

Медицинские аспекты здоровья женщины

Медичні аспекти здоров'я жінки

Журнал для врача-практика

Учрежден в июле 2006 г. Периодичность издания — 10 выходов в год

№ 2 (76) 2014

Содержание

ГИНЕКОЛОГИЯ

Фармакологические стратегии
в лечении предменструального синдрома
А.А. Гависова, З.В. Ревазова, М.А. Твердилова 47

Бактериальный вагиноз: практические аспекты
этиологии, диагностики и лечения
М.В. Майоров, С.И. Жученко, О.Л. Черняк 55

АКУШЕРСТВО

Современные методы терапии
акушерских кровотечений
Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов,
Ю.А. Кучеренко и др. 5

Пренатальная диагностика
в практике акушера-гинеколога
Т.Г. Романенко, О.И. Чайка 70

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Підтримка грудного вигодовування в разі
виникнення лактостазу або маститу:
дискусійні питання сьогодення
С.А. Ласачко 20

Хронический цервицит и ВПЧ-инфекция
в репродуктивном возрасте. Пути снижения
диагностической и лечебной агрессии
Т.С. Качалина, Н.М. Шахова,
О.В. Качалина, Д.Д. Елисеева 40

Рекомендации по ведению пациенток
с патологией вульвы
Британская ассоциация
сексуального здоровья и ВИЧ, 2014 62

КОНТРАЦЕПЦИЯ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Планування сім'ї»
Наказ МОЗ України від 21 січня 2014 р. № 59 26

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Анонсы 46, 54, 69, 75-77
Дайджест 74



ПОЛИЖИНАКС
ПОЛИЖИНАКС ВИРГО
НЕОМИЦИН+ПОЛИМИКСИН В+НИСТАТИН

БАЛАНС между
ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
и БЕРЕЖНЫМ
ОТНОШЕНИЕМ
к экосистеме
влагалища



надежно и бережно действует
при бактериальном вагините
и кандидозе



действует на возбудителей
наиболее распространенных
инфекций



оказывает противовоспалительное
действие без гормонов



для лечения и профилактики
послеоперационных и
послеродовых осложнений

Состав: 1 вагинальная капсула содержит неомицина сульфат 35 000 МО, полимиксина В сульфат 35 000 МО, нистатин 100 000 МО. Фармакотерапевтическая группа. Противомикробные и антигрибковые средства для применения в гинекологии. Код АТС G01A AS09. Показания. Лечение вагинита, вызванного чувствительными к препарату микроорганизмами, в том числе: бактериальный вагинит, вызванный бифидной палочкой микрофлорой; рецидивирующий неспецифический вагинит, вызванный трихомонадой Cantharis; вагинит, вызванный смешанной инфекцией. С целью профилактики инфекционных осложнений. Полижинакс рекомендуется перед началом любого хирургического вмешательства на половых органах, перед аборт, установлением внутриматочного средства, перед и после диатермокоагуляции шейки матки, перед проведением интраматочных и интравагинальных исследований, перед родами. Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата. Спосб применения и дозы. Внутрь принимать интравагинально вечером перед сном 1 капсулу в сутки. Курс лечения – 12 дней, профилактический курс – 6 суток. Не прекращать лечение во время менструации. Побочные реакции. При применении препарата в рекомендованных дозах риск возникновения побочных эффектов минимален. Побочные эффекты вагинального раздражения наблюдаются очень редко при интравагинальном применении. При локальном применении препарата аллергические реакции (вагинальный зуд, крапивница), реакция местного раздражения и контактный дерматит бывают очень редко.

Представительство в Украине:
Киев 01001, ул. Малая Житомирская, 6
Тел.: (044) 278 06 38, innotech@innotech.com.ua

1. Инструкция для медичного застосування Поліжинаксу та Поліжинаксу Вірго
2. HAS 2009. Comparaison de la teneur en Neo. Avis du 1er avril 2009. Polyzhinaks® capsule vaginale et Polyzhinaks® Virgo capsule vaginale
3. Nosoco tech. Mesures in-vitro de l'activité de 2 antibiotiques et d'un antifongique vis-à-vis de 17 souches bactériennes. Evaluation de leur association au sein de plusieurs spécialités pharmaceutiques à usage gynécologique. Lyon 25 février 2009.

Учредитель

Игорь Иванченко

Руководитель проекта

Татьяна Аргюнина

Издатель

ООО «Медицинские аспекты
здоровья человека»

Генеральный директор

Анастасия Чаплыженко

Медицинский директор

Валерий Кидонь

Отдел рекламы

Анастасия Чаплыженко
Chaplyzhenko@id-zu.com

Шеф-редактор

Мария Арефьева
Arefieva@id-zu.com

Ответственный секретарь

Алла Яворская

Медицинские редакторы

Марина Малей
Ольга Жигунова

Литературные редакторы

Алла Яворская
Ирина Волошук

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 14.03.2014

Заказ № 14/03

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  публикуются на правах рекламы.

Пометка  используется для публикаций
рекламного характера, содержащих
информацию о медицинских лабораториях,
услугах медицинских клиник, медицинской
аппаратуре, иных, в т.ч. лекарственных
средствах, которые не внесены в перечень
запрещенных к рекламированию.

Публикации с пометкой  содержат информацию
о лекарственных средствах и предназначены для
медицинских и фармацевтических работников.
Правовой режим информации, изложенной
в этом издании или предоставленной для
распространения на специализированных
мероприятиях по медицинской тематике, в
первую очередь определяется Законом Украины
от 04.04.1996 г. № 123/96-ВР «О лекарственных
средствах». Ответственность за содержание
рекламных и информационных материалов
несут лица, подавшие указанные материалы
для размещения в издании.

Перепечатка материалов допускается только
с разрешения редакции.

Защищено авторским правом.
Рукописи не возвращаются.

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

Венцовский 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

заслуженный деятель науки и техники Украины, д.мед.н., профессор
кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Дубоссарская Юлианна Александровна

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 Людия Денисовна

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

Князькова Ирина Ивановна

д.мед.н., профессор кафедры внутренней медицины №1 и клинической
фармакологии Харьковского национального медицинского университета

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

Мегведь Владимир Исаакович

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

Поворозник Владислав Владимирович

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

Смолянко 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,

Шулько Елизавета Евгеньевна

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

Бигер Давид

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

Гомель Виктор

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



Современные методы терапии акушерских кровотечений

Ю.К. Памфамиров, к.мед.н., доцент; В.А. Заболотнов, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой; Ю.А. Кучеренко, к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1; О.В. Карапетян; Г.А. Пучкина
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

В статье представлены современные методы лечения массивной кровопотери в акушерстве, направленные на остановку кровотечения, нормализацию гемодинамики, коррекцию нарушений гемостаза. Рассмотрены медикаментозные, механические, органосберегающие хирургические методы лечения (компрессионные швы на матку, перевязка магистральных сосудов).

Ключевые слова: массивная кровопотеря, медикаментозные, механические, оперативные методы лечения.

Проблема акушерских кровотечений в настоящее время по-прежнему остается актуальной. По отношению к общему числу родов акушерские кровотечения составляют от 3 до 8% [46, 51]. Массивная кровопотеря и геморрагический шок являются одной из ведущих причин материнской смертности [9, 43, 52, 56], составляя в ее структуре в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, фоновая – до 78% [3].

По данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, развиваются у 14 млн женщин, из них 125-150 тыс. умирают. Кроме того, акушерские кровотечения способны вызывать целый ряд тяжелых осложнений, которые в свою очередь могут привести к смертельному исходу. Особую опасность представляет развитие ДВС-синдрома, почечной недостаточности, сердечно-легочной недостаточности.

Примерно 70% всех кровотечений в акушерстве обусловлены послеродовыми гипотоническими кровотечениями, 20% – отслойкой плаценты, разрывом матки, повреждением родовых путей, 10% – приходится на долю приращения плаценты и нарушений ее отделения и только 1% – на коагулопатию. С повышением частоты выполнения кесарева сечения линейно возрастает риск предлежания и вставания плаценты, а соответственно, и послеродовых кровотечений. Чем больше количество повторных операций кесарева сечения, тем выше риск кровотечений. При проведении

данного оперативного вмешательства частота кровотечений повышается в 3-5 раз по сравнению с самопроизвольными родами [24, 48, 52]. Гипотония матки сопутствует операции кесарева сечения в 1,8% случаев [1].

Причиной послеродовых кровотечений может быть один из 4 базовых этиологических процессов, обозначаемых как «4Т» (тонус, ткань, травма, тромбин) (табл. 1) [16, 20].

Патологическое послеродовое кровотечение – это потеря крови в объеме $\geq 0,5\%$ от массы тела при вагинальных родах. Под массивной акушерской кровопотерей понимается кровопотеря, превышающая 1,5% от массы тела или 25% от объема циркулирующей крови (ОЦК) (1200-1500 мл), > 150 мл/мин, $> 50\%$ ОЦК в течение 3 ч, снижение артериального давления (АД) < 90 мм рт. ст., центрального венозного давления (ЦВД) < 5 см вод. ст., снижение гемоглобина $> 25\%$, уменьшение гематокрита на 10% в сочетании с гемодинамическими нарушениями (артериальная гипотония) [3].

