

Виділення з жіночих статевих шляхів

Практикум з ефективного клінічного мислення

Одна з найпоширеніших проблем, з якими стикається сучасна жінка навіть за відсутності на перший погляд якоїсь патології органів репродуктивної системи, – патологічні виділення зі статевих шляхів. Саме цей симптом є однією з основних причин звернення пацієнток по кваліфіковану медичну допомогу. Тактика лікування основного захворювання залежить від типу, характеристик і локалізації самої патології і буде різною в кожному окремому випадку. Але на що слід звернути увагу, розпочинаючи лікування пацієнток із зазначеним симптомом, який так суттєво впливає на зниження якості їхнього життя? Відповісти на це запитання допоможе наведена нижче доповідь, що була представлена на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки» 11 травня 2017 р. (м. Вінниця).



Основні аспекти симптоматичного лікування патологічних виділень зі статевих шляхів розглянула у своєму виступі головний науковий співробітник Відділення планування сім'ї з групою впровадження нових технологій в амбулаторно-гінекологічну практику ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук Валентина Костянтинівна Кондратюк.

– Дуже часто головною причиною звернення жінок до лікаря акушера-гінеколога є скарги на виділення зі статевих шляхів. Саме патологічні виділення можуть буди першим і тривалий час єдиним клінічним проявом не тільки запальних, але й онкологічних, соматичних та ендокринних захворювань.

Основні принципи й методи лікування при патологічних станах, які супроводжуються патологічними виділеннями зі статевих шляхів, ґрунтуються на етіотропному та патогенетичному підходах, спрямованих на ліквідацію головної причини захворювання (антибіотикотерапія, замісна гормональна терапія, хірургічне лікування, променева терапія тощо). Проте обов'язковим компонентом, незалежно від обраного методу терапії, є симптоматичне лікування, особливо на ранніх етапах захворювання. Завдяки йому можна суттєво зменшити неприємні суб'єктивні відчуття в пацієнток, поліпшити результати лікування та підвищити якість життя жінки. При цьому місцеве застосування лікарських засобів дозволяє знизити фармакологічне навантаження на її організм. Перевагами симптоматичного лікування препаратами для місцевого застосування є його простота, відсутність абсолютних протипоказань (за винятком індивідуальної непереносимості діючої речовини чи компонентів засобу), а також можливість використання за наявності екстрагенітальної патології.

Обираючи засіб для симптоматичного лікування патологічних виділень зі статевих шляхів, завжди слід врахувати, що він повинен не тільки мати широкий спектр антимікробної дії і сприяти нормалізації вагінального мікроценозу (не пригнічуючи фізіологічної мікрофлори піхви), але й бути зручним у використанні та характеризуватися високим профілем ефективності й безпечності.

З точки зору раціональності симптоматичного лікування патологічних виділень зі статевих органів доцільно використовувати ступінчастий підхід.

1-й крок: елімінація патогенної мікрофлори, відновлення природного біотопу та трофічного потенціалу.

Для цього якнайкраще підійде використання таких комбінованих препаратів для місцевого застосування, як вагінальні супозиторії Депантол® (STADA Україна). Завдяки своєму збалансованому складу (декспантенол 100 мг, хлоргексидин 16 мг) Депантол® стимулює регенерацію слизових оболонок, нормалізує клітинний метаболізм, прискорює мітоз і підвищує міцність колагенових волокон, а також має вітамінізуючий та проти-запальний ефект. Крім того, завдяки електрохімічним механізмам (хлоргексидин має позитивний заряд подібно до заряду поверхні лактобацил) антисептична дія

препарату Депантол® не поширюється на фізіологічну флору. Таким чином, використання препарату Депантол® на першому етапі симптоматичного лікування дозволяє безпечно й надійно ліквідувати гострі симптоми запалення.

Рекомендована схема застосування: по 1 супозиторію 1-2 р/день курсом 7-10 днів (можливо продовжити лікування до 20 днів). Препарат можна використовувати під час вагітності та з 1-го дня після пологів.

2-й крок: елімінація грибкової суперінфекції.

Як відомо, наявність бактеріального вагінозу є сприятливим фоном для хронічної рецидивуючої кандидозної інфекції. Саме тому після ліквідації основних збудників захворювання, зокрема анаеробної патогенної мікрофлори, доцільно призначити протикандидозну терапію препаратами кетоконазолу для місцевого застосування, зокрема у формі вагінальних супозиторіїв – Ливарол® (STADA Україна). Препарат пригнічує біосинтез ергостеролу та змінює ліпідний склад мембрани грибів (дерматофітів, дріжджових, диморфних та вищих грибів), що призводить до їх лізису. До того ж даних щодо розвитку вторинної резистентності після лікування кетоконазолом (Ливарол®) досі не існує, а тому це дає підставу рекомендувати цей засіб для широкого використання на другому етапі ступінчастої симптоматичної терапії у пацієнток з патологічними виділеннями зі статевих шляхів.

Рекомендована схема застосування: по 1 супозиторію 1 р/день на ніч курсом 3-5 днів (за необхідності можливо продовжити курс лікування до повного клінічного одужання за даними лабораторних досліджень).

3-й крок: протирецидивна терапія (за необхідності).

