

Новини

Родорозрешення через естественные родовые пути после кесарева сечения: новый взгляд на материнские и неонатальные исходы

Ученые из Орегонского практического центра доказательной медицины (США) провели систематический обзор доказательной базы по материнским и неонатальным исходам при родоразрешении через естественные родовые пути у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Поиск релевантных исследований проводили в базах данных MEDLINE, DARE и Cochrane databases (с 1980 по сентябрь 2009 г.), а также в недавно опубликованных систематических обзорах, списках литературы соответствующих по тематике статей, обзорах литературы, передовых статьях, контактировали с экспертами в данной области для получения необходимой информации. В обзор включали англоязычные публикации по исследованиям, проведенным в США и развитых странах и спланированным специально для оценки течения и исходов родов у женщин, перенесших ранее кесарево сечение. При этом исключали исследования, которые были сфокусированы на материнских или неонатальных состояниях высокого риска, включая роды через естественные родовые пути, но при тазовом предлежании плода, а также исследования с количеством участников менее 10 или низкого качества.

Всего было идентифицировано 3134 ссылки на соответствующие тематике статьи, из них 963 были рассмотрены на предмет включения в обзор. Затем проведена качественная оценка 203 соответствовавших критериям включения публикаций. В целом уровень неблагоприятных материнских исходов был низким как при попытке родоразрешения через естественные родовые пути, так и при проведении планового повторного кесарева сечения. Однако материнская смертность была достоверно выше при повторном кесаревом сечении (0,013% vs 0,004% при родоразрешении через естественные родовые пути). Достоверные различия по частоте гистерэктомии, маточного кровотечения и необходимости в переливании крови не установлены. Риск разрыва матки у женщин с кесаревым сечением составил в целом 0,3% и был достоверно выше при попытке родоразрешения через естественные родовые пути (0,47% vs 0,03% при плановом повторном кесаревом сечении). Перинатальная смертность также была достоверно выше при попытке родоразрешения через естественные родовые пути (0,13% vs 0,05% при плановом повторном кесаревом сечении).

Авторы обзора сделали вывод, что имеющиеся сегодня доказательства позволяют рассматривать родоразрешение через естественные родовые пути как обоснованный выбор у большинства женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Неблагоприятные исходы у этой категории пациенток отмечаются редко как при проведении планового повторного кесарева сечения, так и при попытке родоразрешения через естественные родовые пути. Результаты исследований, проведенных до настоящего времени, недостаточно для того, чтобы выделить группы пациенток с более высоким риском неблагоприятных исходов.

Guise J.M. et al., *Obstet Gynecol.* 2010 Jun; 115(6): 1267-78

Подготовила **Наталья Мищенко**

Воспалительные заболевания органов малого таза: когда лечение должно быть начато незамедлительно

12-14 мая 2010 г. в Судаке состоялась международная конференция «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии», организаторами которой выступили Министерство здравоохранения Украины, Министерство здравоохранения Автономной Республики Крым и Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского. Насыщенная научная программа этого масштабного форума ученых и клиницистов, посвятивших свою профессиональную жизнь заботе о сохранении здоровья женщин и их детей, включала обсуждение широкого круга научных и практических вопросов современного акушерства, гинекологии, перинатологии, репродуктологии, неонатологии, а также ряда междисциплинарных клинических проблем. Секционные и пленарные заседания, проходившие параллельно в четырех залах, в течение всех дней работы конференции вызвали значительный интерес ее участников, ведь на них обсуждались возможные пути решения тех проблем, с которыми в повседневной деятельности сталкивается каждый практикующий акушер-гинеколог. Одной из таких ключевых проблем современной гинекологии, безусловно, являются воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). О том, как изменились в последние годы взгляды на роль ВЗОМТ в генезе различной гинекологической патологии и о важности более ранней их диагностики и лечения, участникам конференции рассказала главный внештатный специалист МЗ Украины по детской и подростковой гинекологии, заместитель директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины, заведующая отделом эндокринной гинекологии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук. Предлагаем вниманию читателей краткий обзор основных положений ее выступления.

В настоящее время проблема ВЗОМТ стала одним из ключевых приоритетов среди научных интересов нашего коллектива — традиционно занимаясь вопросами эндокринной гинекологии, с течением времени и накоплением как собственных данных, так и данных научной литературы, мы продемонстрировали, что именно хронические воспалительные процессы женской репродуктивной системы, развивающиеся в молодом возрасте, становятся одной из ведущих причин последующего развития различной гинекологической патологии, в том числе и многочисленных дисгормональных заболеваний.