К особенностям акушерских кровотечений можно отнести массивность и внезапность их появления. Как правило, они возникают у беременных на фоне предшествующей тяжелой формы гестоза, экстрагенитальной патологии. При этом отмечаются гиповолемия, уменьшение объема циркулирующей плазмы, перемещение и депонирование значительного количества



Таблица 1. Этиологические процессы послеродовых кровотечений, обозначаемые как «4Т»

«Т»	Этиологический процесс	Клинические факторы риска
Нарушение сократительной функции матки («Т»-тонус)	Перерастяжение матки	Многоводие Многоплодие Крупный плод
	«Истощение» сократительной способности миометрия	Быстрые роды Затяжные роды Высокий паритет родов (> 5)
	Инфекционный процесс	Хориоамнионит Лихорадочное состояние в родах
	Функциональные/анатомические особенности матки	Миома матки Предлежание плаценты Генитальный инфантилизм Пороки развития матки
Задержка тканей в полости матки («Т»-ткань)	Задержка частей последа	Дефект последа Оперированная матка Высокий паритет родов Плотное прикрепление плаценты Приращение плаценты
	Задержка сгустков крови в полости матки	Гипотония матки
Травмы родовых путей («Т»-травма)	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	Быстрые и стремительные роды Оперативные вагинальные роды
	Травматический разрыв матки во время операции кесарева сечения	Неправильное положение и предлежание плода Низкое расположение предлежащей части Разрыв матки по старому рубцу
	Разрыв матки	Оперированная матка Клинически узкий таз
	Выворот матки	Высокий паритет родов Расположение плаценты в дне матки
Нарушение коагуляции («Т»-тромбин)	Врожденные заболевания (болезнь Виллебранда и т.д.)	Наследственные коагулопатии Заболевания печени
	Приобретенные во время беременности нарушения коагуляции Идиопатическая тромбоцитопения Тромбоцитопения с преэклампсией ДВС-синдром (преэклампсия, антенатальная гибель плода, инфекция, эмболия околоплодными водами, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)	Гематомы и/или кровоточивость (в т.ч. в месте инъекций) Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром Антенатальная гибель плода Хориоамнионит Дородовое кровотечение Аномалии родовой деятельности (дискоординация родовой деятельности, чрезмерно бурная родовая деятельность)
	Лечение антикоагулянтами	Не образуется сгусток крови

внутрисосудистой жидкости в интерстициальное пространство, нарушение осмотического гомеостаза, кислородтранспортной функции эритроцитов; нередко наблюдаются изменения в системе гемостаза по типу латентно протекающего ДВС-синдрома [13].

Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты связано с двойным нарушением гемостаза за счет снижения сократительной способности матки и развития ДВС-синдрома.

При кровотечении, развившемся вследствие гипотонии матки в раннем послеродовом периоде, отмечается кратковременный период неустойчивой компенсации, после которого быстро наступают необратимые изменения, которые характеризуются стойкими нарушениями гемодинамики, дыхательной недостаточностью и ДВС-синдромом с профузным кровотечением, обусловленным потреблением факторов свертывания крови и резкой активацией фибринолиза.



Для эмболии околоплодными водами, септического шока характерны острый дефицит ОЦК, артериальная гипотензия, нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии, недостаточность внешнего дыхания.

При акушерских кровотечениях нередко возникает опасность развития геморрагического шока, развернутой картины ДВС-синдрома.

Одной из основных проблем послеродовых кровотечений является недооценка объема кровопотери. Несмотря на большое количество методов определения данного показателя, этот вопрос нельзя считать окончательно решенным. Зрительная оценка (непосредственный сбор крови) часто сопровождается недооценкой кровопотери. Более точно ее величину можно определить по плотности крови и гематокриту (табл. 2), модифицированной формуле Мооге, шоковому индексу Альговера и др.

Шоковый индекс Альговера вычисляется путем деления показателя ЧСС на величину систолического АД (САД). В норме индекс Альговера равен 1. По величине индекса можно делать выводы об объеме кровопотери (табл. 3).

Объем кровопотери у беременных можно рассчитать по модифицированной формуле Мооге:

$$КП = \frac{0,42 - Нтф}{М \cdot 75 \times 0,42}$$

где КП — кровопотеря (мл); М — масса тела беременной (кг); Нтф — фактический гематокрит больной (л/л).

Основные причины нарушения гемодинамики при акушерских кровотечениях — дефицит ОЦК и его несоответствие емкости сосудистого русла. Возникающая при этом тканевая гипоксия приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, гормональных соотношений, ферментативных процессов, происходит активация генерализованной воспалительной реакции. Продолжающееся неконтролируемое высвобождение провоспалительных факторов становится основной причиной прогрессирующего повреждения клеток, в т.ч. высокодифференцированных клеток жизненно важных органов, их гибели и развития синдрома полиорганной недостаточности [26].

Опасность развития геморрагического шока возникает при кровопотере, составляющей 15-20% ОЦК или 750-1000 мл.

Выделяют 4 степени геморрагического шока (табл. 4). Оценка степени его тяжести проводится в соответствии с клиническим протоколом по акушерству и гинекологии (приказ МЗ Украины от 29.12.2005 г. № 782) [18].

Таблица 2. Определение кровопотери по плотности крови и гематокриту

Плотность крови (кг/мл)	Гематокрит (л/л)	Объем кровопотери (мл)
1057-1054	0,44-0,40	До 500
1053-1050	0,38-0,32	1000
1049-1044	0,30-0,22	1500
< 1044	< 0,22	> 1500

Таблица 3. Определение кровопотери по величине индекса Альговера*

Индекс Альговера	Объем кровопотери (% от ОЦК)
≤ 0,8	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
≥ 1,5	40

* Индекс Альговера не информативен у пациентов с гипертонической болезнью.

Таблица 4. Классификация геморрагического шока по клиническому течению и степени тяжести (Чепкий Л.П. и соавт., 2003)

Степень тяжести шока	Стадия шока	Объем кровопотери	
		% ОЦК	% от массы тела
1-я	Компенсированный	15-20	0,8-1,2
2-я	Субкомпенсированный	21-30	1,3-1,8
3-ья	Декомпенсированный	31-40	1,9-2,4
4-я	Необратимый	> 40	> 2,4



Ранними признаками кровопотери и показателями для дальнейшего мониторинга состояния пациентки могут быть: тахикардия, гипотензия, повышение шокового индекса Альговера, снижение пульсового АД, уменьшение почасового диуреза, тахипноэ, снижение уровня гемоглобина и гематокрита и так называемых целевых параметров при шоке (ЦВД, сатурация крови кислородом, уровень лактата и дефицит оснований в крови [BE]).

Оценка цвета кожных покровов и слизистых оболочек, психического статуса, наполнения венозной сетки, величины ЦВД, разницы между центральной и периферической температурой тела, результатов теста «белого пятна» дополняет информацию о кровопотере (табл. 5).

К необходимым клинико-лабораторным и аппаратным исследованиям у пациенток с кровопотерей относят:

- уровень гемоглобина, гематокрита, эритроцитов;
- количество тромбоцитов, концентрацию фибриногена, протромбиновое время (протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), продукты деградации фибрина, тромбоэластограмму (электрокоагулограмму), время свертывания цельной крови по Ли – Уайту;
- для оценки тяжести шока и тканевой гипоксии — кислотно-основное состояние, газы крови и уровень лактата в плазме;
- биохимические параметры крови: общий белок и альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза крови;
- электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций;
- анализ мочи;
- при известной врожденной патологии системы гемостаза — определение уровня дефицита соответствующего фактора свертывания;
- ультразвуковую диагностику (контроль депонирования крови в полости матки), рентгенографию органов грудной клетки (при необходимости);
- ЭКГ.

Кроме того, данной категории больных рекомендованы консультации терапевта, невропатолога, окулиста.

Среди приобретенных заболеваний системы гемостаза, приводящих к развитию коагулопатических кровотечений, наиболее часто встречаются ДВС-, HELLP-, антифосфолипидный синдром. Причина возникновения ДВС-синдрома многофакторна. На первом этапе, как правило, возникает рассеянное внутрисосудистое свертывание крови с активацией и последующим истощением плазменных протеолитических систем — свертывающей, антикоагуляционной (антитромбин III, протеины С и S и др.), фибринолитической, калликреин-кининовой, системы комплемента. Эти изменения приводят к активации клеточного звена системы гемостаза с агрегацией, адгезией и деструкцией

Таблица 5. Критерии тяжести геморрагического шока

Показатель	Степень шока				
	0-я	1-я	2-я	3-ья	4-я
Потеря крови (мл)	< 750	750-1000	1000-1500	1500-2500	> 2500
Потеря крови (% ОЦК)	< 15%	15-20%	21-30%	31-40%	> 40%
ЧСС, уд/мин	< 100	100-110	110-120	120-140	>140 или < 40*
САД, мм рт. ст.	N	90-100	70-90	50-70	< 50**
Шоковый индекс	0,54-0,8	0,8-1	1-1,5	1,5-2	> 2
ЦВД, мм вод. ст.	60-80	40-60	30-40	0-30	≤ 0
Тест «белого пятна», с	N (2)	2-3	> 3	> 3	> 3
Гематокрит, л/л	0,38-0,42	0,30-0,38	0,25-0,30	0,20-0,25	< 0,20
Частота дыхания в минуту	14-20	20-25	25-30	30-40	> 40
Скорость диуреза, мл/ч	50	30-50	25-30	5-15	0-5
Психический статус	Покой	Незначительное беспокойство	Тревога, умеренное беспокойство	Беспокойство, страх или спутанность сознания	Спутанность сознания или кома

* На магистральных артериях.

** По методу Короткова может не определяться.



клеток крови, высвобождением из тромбоцитов и лейкоцитов активаторов свертывания крови, а также интерлейкинов, протеаз, вызывающих дезорганизацию стенок микрососудов и возникновение периваскулярного отека в различных органах. Происходит уменьшение тромбозостентности эндотелия за счет продукции тканевого тромбопластина, снижение образования простациклина, тромбомодулина, тканевого активатора пламиногена и гиперпродукция его ингибитора. Это нередко приводит к микро-тромбообразованию, расстройству микроциркуляции, метаболическим нарушениям, явлениям полиорганной недостаточности [17].

Изменения свертывающей системы крови у беременных могут быть обусловлены неадекватной инфузионно-трансфузионной терапией (ИТТ) при акушерских кровотечениях у беременных с антифосфолипидным синдромом, при наличии антител к хорионическому гонадотропину, а также у пациенток с гипо- и изокоагуляцией. В этих случаях возможно развитие гемодилузионной коагулопатии, геморрагии [53].

ДВС-синдром по клиническому течению классифицируют на острый, подострый, хронический, рецидивирующий.

Основные клинико-лабораторные признаки и критерии стадий ДВС-синдрома приведены в таблицах 6, 7.

