получение следующего номера журнала бесплатно.

Укажите сведения, необходимые для отправки журнала.

Ф.И.О. . . . . .
Индекс . . . . . город (село) . . . . . район . . . . . область . . . . . .
улица . . . . . дом. . . . . корпус . . . . . квартира. . . . . .
тел.: . . . . . e-mail: . . . . . .

Согласны ли вы подписаться на рассылку анонсов мероприятий и выходов журнала? да ☐ нет ☐

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Інформація про передплату журналу «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Шановні читачі! Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в регіональному передплатному агентстві України за каталогом у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції «Видавничого дому «Здоров'я України. Медичні журнали».

Журнал «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Зацікавить терапевтів, неонатологів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів

Передплатний індекс – **95404**

Періодичність виходу – 10 разів на рік

Вартість передплати на рік – 250 грн

на півріччя – 125 грн

Наші реквізити:

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я жінки»

ЄДРПОУ 32775808

р/р 2600400910001 МФО 300108

Київська філія ПАТ «Банк «Київська Русь»

Відділ передплати: тел./факс: 391-31-40

E-mail: parubec@id-zu.com