Проблема ВЗОМТ остро стоит во всем мире, и Украина — не исключение.

На сегодняшний день ВЗОМТ составляют до 60-65% в структуре заболеваемости среди амбулаторных гинекологических больных и до 30% среди госпитализированных пациенток (STD Treatment Guidelines, 2006). По данным опроса, проведенного среди украинских гинекологов (MEDI-Q, 2005), первое место среди нозологий, встречающихся на приеме у врачей-гинекологов, принадлежит именно воспалительным заболеваниям: влагалища и вульвы — 62,76%, шейки матки — 51,32%, яичников и маточных труб — 46,63%, матки — 30,21%. При этом пик заболеваемости ВЗОМТ приходится на возраст 15-25 лет; после 35 лет частота данной патологии снижается. Заболеваемость ВЗОМТ среди подростков в 3 раза выше, чем у 25-29-летних женщин, что, несомненно, связано с неуклонным увеличением количества сексуально-активных подростков и снижением возраста сексуального дебюта. К сожалению, это — данность сегодняшнего времени, о которой гинекологам необходимо не только знать, но и считаться с ней ввиду наличия совершенно определенных особенностей клинического течения и прогноза ВЗОМТ у пациенток данной возрастной группы. Дело в том, что у девушек-подростков ВЗОМТ, как правило, сразу принимают первично-хронический характер, что обусловлено такими возрастными физиологическими особенностями, как низкое по сравнению со взрослыми женщинами содержание эстрогенов и низкий уровень как местной, так и общей иммунной защиты. В результате для многих девушек-подростков уже первая «встреча» с возбудителями ВЗОМТ становится «роковой». Если частота выявления ВЗОМТ и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди взрослых женщин остается стабильной, не имея тенденции к повышению, то заболеваемость в группе девушек 15-17 лет остается высокой и продолжает расти; данная

тенденция особенно выражена в отношении хламидиоза и микоплазмоза.

По данным, приведенным в руководстве Центра по контролю и профилактике ИППП (2002), ключевая роль в этиологии ВЗОМТ в настоящее время принадлежит следующим возбудителям:

- N. gonorrhoeae — 40-50%;
- C. trachomatis — 30%;
- анаэробная флора, характерная для бактериального вагиноза, и другие грамположительные и грамотрицательные анаэробные и аэробные бактерии — до 15%;
- грамотрицательные бактерии (E. coli и др.) — до 15%;
- микоплазмы и уреоплазма — 12-20%;
- Actinomyces israelii (часто при ВМС);
- Trichomonas vaginalis — частота выявления значительно варьирует;
- герпесвирусные и аденовирусные инфекции — до 10%;
- возбудитель не выявлен — до 20%.

Следует отметить, что типичная клиническая картина ВЗОМТ за последние десятилетия значительно изменилась, и практикующие гинекологи стали свидетелями значительного патоморфоза этого заболевания. Так, в настоящее время в 60% случаев наблюдается субклиническое течение этого заболевания. У 36% пациенток течение ВЗОМТ является легким или среднетяжелым, а тяжелым — у 4%. Поэтому очень часто при субклиническом течении ВЗОМТ, характеризующемся минимальными диагностическими критериями, женщины не обращаются к гинекологу — сегодня врач, как правило, на приеме сталкивается уже с многочисленными осложнениями данной патологии при ее первично-хроническом течении. Согласно современным представлениям к осложнениям ВЗОМТ относят эктопическую беременность (в 10 раз чаще, чем в популяции здоровых женщин), эндометриоз (в 6 раз чаще, чем в популяции), синдром хронической тазовой боли (в 10 раз чаще, чем в популяции), бесплодие, вторичный поликистоз яичников. Показано, что после одного острого эпизода ВЗОМТ примерно в 10% случаев формируется бесплодие, а повторные эпизоды ВЗОМТ ассоциируются с 4-6-кратным повышением риска необратимого повреждения маточных труб.