Таблица 6. Основные клинико-лабораторные признаки стадий ДВС-синдрома

Стадии ДВС-синдрома	Клинико-лабораторные проявления
I – гиперкоагуляция	Кровь из матки сворачивается на 3-й минуте и быстрее Свертывание крови нормальное Хронометрическая гиперкоагуляция Этаноловый тест (+) Гиперагрегация тромбоцитов APACHE II < 20 баллов ОРДС I-II стадии
II – гипокоагуляция без генерализованной активации фибринолиза	Кровь из матки сворачивается замедленно, более чем за 10 мин Петехиальный тип кровоточивости Хронометрическая гиперкоагуляция, сгусток рыхлый APACHE II 20-25 баллов ОРДС II-IV стадии
III – гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза	Кровь из матки не сворачивается Кровь из вены сворачивается весьма медленно, сгусток быстро лизируется Смешанный тип кровоточивости Хронометрическая гипокоагуляция APACHE II 25-30 баллов ОРДС II-IV стадии
IV – полная несвертываемость крови	Тотальная геморрагия Кровь из матки и вены не сворачивается Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции Выраженная хронометрическая гипокоагуляция APACHE II > 30 баллов ОРДС III-IV стадии

APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) – шкала клинической оценки тяжести состояния пациента; ОРДС – острый респираторный дистресс-синдром.

Таблица 7. Лабораторные критерии стадий ДВС-синдрома

Стадии ДВС-синдрома	Основные лабораторные показатели						
	Время свертывания крови по Ли – Уайту, мин	Спонтанный лизис сгустка	АЧТВ, с	Число тромбоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	Протромбиновое время, с	Тромбиновое время, с	Фибриноген, г/л
I	< 5	Нет	< 30	175-425	< 10	< 24	> 5
II	5-12	Нет	< 30	100-150	12-15	> 60	1,5-3,0
III	> 12	Быстрый	60-80	50-100	15-18	> 100	0,5-1,5
IV	> 60	Сгусток не образуется	> 80	< 50	> 18 с	> 180	Следы или не определяется
N	6-9	Нет	30-40	150-300	11-12	16-20	2,0-4,5



При развитии кровотечений нередко констатируется двухфазность изменений в системе гемостаза. Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции. При этом данные изменения происходят при кровопотере 15-20% ОЦК.

Учитывая скорость перехода стадии гиперкоагуляции в стадию гипокоагуляции и отсутствие возможности четкой лабораторной диагностики стадии ДВС-синдрома, от рутинного применения гепарина при развитии кровотечения нужно отказаться.

Заподозрить развитие коагулопатии возможно при проведении теста на свертываемость крови. Для этого следует набрать 2 мл венозной крови в стеклянную пробирку и обеспечить ее согревание до температуры 37° С. Через 4 мин необходимо медленно наклонить пробирку и наблюдать за образованием сгустка; следует продолжать наклонять пробирку каждую минуту, до появления сгустка. Замедленное его образование (> 7 мин) или формирование рыхлого, легко распадающегося сгустка является подозрением на коагулопатию.

В современном акушерстве выделяют следующие методы остановки кровотечения [5]:

- медикаментозные: утеротонические средства, растворы кристаллоидов, коллоидов, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, рекомбинантный активированный фактор коагуляции VII (rFVIIa, НовоСевен), транексамовая кислота, пабал (карбетоцин) 100 мкг, реместип (терлипрессин) 0,1 мг;
- промежуточные (механические);
- оперативные.

На первых этапах консервативной терапии кровопотери предпочтение отдается обеспечению адекватного сердечного выброса [14, 22].

Лечение при акушерских кровотечениях должно быть ранним и комплексным. Его эффективность может быть обеспечена только слаженной работой реанимационной бригады, своевременным выявлением этиологии нарушений и назначением соответствующих препаратов. При этом учитывается правило «4Т» и их роль в развитии кровотечения. Основные мероприятия по купированию кровотечения сводятся к проведению акушерских пособий по его остановке и предупреждению развития патологических процессов в системе гемостаза, а также к осуществлению ИТТ, направленной на предотвращение или выведение пациентки из геморрагического шока, устранение расстройств кислотно-основного состояния, дыхательной недостаточности [23].

Для каждой больной ИТТ проводится по индивидуальной программе с учетом особенностей геморрагического шока, сопутствующих заболеваний (сердца, почек, наличия признаков гестоза и т.д.), компенсаторных возможностей организма. Обязательным условием успеха терапии при

массивных кровотечениях является остановка кровотечения. ИТТ способствует поддержанию жизненно важных функций организма при продолжающемся кровотечении и нормализации состояния после его остановки [27].

При условии кровопотери не более 10% ОЦК для противошоковой терапии возможно введение только кристаллоидов, таких как 0,9% раствор NaCl, растворы Рингера, Рингера лактат, хлосоль, ацесоль, дисоль, трисоль, йоностерил, реосорбилакт. Они восполняют объем интерстициальной и даже внутриклеточной жидкости [11, 15]. К недостаткам изотонических солевых растворов следует отнести необходимость переливания больших объемов и развитие гиперхлоремического метаболического ацидоза, гипернатриемии. При кровотечении до 30% ОЦК показана инфузия жидкостей в объеме 200% от объема кровопотери; при потере крови, равной 30-40% ОЦК, – 220%; 40% ОЦК – 260% потерянной крови.

Лечение геморрагического шока предполагает введение противошоковых растворов с высокой молекулярной массой. К применяемым в настоящее время коллоидным растворам относятся декстраны, растворы гидроксипропилированного крахмала (ГЭК) (гекодез, рефортан, волювен) и видоизмененный желатин (гелофузин).

Растворы 6 и 10% ГЭК вводятся из расчета 10-20 мг/кг/ч. Волекам вводят в объеме от 500 до 1000 мл, при улучшении состояния показана дробная инфузия по 100-150 мл под контролем состояния легких. Длительность гемодилюционного эффекта составляет 4-6 ч. Препараты ГЭК не проникают в интерстициальное пространство и не вызывают отека тканей и уменьшения ОЦК. В этом состоит их преимущество перед декстранами.

Декстраны стали реже применять вследствие того, что в высоких дозах они отрицательно влияют на гемостаз; при их использовании наблюдается высокий риск осложнений со стороны почек; препараты этой группы несколько чаще, чем растворы ГЭК и желатины, вызывают анафилактические реакции.

В случае небольшой кровопотери (до 10% ОЦК) можно рекомендовать не переливать коллоидные растворы, однако если кровопотеря превышает 20% ОЦК, их необходимо включать в курс инфузионной терапии, но с учетом возможных побочных эффектов, прежде всего развития коагулопатии. Для коррекции гиповолемии целесообразно использовать реосорбилакт. Особенностью этого раствора является гиперосмолярность (600 мосмоль/л). Кроме того, он сбалансирован по электролитам (калию, кальцию и магнию) и корригирует метаболический ацидоз. Реосорбилакт обладает выраженным гемодинамическим эффектом при геморрагическом шоке, который по своей продолжительности и степени увеличения ударного объема крови превышает таковой при инфузии растворов кристаллоидов. Очень важно, что

РЕОСОРБИЛАКТ®

Препарат **№1** для инфузионной терапии!

- **Дезинтоксикационный эффект**
- **Гемодинамический эффект**
- **Коррекция водно-электролитного баланса**
- **Мягкая коррекция метаболического ацидоза***



*Results of clinical trials (II phase), Lviv Research Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, 1999.

Информация о лекарственном препарате РЕОСОРБИЛАКТ®. Действующие вещества: 100 мл раствора содержит сорбитола – 6 г, натрия лактата – 1,9 г, натрия хлорида – 0,6 г, кальция хлорида – 0,01 г, калия хлорида – 0,03 г, магния хлорида – 0,02 г. Лекарственная форма. Раствор для инфузий. Фармакотерапевтическая группа. Дополнительные растворы для внутривенного введения. Электролиты в комбинации с другими препаратами. Код АТС B05X A31. Показания. Для улучшения капиллярного кровотока с целью профилактики и лечения травматического, операционного, гемолитического, токсического и ожогового шока, при острой кровопотере, ожоговой болезни; инфекционных заболеваниях, которые сопровождаются интоксикацией, при обострении хронического гепатита; сепсисе; для предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде; для улучшения артериального и венозного кровообращения с целью профилактики тромбозов, тромбофлебитов, эндартериитов, болезни Рейно. Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. Реосорбиллакт® не применяют при алкалозе, а также в случаях, когда противопоказано вливание больших объемов жидкости (кровоизлияние в мозг; тромбоэмболия, сердечно-сосудистая декомпенсация, артериальная гипертензия III ст., терминальная почечная недостаточность). Способ применения и дозы. Реосорбиллакт® вводят взрослым внутривенно капельно со скоростью 40–60 капель в минуту. При необходимости допускается струйное введение препарата после проведения пробы путем капельного введения со скоростью 30 капель в минуту. После введения 15 капель инфузию препарата прекращают, а через 3 минуты, при отсутствии реакции, Реосорбиллакт® вводят струйно. При травматическом, ожоговом, послеоперационном и гемолитическом шоках взрослым вводят по 600–1000 мл (10–15 мл/кг массы тела больного) однократно и повторно по 600–1000 мл (10–15 мл/кг массы тела больного), вначале струйно, затем капельно. При хронических гепатитах взрослым вводят по 400 мл (6–7 мл/кг массы тела) капельно. При острой кровопотере взрослым вводят по 1500–1800 мл (до 25 мл/кг массы тела). В этом случае инфузию Реосорбиллакта рекомендуется проводить на догоспитальном этапе, в специализированной машине скорой помощи. В предоперационном периоде и после различных хирургических вмешательств – в дозе 400 мл (6–7 мл/кг массы тела) капельно, на протяжении 3–5 дней. При тромболитирующих заболеваниях кровеносных сосудов – из расчета 8–10 мл/кг массы тела, капельно, повторно, через день, до 10 инфузий на курс лечения. Побочные реакции. Нарушения со стороны иммунной системы: анафилактикоидные реакции, ангионевротический отек, гипертермия. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение или снижение артериального давления, тахикардия, одышка, акроцианоз. Неврологические расстройства: тремор, головная боль, головокружение, общая слабость. Изменения со стороны кожи и подкожной клетчатки: кожные сыпи, крапивница, зуд. Условия отпуска. По рецепту. Информация для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников. Перед применением следует обязательно ознакомиться с инструкцией для медицинского применения и общими предостережениями. РС МОЗ Украины № UA/11955/01/01 от 03.01.12 р. Разработка макета: ООО «Би-Брайт Медиа».