Особливу увагу при профілактиці патологічних виділень зі статевих шляхів, як і, власне, при захворюваннях жіночих статевих органів, слід приділити відновленню імунітету жінки. З цієї метою раціонально застосовувати препарати, здатні стимулювати синтез інтерферону, до яких належить імуномодулюючий засіб для перорального застосування Лавомакс (STADA Україна), що містить тилорон (125 мг). Ця діюча речовина здатна підвищувати синтез усіх трьох видів інтерферону (α -, β -, γ -), тим самим не тільки зміцнюючи імунну систему жінки (активує фагоцитоз, Т-лімфоцити, антитілоутворення), але й реалізуючи протівірусну здатність організму (проти вірусів і вірусоподібних мікроорганізмів – хламідій, уре-аплазми та мікоплазми). Протирецидивна терапія з використанням імуностимулюючого засобу Лавомакс дозволяє досягти та підтримувати терапевтичний рівень інтерферону до 8 тижнів після завершення курсу лікування.

Таким чином, доповнення основних схем етіопатогенетичного лікування захворювань органів репродуктивної системи симптоматичною терапією патологічних виділень зі статевих шляхів за технікою ступінчастої терапії з використанням таких ефективних і надійних вітчизняних засобів, як Депантол®, Ливарол® та Лавомакс, дозволить досягти швидкого клінічного одужання, запобігти розвитку рецидиву і, що не менш важливо, зміцнити імунну систему жінки.

Підготував **Антон Вовчек**

НОВИНИ

Отхождение ко сну в положении лежа на спине повышает риск мертворождения на поздних сроках беременности: результаты многоцентрового клинического исследования

Ученые из Новой Зеландии и Великобритании недавно завершили многоцентровое клиническое исследование типа «случай-контроль», в ходе которого проверили гипотезу о том, что отхождение ко сну в положении лежа на спине может выступать одним из модифицируемых факторов риска мертворождения на сроках гестации ≥ 28 недель. Исследование проводилось в 7 регионах Новой Зеландии в период с февраля 2012 г. по декабрь 2015 г. с участием женщин с одноплодной беременностью. 164 случая, завершившихся мертворождением на позднем сроке беременности (при отсутствии врожденных пороков развития плода), были сопоставлены с 569 случаями нормального течения беременности и родов у женщин с аналогичными демографическими характеристиками и сроками гестации. Был проанализирован скорректированный относительный риск (ОР) мертворождения, ассоциированный с сообщенными женщинами сведениями о положении тела во время отхождения ко сну в ночь, которая предшествовала данному неблагоприятному перинатальному исходу. Как показали полученные результаты, засыпание в положении лежа на спине ассоциировалось со статистически значимым повышением риска мертворождения на поздних сроках беременности (скорректированный ОР 3,67; 95% доверительный интервал – ДИ – 1,74-7,78); при этом приписываемый данному фактору популяционный риск составил 9,4%. Другими независимыми факторами риска мертворождения, подтвержденными в данном исследовании, являлись высокий индекс массы тела, возраст будущей матери ≥ 40 лет, масса тела плода меньше 10-го перцентилля и менее чем 6-часовой сон в ночь, предшествовавшую мертворождению. Интересно, что ассоциированный с засыпанием лежа на спине риск мертворождения был выше при доношенной беременности, чем при преждевременном начале родовой деятельности.

На основании полученных данных авторы исследования заключили, что отхождение ко сну в положении лежа на спине должно рассматриваться как независимый от других обстоятельств фактор, который на поздних сроках беременности ассоциирован с достоверным увеличением риска мертворождения в 3,7 раза и может быть модифицирован. Также исследователями подчеркивается целесообразность проведения в обществе широкой информационной кампании, направленной на повышение осведомленности женщин о данном риске в III триместре беременности, поскольку сознательный выбор ими другого положения тела во время засыпания может снизить вероятность мертворождения примерно на 9%.

[McCowan L.M.E. et al., PLoS One. 2017 Jun 13;12\(6\): e0179396](#)

Факторы риска раннего прекращения исключительно грудного вскармливания: каким женщинам необходима целенаправленная поддержка?

Поскольку в Швеции, как и в других развитых странах, отмечается тенденция к раннему отказу от грудного вскармливания, шведские ученые инициировали проведение популяционного лонгитудинального исследования с целью установления факторов риска прекращения исключительно грудного вскармливания в первые 2 мес после родов. В него было включено 679 женщин, которым через 5 дней, а также через 6 недель и 6 мес после родов задавали вопросы о начале грудного вскармливания и его длительности. Как показал анализ полученных данных, 77% участниц исследования продолжили исключительно грудное вскармливание младенцев в течение более чем 2 мес после родов. Результаты исследования продемонстрировали, что с прерыванием исключительно грудного вскармливания до истечения этого срока были независимы ассоциированы такие факторы, как первые роды (скорректированный ОР 2,15; 95% ДИ 1,32-3,49), анамнестические сведения о перенесенном эмоциональном дистрессе во время беременности (скорректированный ОР 2,21; 95% ДИ 1,35-3,62) и родоразрешение с помощью кесарева сечения (скорректированный ОР 2,63; 95% ДИ 1,34-5,17). Таким образом, именно эти категории матерей нуждаются в целенаправленной поддержке и популяризации продолжения грудного вскармливания.

[Cato K. et al., PLoS One. 2017 Jun 14; 12 \(6\): e0179402](#)

Підготувала **Елена Терещенко**