Почему же так происходит? В настоящее время многими зарубежными и российскими учеными убедительно доказано, что хроническое воспаление гениталий ведет к разрыхлению соединительной ткани половых органов, нарушению микроциркуляции с развитием тканевой гипоксии, усилению продукции коллагеновых волокон и фиброзу, стимуляции синтеза факторов



Т.Ф. Татарчук

роста (в частности, ИПФР-1, ТФР), а также к изменению экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам. Сотрудница нашего отдела Н.В. Косей выполнила научную работу, результаты которой продемонстрировали важную роль усиления синтеза инсулиноподобного фактора роста I, а также изменения экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам в развитии лейомиомы матки (в случаях ее изолированного клинического варианта). Наличие хронического воспалительного процесса в полости матки у таких пациенток приводит к тому, что на фоне нормальных концентраций эстрогенов в сыворотке крови вследствие указанных рецепторных нарушений орган-мишень воспринимает это состояние как гиперэстрогению. В результате у многих женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий мы наблюдаем развитие гиперпролиферативных процессов при абсолютно нормальных показателях гормонального гомеостаза. В данном исследовании участвовало 1120 женщин репродуктивного возраста (18-49 лет) с лейомиомой матки; первую группу (n=450) составили пациентки с изолированной лейомиомой, вторую (n=670) — женщины с сочетанием лейомиомы матки и дисгормональной патологией молочных желез, третью (группу сравнения) — 250 гинекологически здоровых женщин соответствующего возраста. Как показал анализ анамнестических данных о наличии гинекологической патологии в прошлом, именно у пациенток 1-й группы с изолированной лейомиомой матки более часто — в 48,33% случаев — отмечались воспалительные заболевания гениталий (p<0,05, разница достоверна относительно показателя во 2-й и 3-й группах). У пациенток 2-й группы, напротив, наиболее часто отмечались нарушения менструального цикла.

Таким образом, учитывая раскрытую в последние годы роль ВЗОМТ в генезе различной дисгормональной патологии, доброкачественных опухолей половых органов, бесплодия и многих других серьезных осложнений, становится очевидной необходимость ранней диагностики и своевременного начала адекватной терапии. Практикующим гинекологам следует помнить, что для установления диагноза ВЗОМТ достаточно наличия у пациентки следующих минимальных диагностических критериев (CDC, 2006):

- болезненность при пальпации в нижней части живота;
 - болезненность в области придатков;
 - болезненные тракции шейки матки.
- В качестве дополнительных диагностических критериев рассматривают:
- повышение температуры тела;
 - патологические выделения из шейки матки или влагалища;
 - повышение уровня С-реактивного белка;
 - лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами, хламидиями;

– гистопатологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия;
– данные трансвагинальной сонографии или МРТ, выявляющие утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с возможным наличием в брюшной полости свободной жидкости или тубоовариального образования;
– обнаруженные при лапароскопии отклонения, соответствующие ВЗОМТ.

Следует подчеркнуть, что факт установления у пациентки минимальных клинических диагностических критериев может рассматриваться в качестве основания для незамедлительного назначения ей эмпирической антибиотикотерапии. В данной ситуации гинекологам можно порекомендовать руководствоваться основными принципами Европейского руководства по лечению ИППП (European Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infections, 2003). Согласно этому документу при отсутствии точных диагностических критериев рекомендуется эмпирическое лечение ВЗОМТ. При принятии решения о начале антибиотикотерапии врачу следует применять «низкий диагностический порог» ВЗОМТ. Это означает, что антимикробная терапия должна быть назначена при наличии минимальных критериев и отсутствии других причин, способных вызвать наблюдаемую симптоматику. При этом необходимо использовать те антибактериальные препараты, которые были бы одновременно эффективны против основных возбудителей ВЗОМТ: гонококков, хламидий и анаэробных микроорганизмов; предпочтение следует отдавать монотерапии препаратом с адекватным спектром противомикробного действия. Что касается рекомендуемых режимов антибиотикотерапии, то при легкой и средней степени тяжести ВЗОМТ амбулаторно проводится пероральная антибиотикотерапия (уровень доказательности А). При тяжелом или осложненном течении заболевания антибиотики вводят парентерально до достижения отчетливого клинического улучшения и еще в течение 24 ч; после этого переходят на пероральный прием препарата (уровень доказательности С). Выбор конкретного антибиотика должен основываться на данных о его эффективности и безопасности, подтвержденных в исследованиях, которые были проведены в строгом соответствии с принципами доказательной медицины. Эти данные, а также имеющиеся сегодня стандарты ВОЗ были положены в основу рекомендаций действующего Клинического протокола «Заболевания, передающиеся половым путем», который утвержден Приказом Министерства здравоохранения Украины № 582 от 15.12.2003. Согласно этому нормативному документу препаратами первого выбора для системной антибактериальной терапии ИППП являются макролиды, в частности азитромицин (Сумамед). При лечении ВЗОМТ можно использовать следующие схемы назначения Сумамеда:

– в первый день назначается 1 г однократно, а затем по 500 мг 1 раз в сутки в течение 5-7 дней;

– 500 мг однократно в первый день лечения, а затем по 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней (на курс 3 г);

– 1 г 1 раз в неделю в течение трех последовательных недель – в 1-й, 7-й и 14-й день (3 г на курс).

Использование данных схем монотерапии Сумамедом оптимально для пациенток с субклиническим течением ВЗОМТ – оно обеспечивает высокую эффективность амбулаторного лечения при хорошем комплаенсе и полном отсутствии физического и психологического дискомфорта, связанного с парентеральным введением антибиотиков, очень удобно для пациентки (прием препарата 1 раз в сутки). Кроме того, монотерапия Сумамедом, по спектру антимикробного действия максимально соответствующим требованиям к стартовой эмпирической антибиотикотерапии ВЗОМТ и обладающим высокой активностью в отношении

Сумамед®

... 20 лет успешной клинической практики




Инфекции, передающиеся половым путем

ТРИ ЛЕГКИХ ШАГА



- ☉ Острый неосложненный уретрит/цервицит – 1 г однократно.
- ☉ Осложненный, длительно протекающий уретрит/цервицит – по 1 г с интервалом в 7 дней (в 1-й, 7-й и 14-й дни).
- ☉ Воспалительные заболевания тазовых органов – по 500 мг в/в капельно 1-2 дня, затем по 1 капс. 250 мг в день до 7-го дня лечения.



Представительство в Украине
«Тева Фармацевтикал Индастриз ЛТД»
03680, г. Киев, ул. Физкультуры, 30в, БЦ «Фарингейт», 6-й этаж.
Тел.: (38044) 594 70 80, факс: (38044) 594 70 81
www.teva.ua

большинства их возбудителей, в том числе и атипичных патогенов (*C. trachomatis*, *U. urealyticum*), целесообразна и с экономической точки зрения.

Помимо обширного клинического опыта применения Сумамеда у женщин с ВЗОМТ, мы также изучили возможности применения этого препарата у 45 молодых пациенток с изолированной лейомиомой матки, госпитализированных с постэмболизационным синдромом, который развился после выполнения эмболизации маточных артерий. Пациентки основной группы (n=30) получали Сумамед (в первые 2 сут по 500 мг внутривенно, затем по 250 мг/сут в течение последующих 7 дней); больные контрольной группы – ципрофлоксацин в дозе 200 мг внутривенно 2 раза в сутки в течение 7 дней. Как показал

анализ полученных результатов, в группе пациенток, получавших Сумамед, средняя длительность температурной реакции была достоверно ниже, чем у женщин, которым был назначен ципрофлоксацин. На фоне терапии Сумамедом также было отмечено более быстрое снижение выраженности болевого синдрома, которая оценивалась по визуально-аналоговой шкале. Так, на 7-10-й день после начала лечения выраженность болевого синдрома у пациенток, принимавших Сумамед, составляла всего 0,6 балла (сразу после операции – 7,2 балла), в то время как у больных контрольной группы в те же сроки болевой синдром еще сохранялся, и его интенсивность оценивалась в 2,6 балла.

Таким образом, Сумамед в настоящее время по праву рассматривается как

препарат первого выбора при проведении эмпирической терапии ВЗОМТ, а также, как свидетельствует наш собственный опыт, при ведении пациенток с постэмболизационным синдромом. Помимо высокой клинической эффективности, хорошей переносимости, удобства в применении, возможности проведения при необходимости ступенчатой терапии, важным преимуществом лечения Сумамедом является обеспечение высокого комплаенса – прием 1 раз в сутки, возможность применения при ВЗОМТ схемы с приемом 1 г препарата в неделю в течение 3 последовательных недель практически гарантирует соблюдение режима назначенного гинекологом лечения абсолютным большинством пациенток.

Подготовила **Елена Барсукова**

3y