 **ЮРІЯ·ФАРМ**

03680, г. Киев, ул. Н. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua





реосорбилакт в дозе 800 мл не влияет на гемостаз у пациентов с геморрагическим шоком.

При компенсации кровопотери важно учитывать тот факт, что к потере плазмы организм более чувствителен, чем к потере эритроцитов. Основная цель применения плазмы состоит в восстановлении гемостатического потенциала крови путем уравнивания активности ферментов системы протеиназ и антипротеиназ, факторов свертывания крови и антикоагулянтов, компонентов калликреин-кининовой и фибринолитической систем с их ингибиторами.

Трансфузию свежзамороженной плазмы проводят при наличии коагулопатии: повышенная кровоточивость, концентрация фибриногена $< 1,0$ г/л, международное нормализованное отношение и АЧТВ более чем в 1,5 раза выше нормы.

Применение свежзамороженной плазмы при коагулопатическом кровотечении сочетается с введением селективных (трансамин, амбен) и/или неселективных (контрикал, гордокс) ингибиторов фибринолиза в дозе не ниже 10 мг/кг/ч с целью подавления избыточного фибринолиза и предотвращения прогрессирования внутрисосудистого свертывания крови, антиагрегантного действия.

Переливание эритроцитарной массы показано при кровопотере 25-30% ОЦК (≥ 1500 мл), уровне гемоглобина $< 65-70$ г/л и гематокрите $< 25\%$ [10]; тромбоцитарной массы (1 доза на 10 кг массы тела) — при количестве тромбоцитов $< 50 \times 10^9$ /л.

На практике в каждом конкретном случае возникают вопросы: что перелить, в каком темпе и объеме, в каком соотношении должны быть компоненты инфузионной терапии. Важным также является критерий адекватности терапии.

Для определения темпа инфузии необходимо руководствоваться прежде всего уровнем ЦВД, который в норме находится в пределах 6-12 см вод. ст. Более информативным является измере-

ние ЦВД в динамике. Проба М. Weil et al. (1979) заключается в следующем: в течение 10 мин больному вводят тест-дозу жидкости:

- 200 мл — при ЦВД ≤ 8 см вод. ст.;
- 100 мл — при ЦВД в пределах от 8 до 10 см вод. ст.;
- 50 мл — при ЦВД ≥ 14 см вод. ст.

Если после этого ЦВД повысилось более чем на 5 см вод. ст., инфузию резко ограничивают и назначают кардиотоники; если ЦВД повысилось менее чем на 2 см вод. ст. — инфузию продолжают.

После стабилизации АД рекомендуется измерять ЦВД каждые 10 мин. При ЦВД < 8 см вод. ст. темп инфузии должен составлять 20 мл/мин, 8-14 см вод. ст. — 10 мл/мин, > 14 см вод. ст. — 5 мл/мин. Если ЦВД за 10 мин поднимается больше чем на 5 см вод. ст., необходимо прекратить инфузию.

Таким образом, адекватность ИТТ можно оценивать по следующим критериям [2]:

- ЦВД $> 6-12$ см вод. ст.;
- САД > 65 мм рт. ст.;
- диурез $> 0,5$ мл/кг/ч;
- сатурация центральной венозной крови кислородом ($ScvO_2$) $> 70\%$.

Ключевыми целевыми параметрами лечения послеродового кровотечения следует считать достижение целевых значений САД и $ScvO_2$ (потребность тканей в кислороде). Таким образом, ИТТ является первоочередным и часто единственно необходимым методом повышения доставки кислорода тканям (DO_2) за счет увеличения сердечного выброса и, кроме того, способствует восстановлению микроциркуляции и перфузии тканей. С целью контроля эффективности ИТТ можно использовать уровень лактата крови, который не должен превышать 2,5 ммоль/л после адекватного восполнения кровопотери и отсутствия других причин гиперлактатемии.

Объем и компоненты инфузионной терапии акушерских кровотечений представлены в таблице 8.

Таблица 8. Особенности ИТТ при акушерской кровопотере

Объем кровопотери		Инфузионные среды					
% ОЦК	% от массы тела	Рингера лактат, л	Гелофузин, л	Свежзамороженная плазма	Альбумин (10-20%), л	Эритроцитарная масса	Тромбоконцентрат
До 25 (до 1,25 л)	До 1,5	1-2	1-2				
До 50 (до 2,5 л)	До 3,0	2	2-2,5	2 раза x 250 мл		1 раз x 250 мл	
До 65 (до 3,25 л)	До 4,0	2	2-2,5	3 раза x 250 мл	0,25-1	1-3 раза x 250 мл	
До 75 (до 3,75 л)	До 4,5	2	2-2,5	3-5 раз x 250 мл	0,25-1	3-6 раз x 250 мл	
> 75	$> 4,5$	2	2-2,5	5 раз x 250 мл	0,5-1	6 раз x 250 мл	При необходимости



Указанная ИТТ рекомендуется на фоне введения глюкокортикоидов (преднизолон не менее 10 мг/кг/ч или гидрокортизон не менее 100 мг/кг/сут) при нестабильной гемодинамике и продолжающемся кровотечении.

При стойкой утрате сосудистого тонуса на фоне восполнения кровопотери внутривенно медленно вводят допамин 1 мл в 150 мл изотонического раствора натрия хлорида или 0,3-0,5 мл мезатона, или 0,3-0,5 мл 2% раствора норадреналина.

При наличии факторов риска послеродового кровотечения в комплекс профилактических мероприятий необходимо включить транексамовую кислоту в дозе 15 мг/кг массы тела со скоростью введения 1,0 мл/мин. Препарат показан беременным, роженицам и родильницам с наследственными нарушениями системы гемостаза, экстрагенитальной патологией, гестозами, хроническим ДВС-синдромом, антенатальной гибелью плода, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, эмболией околоплодными водами, разрывом матки, при проведении кесарева сечения [33].

Транексамовая кислота подавляет активность плазмينا, стабилизирует коагуляционные факторы и фибрин, снижает проницаемость сосудов, предотвращает деградацию фибриногена, оказывая выраженный гемостатический эффект [25, 30, 45].

В настоящее время в акушерской практике широко используется препарат НовоСевен. Он быстро купирует массивные кровотечения, что снижает посттрансфузионную нагрузку и позволяет отказаться от гистерэктомии [29, 40]. Механизм действия препарата НовоСевен основан на том, что он активирует систему гемостаза в месте повреждения сосудов. RFVIIa образует с тканевым фактором активный комплекс TF-rFVIIa, что способствует более быстрому и интенсивному синтезу тромбина. Последний активирует весь каскад факторов свертывания и тромбоциты, адгезированные в месте повреждения. В присутствии фармакологических концентраций rFVIIa на поверхности активированных тромбоцитов происходит прямая активация фактора X и превращение протромбина в тромбин. НовоСевен вводят внутривенно в дозе 60-90 мкг/кг. Необходимо своевременно назначать препарат на фоне ИТТ, поскольку развившиеся в результате кровотечения и нарушенной гемодинамики метаболический лактат-ацидоз и гипоксия ингибируют его действие [4].

Для уменьшения дыхательной недостаточности проводят ингаляцию кислорода через аппарат КИ-3М или АН-8М. Для купирования ацидоза применяют 5% раствор гидрокарбоната натрия.

При развитии у больной полиорганной недостаточности назначают эфферентную терапию. Выбор метода экстракорпоральной детоксика-

ции зависит от выраженности поражения и клинических проявлений нарушения той или иной функции организма. Данные методы направлены не только на механическое удаление «повреждающих факторов», но и на частичное восстановление жизненно важных функций пораженных органов.

Плазмаферез осуществляется в первые часы после достижения хирургического гемостаза. Его проведение обеспечивает элиминацию эндотоксинов и недоокисленных продуктов обмена из кровеносного русла. Кроме того, данная процедура приводит к нормализации системной гемодинамики, что выражается в повышении среднего АД и снижении ЧСС. На фоне плазмафереза отмечается улучшение хронометрических показателей гемостаза, восстанавливается содержание фибриногена, снижается уровень маркеров ДВС-синдрома, нормализуется диурез.

При развитии «шокового легкого» методом выбора является гемофильтрация, проведение которой способствует удалению медиаторов воспаления и среднемолекулярных токсинов, вызывающих развитие повышенной проницаемости микрососудов легких, а также уменьшению объема внутрисосудистой жидкости в легких и улучшению кислородтранспортной функции крови.

Промежуточные методы не являются основными в остановке кровотечения, однако они служат переходным этапом между медикаментозным и хирургическим лечением:

- ручное обследование полости матки с лечебной и диагностической целью;
- баллонную тампонаду [19];
- наложение клемм на параметрий по Бакшееву, Генкелю – Тиканадзе;
- наложение гемостатических компрессионных швов (по Б-Линчу, Перейру, Nauman, Cho) [42];
- деваскуляризацию матки путем перевязки а. iliaca interna, а. uterina, а. ovarica, а. ligamentum teres uteri;
- ангиографическую эмболизацию внутренних подвздошных артерий.

У пациенток с гипотонией матки, в случае если послед уже отделен, при кровотечении, в результате которого кровопотеря достигает 400 мл, придерживаются следующего алгоритма действий. Сначала необходимо опорожнить мочевой пузырь, затем произвести наружный массаж матки, проверить целостность последа и как можно раньше приступить к лечебным мероприятиям.

Окситоцин вводят в дозе 5-10 ЕД внутривенно медленно (+ 10 ЕД внутримышечно). Последующая инфузия включает 20-30 ЕД окситоцина на 500 мл 0,9% натрия хлорида со скоростью 150-200 мл/ч и агонисты окситоцина – пабал (карбетоцин).



Диноппростон, энзапрост (15-methyl PGF2 alpha) вводят в матку и/или внутримышечно в дозировке 0,25 мг; повторное применение — через 15 мин (до 8 доз). При этом могут возникать такие побочные эффекты, как гиперемия, диарея, тошнота, рвота, бронхоспазм, снижение сатурации крови кислородом. Препараты данной группы противопоказаны при бронхиальной астме, артериальной гипертензии, суб- и декомпенсированных заболеваниях сердца, легких, печени и почек. Мизопропростол применяют в дозе 800-1000 мг *per rectum*. Побочные эффекты и противопоказания аналогичны.

Метилэргометрин вводят по 0,25 мг внутримышечно или 0,125 мг внутривенно (до 5 доз). К побочным эффектам относятся периферический сосудистый спазм, артериальная гипертензия, тошнота и рвота, в связи с чем препарат противопоказан при преэклампсии и эклампсии, артериальной гипертензии.

К ручному обследованию стенок матки необходимо приступать при объеме кровопотери 250 мл и продолжающемся кровотечении; нельзя допускать увеличения объема кровопотери до патологического уровня (> 400 мл). Эффективность этой манипуляции тем выше, чем раньше она осуществлена. Наличие кровопотери > 800 мл, гипотензии длительностью > 30 мин резко снижает ее эффективность и результативность. Ручное (инструментальное) обследование полости матки проводят под обезболиванием. Процедура является одновременно лечебной и диагностической, поскольку позволяет определить наличие приращения плаценты и ее остатков, разрыва матки, подслизистых узлов миомы, а также удалить сгустки крови.

После ручного обследования полости матки необходимо выполнить тщательную ревизию половых путей и ушивание имеющихся разрывов. Отсутствие эффекта от ручного обследования матки чаще всего свидетельствует о коагулопатическом характере кровотечения.

При нарушении отделения плаценты и выделения последа следует определить признаки отделения плаценты (Шредера, Кюстнера — Чукалова, Альфельда и др.). При положительных признаках отделения плаценты необходимо выделить послед по Креде — Лазаревичу.

При отсутствии эффекта от применения наружных методов выделения последа показано выполнение операции ручного отделения плаценты и выделения последа. При неэффективности попыток ручного отделения плаценты (подозрение на ее истинное приращение) рекомендуется перейти к хирургическому этапу — надвлагалищной ампутации матки или ее экстирпации без придатков.

Бимануальная компрессия матки более эффективна и менее травматична по сравнению с ее массажем на кулаке. Некоторые авторы считают, что при массаже матки на кулаке в кровь попа-

дает большое количество тромбопластических веществ, что приводит к нарушению гемостаза и усугубляет кровотечение, поэтому они рекомендуют воздерживаться от использования данного метода [28].

Допустимо временное прижатие аорты к позвоночному столбу — для транспортировки пациентки в операционную.

Сдавление сосудов матки внутренним баллоном показано при компенсированной кровопотере не более 15-20% ОЦК (до 1000 мл). Тампонада полости матки при помощи баллонов позволяет в ряде случаев избежать оперативного лечения. В настоящее время разработан специальный баллон для остановки послеродовых кровотечений [19, 54]. Часто баллонную тампонаду комбинируют со швом Б-Линча.

В случае возникновения гипотонических кровотечений и неэффективности консервативных методов лечения следует немедленно приступить к оперативным мероприятиям. В последнее время все больше ученых предлагают различные методики хирургического лечения гипотонических кровотечений, позволяющие сохранить матку, а вместе с ней репродуктивную и менструальную функцию. Применение органосохраняющих технологий возможно только при наличии подготовленных хирургов, а также при стабильной гемодинамике у пациентки (среднее АД не менее 65 мм рт. ст., ЦВД 7-8 мм вод. ст., диурез 0,5 мл/ч, сатурация крови кислородом 95-98%).

Внедрение в клинику операции перевязки артерий матки привело к достижению значительных успехов в борьбе с массивными маточными кровотечениями.

Способ В.В. Каминского и соавт. (2010) и Д.Ю. Миревич (1970) предусматривает перевязку маточных сосудов несколько выше уровня внутреннего зева без выделения маточных артерий и рассечения листков широких маточных связок (рис. 1); прокалыванием тканей иглой перевязывались собственные связки яичников (рис. 2), круглые и крестцово-маточные связки матки — синтетическими рассасывающимися нитями.

Ишемизация матки путем наложения лигатур на маточные и яичниковые артерии выполняется относительно быстро, при этом эффективность метода достигает 20-40%. Если перевязка сосудов осуществлена правильно, пульсация маточных артерий в дистальном отделе прекращается, меняется цвет матки (цианоз, затем побледнение за счет анемии), матка приобретает хороший тонус, прекращается кровотечение. При положительном эффекте перевязки сосудов через 15 мин брюшную полость можно закрыть наглухо.

В последнее время появились сообщения о наложении зажимов и перевязке маточных артерий влагалищным доступом [50]. В качестве метода остановки кровотечения в послеродовом периоде (субкомпенсированная кровопотеря не более 30%

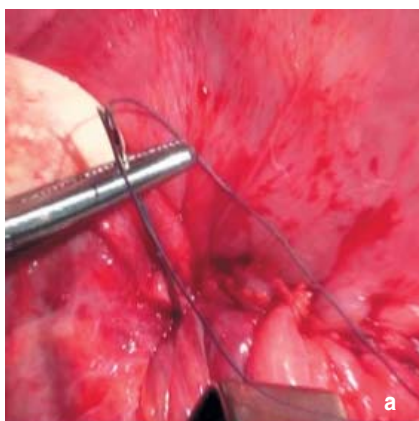


Рис. 1. Перевязка маточной артерии (кадры из учебного фильма «Массивные акушерские кровотечения», Каминский В.В. и соавт., 2010)

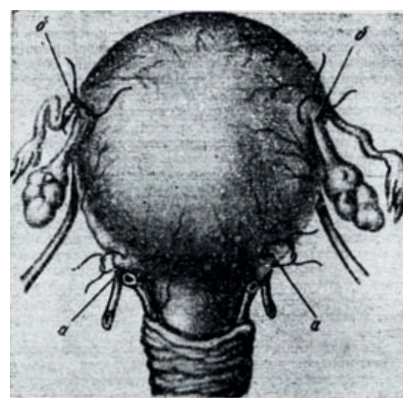


Рис. 2. Перевязка яичниковой артерии по Д.Р. Цицишвили

ОЦК [1000-1500 мл]) рядом авторов предложены различные компрессионные швы, накладываемые на матку [38, 41].

Техника наложения компрессионных швов по Б-Линчу (1997) представлена на рисунке 3 [35, 37]. Матка выводится в рану, разрез при этом остается неушитым. Затем проводится тест потенциальной эффективности шва по Б-Линчу. Ассистент производит бимануальную компрессию. В том случае, если кровотечение останавливается, наложение шва будет наиболее эффективным. Если же кровотечение не останавливается, это свидетельствует о преобладании в генезе кровотечения процессов нарушения свертываемости.

Компрессия матки производится в течение всего времени наложения шва. Первый вкол делают на 3 см ниже разреза на матке с правой стороны, затем игла проводится через полость матки, и выкол осуществляют на 3 см выше верхнего края разреза на матке и на 4 см медиальнее ребра матки. Далее нить ложится вертикально на переднюю стенку, дно и заднюю стенку матки. После этого следует вкол на уровне правой крестцово-маточной связки. Игла снова выходит в полость матки и выкалывается на уровне левой крестцово-маточной связки. Шовный материал проводится вертикально в обратном направлении, при этом последний вкол и выкол делают соответственно

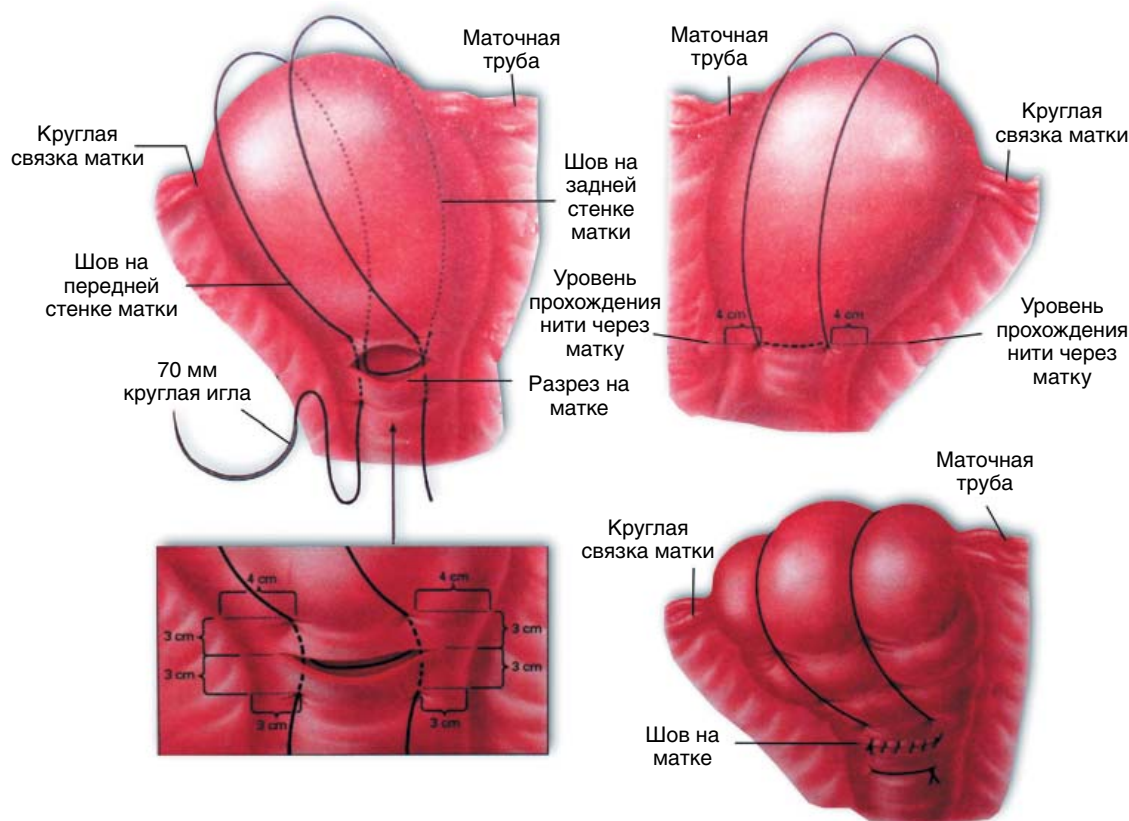


Рис. 3. Компрессионный (рюкзачный) шов по Б-Линчу (1997)



на 3 см выше и ниже разреза. Связывание концов нити можно выполнять как до, так и после зашивания разреза на матке.

Преимуществом данной методики, по мнению автора, является возможность избежать перевязки магистральных сосудов матки и сохранить генеративную функцию [34]. В ходе анализа клинического применения метода Б-Линча выявлен ряд негативных признаков. Описаны такие осложнения, как частичный или полный некроз матки, рубцово-ишемическая дегенерация миометрия, прорезывание швов сквозь толщу стенки матки, пиометра, внутриматочные синехии, нарушающие отток менструальных выделений. Кроме того, в послеродовом периоде в результате инволюции матки возможно провисание швов и образование открытых шовных петель, несущих потенциальный риск ущемления и нарушения проходимости кишки. Для профилактики соскальзывания швов Б-Линча их следует скреплять вместе на дне матки.

Помимо вышеописанной методики, существуют и другие варианты наложения компрессионных швов на матку:

- квадратообразные швы по Cho [42] (рис. 4);
- скобообразные швы (швы накладывают преимущественно в пределах плацентарной площадки. Их выполняют горизонтальными рядами с длиной шва 2,0-2,5 см, а расстояние между швами выбирают в поперечном направлении в пределах 3,0-3,5 см друг от друга; между рядами поперечных швов по вертикали, один над другим, на расстоянии 5,0-5,5 см);
- компрессионные швы по R.G. Hayman et al. [49], которые предполагают наложение двух вертикальных и двух горизонтальных (на уровне нижнего маточного сегмента) швов (рис. 5). Механизм действия гемостатических компрессионных швов связан со сдавлением сосудов матки, что способствует гемостазу.

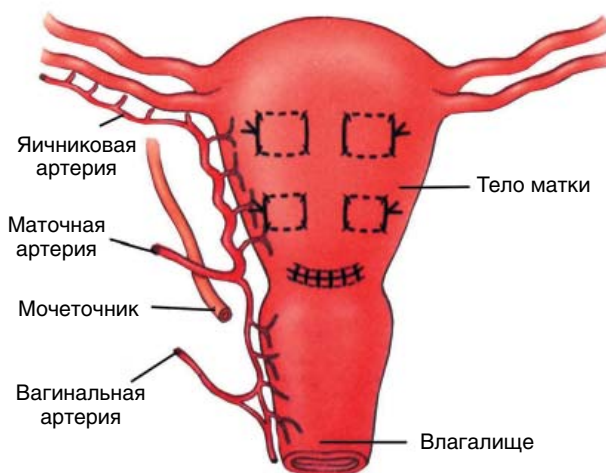


Рис. 4. Квадратообразные швы по Cho

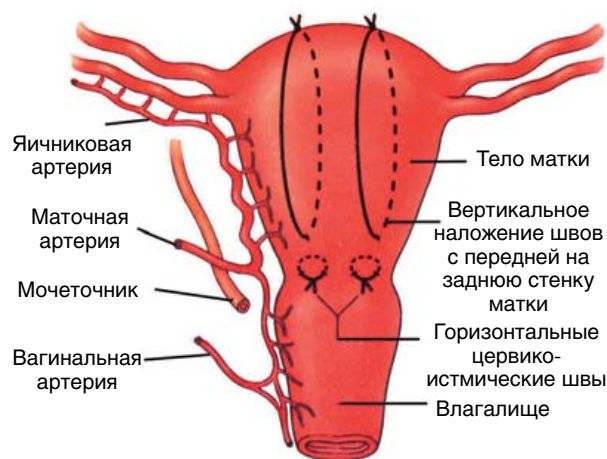


Рис. 5. Компрессионные швы по R.G. Hayman

При послеродовом кровотечении, в результате которого объем кровопотери превышает 1500 мл (25-30% ОЦК), при отсутствии эффекта от консервативной терапии и продолжающемся кровотечении > 1000 мл, с целью остановки паренхиматозного кровотечения, необходимо рассмотреть вопрос о перевязке внутренних подвздошных артерий или селективной эмболизации (рис. 6). Эффективность данного метода составляет 50-95% [44]. Перевязка внутренних подвздошных артерий позволяет в кратчайшие сроки остановить кровотечение, не допустить массивной кровопотери и развития ДВС-синдрома [12, 31]. При этом появляется возможность сохранения матки и репродуктивной функции женщины.

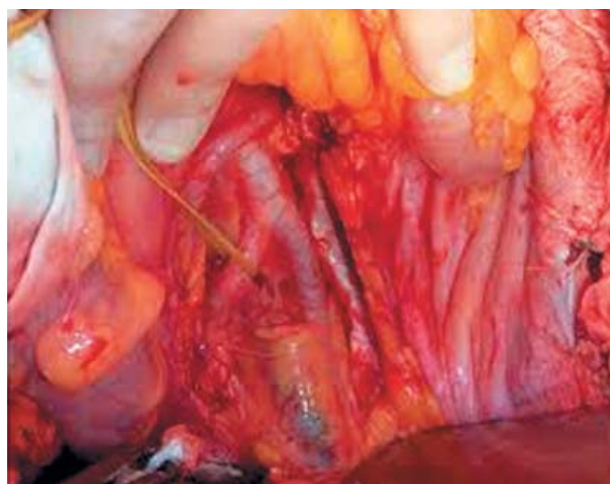


Рис. 6. Перевязка внутренней подвздошной артерии

При перевязке внутренних подвздошных артерий гемостатический эффект связан с изменением характера и направления кровотока. Снижается скорость кровотока, пульсовое АД, что приводит к тромбообразованию [8, 42]. После лигирования внутренних подвздошных артерий начинает функционировать система анастомозов, позволяющая в достаточной мере осуществлять доставку крови к органам малого таза, в частности к матке. Существует несколько вариантов таких анастомозов, однако наибольшее значение имеют три пары:



- между пояснично-подвздошными артериями, отходящими от заднего ствола внутренней подвздошной артерии, и поясничными артериями, исходящими из аорты;
- между латеральной и средней крестцовыми артериями, первая из которых отходит от заднего ствола внутренней подвздошной артерии, а вторая является непарной ветвью брюшной аорты;
- между средней прямокишечной артерией, являющейся ветвью внутренней подвздошной артерии, и верхней прямокишечной артерией, отходящей от нижней брыжеечной артерии.

При правильном перевязывании внутренней подвздошной артерии функционируют первые две пары анастомозов, которые обеспечивают достаточное кровоснабжение матки. Третья пара подключается только в случае неадекватно низкой перевязки внутренней подвздошной артерии.

Таким образом, после лигирования внутренних подвздошных артерий кровь поступает в просвет через анастомозы пояснично-подвздошной и боковой крестцовой артерий. В данном случае имеет значение резкое снижение пульсового АД. Артериальный кровоток во внутренних подвздошных артериях по своим характеристикам после перевязки приближается к венозному. Вследствие этого основным фактором остановки кровотечения является не ишемизация матки, а тромбообразование [28].

Технически перевязку внутренних подвздошных артерий проводят следующим образом. Выполняют поперечное надлобковое чревосечение. Пальпаторно оценивают расположение бифуркации общей подвздошной артерии. Для выявления места прохождения внутренней подвздошной артерии используют мыс. Приблизительно на 30 мм в сторону от него терминальную линию пересекает внутренняя подвздошная артерия, которая спускается в полость малого таза с мочеточником по крестцово-подвздошному суставу. При помощи ножниц вскрывается париетальная брюшина над бифуркацией общей подвздошной артерии с одной стороны, прослеживается ход наружной и внутренней подвздошных артерий, мочеточника, и из окружающих тканей выделяется внутренняя подвздошная артерия. Под выделенную артерию посредством иглы Дешана пропускается нерассасывающаяся нить, при помощи которой сосуд лигируется.

Лигатуру желательнее накладывать на расстоянии 15-20 мм от места деления общей подвздошной артерии на две ветки. После этого проверяют пульсацию на нижних конечностях, осуществляют контроль гемостаза со стороны влагиалища. Аналогичную манипуляцию выполняют с противоположной стороны. Наблюдают за пациенткой в течение 20 мин, в случае неэффективности этих мероприятий проводят экстирпацию матки.

Ряд авторов рекомендует производить перевязку внутренних подвздошных артерий в плановом порядке во время операции кесарева сечения и планируемой миомэктомии при угрозе возникновения гипотонического кровотечения. При выполнении операции по перевязке подвздошных артерий в плановом порядке как этапа оперативного родоразрешения у беременных с множественной миомой матки значительно уменьшается объем интраоперационной кровопотери, а также снижается риск развития послеоперационных кровотечений.

Эмболизация маточных артерий, как и перевязка внутренних подвздошных артерий, позволяет добиться гемостаза в матке после родов. Данный метод требует необходимого технического оснащения родовспомогательного учреждения и наличия высококвалифицированных специалистов.

При неэффективности вышеперечисленных способов и объеме кровопотери $> 30\%$ ОЦК (> 1500 мл) выполняют тотальную гистерэктомию [21, 36]. При этом необходимо учитывать, что данное мероприятие значительно повышает риск материнской смерти.

Идеальный метод лечения послеродовых кровотечений должен быть легко применимым, наиболее эффективным для остановки кровотечения и позволяющим избежать проведения гистерэктомии.

Список использованной литературы

1. Ананьев В.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периоде / В.А. Ананьев, Н.М. Побединский, Е.А. Чернуха // *Акушерство и гинекология*. — 2005. — № 2. — С. 52-54.
2. Вартанов В.Я. Интенсивная терапия при острой кровопотере в акушерской практике / В.Я. Вартанов. — 2002. — Часть 1. — С. 1-5.
3. Гридчик А.Л. Еще раз о материнской смертности / А.Л. Гридчик // *Рос. вестник акушера-гинеколога*. — 2001. — № 1. — С. 58-60.
4. Дементьева И.И. К вопросу о безопасности и эффективности использования активированного фактора VIIa при лечении массивных неконтролируемых кровотечений / И.И. Дементьева [и др.] // *Вестник интенсивной терапии*. — 2005. — № 4. — С. 84-86.
5. Емельянова Е.А. Наш опыт лечения массивных акушерских кровотечений / Е.А. Емельянова, С.В. Арсентьева // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. Матеріали V Національного конгресу анестезіологів України*. — 2008. — 2 (д). — С. 114-115.
6. Ищенко А.А. Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде / А.А. Ищенко, А.Д. Липман, Н.С. Трифонова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2006. — Т. 5. — № 6. — С. 36-40.



7. Ищенко А.И. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических кровотечениях / А.И. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2008. — Т. 7. — № 3. — С. 11-15.
8. Ищенко А.А. Состояние репродуктивной системы женщин после органосохраняющих операций на матке при акушерских кровотечениях / А.А. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8. — № 1. — С. 45-49.
9. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О., Чернов А.В. Масивні акушерські кровотечі / В.В. Камінський [та ін]. — 2010. — С. 232.
10. Колосков А.В. Современное представление о показаниях для трансфузии эритроцитарных компонентов крови / А.В. Колосков // Гематология и трансфузиология. — 2004. — № 6. — С. 36-42.
11. Кулаков В.И. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков [и др.]. — 2000. — С. 22.
12. Курцер М.А. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях / М.А. Курцер, А.В. Панин, Л.В. Сушевич // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 4. — С. 12-15.
13. Левитэ Е.В. Гиповолемия / Е.В. Левите, А.В. Уклонский // Новости медицины и фармации. — 2007, май. — № 9 (213). — С. 22-23.
14. Лысенков С.П. Неотложные состояния в анестезии в акушерстве / С.П. Лысенков, В.В. Мясникова, В.В. Пономарев // Клиническая патофизиология и фармакотерапия. — 2004. — С. 182-199.
15. Лысенков С.П. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве / С.П. Лысенков, В.В. Мясникова, В.В. Пономарев. — 2004. — С. 23-45.
16. Макацария А.Д. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической клинике: молекулярно-генетические механизмы стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений: руководство для врачей / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.В. Акиншина. — 2007. — С. 1064.
17. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної практики». 1.10. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві. — Київ.
18. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 29.12.2005 р. № 782 «Про затвердження клінічних протоколів в акушерській та гінекологічній практиці» І.5. Геморагічний шок в акушерстві. — Київ.
19. Радзинский В.Е. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого метода / В.Е. Радзинский // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 1. — С. 48-50.
20. Радзинский В.Е. Современные подходы к лечению послеродовых кровотечений / В.Е. Радзинский [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 25-30.
21. Рымашевский А.Н. Хирургические клинические течения гипотонических кровотечений. / А.Н. Рымашевский [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 30-34.
22. Салов И.А. Превентивная терапия акушерских кровотечений. / И.А. Салов [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 6. — С. 12-17.
23. Салов И.А., Маршалов Д.В. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери / И.А. Салов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2008. — Т. 7, № 2. — С. 29-33.
24. Серов В.Н. Современное акушерство и кесарево сечение / В.Н. Серов // Рус. мед. журн. — 2004. — № 13. — С. 749-751.
25. Серов В.Н., Соколова Ю.Ю., Федорова Т.А., Фомин М.Д., Соколов В.А., Рогачевский О.В., Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери в акушерской практике / В.Н. Серов [и др.]. // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 6. — С. 14-17.
26. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Сторкова Т.Г., Рыбин М.В. Физиология и патология послеродового периода / А.Н. Стрижаков [и др.] // — 2004. — С. 34-67.
27. Туманян С.В. Современные подходы к коррекции кровопотери в акушерстве. / С.В. Туманян // Анестезиология и реаниматология. — 2007. — № 6. — С. 51-54.
28. Трифонова Н.С. Современные методы терапии акушерских кровотечений / Н.С. Трифонова // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 7-9.
29. Федорова Т.А. Анализ многоцентрового применения рекомбинантного коагуляционного фактора VIIa (НовоСевен) в лечении массивных кровотечений / Т.А. Федорова // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 4. — С. 48-52.
30. Чернуха Е.А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. — М., 2005. — С. 34-45.
31. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период / Е.А. Чернуха. — 2006. — С. 23-44.
32. Чернуха Е.А. Эволюция исходов течения послеродовых кровотечений / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 4. — С. 61-65.
33. Чернуха Е.А. Профилактика и лечение акушерских кровотечений как фактор снижения материнской смертности / Е.А. Чернуха [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 23-25.
34. Ahonen J., Jokela R. Recombinant factor VIIa for life-threatening post-partum hemorrhage / J. Ahonen // British Journal of Anaesthesia. — 2005. — P. 592-594.



35. Allam M.S., B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques / M.S. Allam // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2005, Jun. – P. 3, 89, 236-241.
36. Baskett T.F. Emergency obstetrics hysterectomy / T.F. Baskett // *Obstet. Gynecol.* – 2003, Jul. – P. 353.
37. B-Lynch C., Coker A., Lawal A., Abu J., Cowen M. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported / C. B-Lynch [et al.] // *Obstet. Gynaecol.* – 1997. – P. 104, 372.
38. B-Lynch C. B-Lynch brace suture (technical details). Available at: <http://www.cblynch.com/HTML/tehnique.html>. Accessed September 25, 2003.
39. B-Lynch C. Correspondence / C. B-Lynch // *Br. J. Obstet. Gynecol.* – 2005. – P. 112-126.
40. Bouwmeester F. Successful treatment of life threatening post partum hemorrhage with recombinant activated factor VII / F. Bouwmeester [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2003. – P. 101, 1174-1176.
41. Chez R., B-Lynch C. The B-Lynch suture for control of massive postpartum hemorrhage. / R. Chez [et al.] // *Contemp. Obstet. Gynecol.* – 1998. P. 43, 93-98.
42. Cho J., Jun H., Lee C. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery / J. Cho [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2000. – P. 96, 502.
43. Conde-Agudelo A., Belizan J., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study / A. Conde-Agudelo [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2005, Feb. – P. 192, 342-349.
44. Uchiyama D., Koganemaru M., Abe T., Hori D., Hayabuchi N. Arterial catheterization and embolization for management of emergent or anticipated massive obstetrical hemorrhage / D. Uchiyama [et al.] – 2008. – P. 188-197.
45. Davies G.A., Tessier J.L., Woodman M.C., Lipson A., Hahn P.M. Maternal hemodynamics after oxytocin bolus compared with infusion in the third stage of labor: a randomized controlled trial / G.A. Davies [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2005. – P. 105, 294-299.
46. Dildy G. Postpartum hemorrhage: new management options / G. Dildy // *Clin. Obstet Gynecol.* – 2002. – P. 45, 330-344.
47. Ferguson J. B-Lynch suture for postpartum hemorrhage. *Obstet. Gynecol* / J. Ferguson. – 2000. – P. 95-99.
48. Gungor T. Surgical treatment of intractable postpartum hemorrhage and changing trends in modern obstetric perspective / T. Gungor [et al.] // *Arch Gynecol Obstet.* – 2008. – P. 243-458.
49. Hayman R.G., Arulkumaran S., Steer P.J. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage / R.G. Hayman // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – P. 99, 502-506.
50. Hebisch G., Huch A. Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in postpartum hemorrhage / G. Hebisch // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – P. 100, 574-578.
51. Mazhar S. Management of massive postpartum hemorrhage by B-Lynch brace suture. / S. Mazhar // *J. Coll. Phys. Surg. Pak.* – 2003. – P. 13, 51-52.
52. McLintock C. Postpartum haemorrhage. / C. McLintock // *Thromb Res.* – 2005. – Feb. – P. 115.
53. Mousa H., Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum hemorrhage / H. Mousa [et al.] // (Cochrane review) *The Cochrane Library*, vol. 1. Oxford 7 Update Software. – 2003. – P. 45-56.
54. Naqvi M., Naseem A. Obstetrical risks in the older primigravida. / M. Naqvi [et al.] // *J Coll Physicians Surg Pak.* – 2004, May. – P. 14, 278-281.
55. Roman A.S., Rebaber A. Seven ways to control postpartum hemorrhage / A.S. Roman [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – P. 24-55.
56. Saving women's lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, *Bulletin of the World Health Organization*, Bull World Health Organ vol.85 no.4 Geneva Apr. 2007
57. Transfusion Guidelines For Blood Components. Recommendations of the Medical Advisory Committee of the American Red Cross Blood Services – New England Region. – 2003.
58. WHO Maternal mortality in 2000, Geneva, 2004.

Сучасні методи терапії акушерських кровотеч

Ю.К. Памфаміров, В.О. Заболотнов, Ю.А. Кучеренко, О.В. Карапетян, Г.А. Пучкіна

У статті представлені сучасні методи лікування масивних кровотеч в акушерстві, спрямовані на зупинку кровотечі, нормалізацію гемодинаміки, корекцію порушень гемостазу. Розглянуто медикаментозні, механічні, органозберігаючі хірургічні методи лікування (компресійні шви на матку, перев'язка магістральних судин).

Ключові слова: масивна крововтрата, медикаментозні, механічні, оперативні методи лікування.

Modern methods of treatment of obstetric hemorrhages

Y.K. Pamfamirov, V.A. Zabolotnov, Y.A. Kucherenko, O.V. Karapetian, G.A. Puchkina

The modern methods of treatment of massive blood loss in obstetric practice presents in the article. They are directed to stopping the bleeding, normalization of hemodynamics disorders, correction of hemostasis. Reviewed medical, mechanical, organ-preserving surgical methods of treatment (compression stitches on the uterus, ligation of the main vessels).

Keywords: massive blood loss, medical, mechanical, operative methods of treatment.



Підтримка грудного вигодовування в разі виникнення лактостазу або маститу: дискусійні питання сьогодення*



С.А. Ласачко, к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ННІПО Донецького національного медичного університету ім. Максима Горького
Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

Представлено сучасні погляди на такі порушення лактації, як мастит та лактостаз. Наведено класифікації, особлива увага приділена диференційному діагнозу цих станів, а також різних стадій маститу. Викладено основні принципи лікування лактостазу та маститу на різних стадіях, а також підтримки грудного вигодовування в подібних ситуаціях. Описано методи первинної та вторинної профілактики на основі багаторічного досвіду Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства.

Ключові слова: грудне вигодовування, лактація, молочна залоза, лактостаз, мастит, діагностика, лікування.

Лактостаз. Тактика ведення

Гострий запальний процес в молочних залозах (МЗ) необхідно відрізнити від гострого застою молока (лактостазу).

Гострий лактостаз найчастіше розвивається на 3-5-й день після пологів, тобто у період приливу молока. Його причинами можуть бути: аномальна побудова соска, неправильне прикладання дитини до грудей, недостатній розвиток молочних протоків у жінок, які народили вперше, порушення режиму грудного вигодовування (ГВ) (недотримання вільного режиму за вимогою дитини). Через гострий застій молока може відбуватися закупорка молочного протоку, наприклад згустком молока. У такому випадку пухлиноподібне утворення відповідає контурам часток МЗ, ущільнення достатньо рухоме, з чіткими межами, бугристою поверхнею, безболісне або помірно болісне. При натисненні на це утворення молоко виділяється вільно або може бути утрудненим, зізджування його безболісне. Після зізджування жінка відчуває полегшення.

Загальний стан організму жінки у випадках гострого застою молока погіршується незначно. Температура тіла, клінічний аналіз крові частіше залишаються нормальними, під час дослідження секрету МЗ патологічні зміни не визначаються. Як правило, при лактостазі відсутні дві основні ознаки запального процесу — гіперемія та гіпертермія. Однак у ряді випадків гострий застій молока може супроводжуватися значним підвищенням температури тіла. Дуже важливо, що після зізджування температура тіла нормалізується, і жінка відчуває полегшення. Додатково з метою проведення диференційного діагнозу лактостазу та маститу може бути використане УЗД. При ехографії МЗ добре візуалізується диференційована часточкова структура МЗ, можуть бути розширені протоки, збережена рівномірна загальна ехогенність, відсутні ділянки локальних змін.

При лактостазі передусім потрібно провести заходи, спрямовані на усунення його причини. У пацієнтки слід з'ясувати режим годування, проконсультувати її щодо необхідності годування дитини за

* Продовження. Початок у журналі «Медичні аспекти здоров'я жінки», 2014, № 1 (75).



вимогою, виключно грудьми, без додаткового застосування суміші, сосок, пляшечок і т. ін., контролювати правильність прикладання малюка до грудей. Фізіопроцедури широко застосовуються при лактостазі (ультразвук), тріщинах сосків (терапевтичний лазер). Жінці рекомендується дотримуватися певної дієти, яка не провокує затримку рідини, набряки, тобто виключити солодкі, жирні, солоні продукти. За наявності надлишків молока в перші дні становлення лактації можна перед годуванням новонародженого їх зціджувати.

Рання діагностика, лікування та профілактика лактаційного маститу

Мастит — це запалення паренхіми та інтерстиціальної тканини МЗ. Мастит слід відрізнити від інших запальних захворювань шкіри, підшкірної клітковини МЗ (фурункул, карбункул, абсцес, флегмона), які об'єднуються поняттям парамаститу. Гострий мастит найчастіше (82-87% випадків) зустрічається в післяпологовому періоді у жінок, які годують грудьми (лактаційний мастит). Лактаційний мастит є дещо «прихованою» проблемою, бо, згідно з офіційною статистикою, в Україні за 2004 р. в акушерських стаціонарах зареєстровано всього три випадки гнійного маститу. За даними спеціальної хірургічної літератури, лактаційні мастити мають місце у 2% жінок за період вагітності та годування грудьми.

Гострий мастит частіше розвивається протягом першого місяця післяпологового періоду. Багато факторів пов'язують із підвищеним ризиком маститу, однак лише два фактори, на нашу думку, є провідними — це застій молока та інфекція. У разі лактостазу на початкових стадіях маститу необхідно продовжувати ГВ. Серозно-інфільтративний мастит прогресує в деструктивний або абсцес тільки в 4% випадків, якщо регулярне випорожнення МЗ триває, та в 79% випадків — при відмові від ГВ.

Джерелом інфекції при маститах є бацилоносії, хворі з хронічними вогнищами гнійно-запальних захворювань; мікробний резервуар — повітря лікувальних закладів, предмети догляду, білизна, верхні дихальні шляхи обслуговуючого персоналу. Слід зазначити, що прогноз у разі внутрішньолікарняного зараження є менш сприятливим, що пов'язано з підвищеною резистентністю та вірулентністю лікарняних штамів стафілококів. Вхідними воротами для мікроорганізмів найчастіше є тріщини сосків, рідше інфекція розповсюджується гематогенним чи лімфогенним шляхом з ендогенних осередків.

Через застій молока збільшується число бактерій в молоці та молочних ходах. Молоко, що звернулося, піддається молочнокислому бродінню, що веде до руйнування епітелію молочних ходів і альвеол. При підвищенні тиску в МЗ порушується кровообіг, виникає венозний застій, набряк міжточної тканини, що створює додаткові умови для розвитку інфекції. Зниження загальної стійкості

організму жінки, послабленого пологами, авітамінозами, супутніми запальними захворюваннями, також призводить до виникнення маститу.

Мікробний пейзаж при маститі

Основний мікроорганізм, який спричиняє післяпологовий мастит, — це *Staphylococcus aureus*. Ця бактерія може бути виявлена приблизно у 70% жінок з маститом. До найбільш розповсюджених інфекційних агентів при маститі також належить *Staphylococcus epidermidis*, який висівають приблизно в 25% випадках. Рідше зустрічаються β-гемолітичні стрептококи, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas picetti*, *Bacteroides*, *Mycobacteria* і *Actinomyces*. Анаероби можуть визначатися при гнійному процесі, однак у мікробному пейзажі таких пацієнток *Staphylococcus spp.* превалює.

Хірургічна класифікація маститів:

I. За причиною захворювання: неспецифічний, специфічний.

II. За функціональним станом МЗ: лактаційний, нелактаційний.

III. За перебігом запального процесу: гострий, хронічний.

IV. За розповсюдженням процесу: обмежений, дифузний.

V. За характером запалення:

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний (деструктивний):
 - абсцедуючий;
 - інфільтративно-абсцедуючий;
 - флегмонозний;
 - гнійно-некротичний;
- гангренозний.

VI. За локалізацією та глибиною ураження:

- поверхневий: підшкірний, субареоларний;
- глибокий: інтрамаммарний, ретромаммарний.

Клініка і діагностика маститу

Своєчасна діагностика і лікування ранніх форм маститу дають можливість у більшості випадків досягти зворотного розвитку процесу, запобігають переходу його в гнійну, деструктивну фазу.

Особливо складно диференціювати від гострого застою молока початкові форми маститу. Під час проникнення в тканину МЗ гноєтворної мікрофлори застій молока через 2-4 дні, а інколи і протягом одного дня переходить в серозну стадію маститу. Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла, пітливісті, слабкості, відчуття розбитості, різкого болю в МЗ. Груди збільшуються за розміром, пальпація їх стає болісною, інфільтрат визначається нечітко. Зціджувати молоко болюче і не дає полегшення. У крові спостерігається лейкоцитоз до $10 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів прискорена до 20-30 мм/год. При несвоєчасному початку лікування процес може перейти в інфільтративну фазу, для якої характерна більша вираженість



клінічних ознак запалення, тяжкість загального стану хворої. Пухлиноподібне утворення під час пальпації набуває більш чітких контурів. У крові спостерігається тенденція до моноцитозу та еозинофілії. У 80% хворих температура тіла підвищується до 38–41 °С. Контактна термометрія виявляє підвищення локальної температури МЗ у 78,8% пацієнток і наявність ділянок неоднорідності температури з коливаннями від 35,7 до 37,5 °С в межах однієї залози (середня температура шкіри МЗ у здорових жінок, які годують грудьми, становить 36,3 °С).

Перехід початкових форм маститу в гнійну форму характеризується підсиленням загальних і місцевих симптомів запалення, вираженими ознаками інтоксикації. Температура тіла тримається постійно на високих цифрах або набуває гектичного характеру. Інфільтрат в залозі збільшується, гіперемія шкіри наростає, в одній з ділянок залози з'являється флуктуація. У ряді випадків приєднуються явища лімфангоїту, регіонального лімфаденіту. Абсцеси можуть локалізуватися в поверхневих або глибоких відділах залози з розповсюдженням в ретромамарний простір. Украй тяжкий стан хворих спостерігається при гангренозній формі маститу: температура тіла сягає 40–41 °С; тахікардія; МЗ різко збільшена в об'ємі, шкіра її набрякла, з пухирцями, наповненими геморагічним вмістом, з ділянками некрозу; набряклість розповсюджується на навколишні тканини; в крові — високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво та токсичною зернистістю лейкоцитів; в сечі визначається білок.

Поряд з оцінкою клінічних симптомів маститу у таких пацієнток слід провести лабораторне дослідження секрету МЗ, який в нормі має слабкокисло реакцію (рН = 6,8). Запальний процес призводить до зміни кислотності молока в бік збільшення рН, що пов'язано з підвищенням активності лужної фосфатази. Бактеріологічне дослідження молока дає змогу скорегувати антибактеріальну терапію.

Для диференційної діагностики різних стадій маститу виконують УЗД. Цей метод є високоінформативним, доступним, нешкідливим і може бути багаторазово використаний в динаміці. У разі *серозної* стадії маститу при УЗД добре видно диференційовану часточкову структуру МЗ, можуть бути розширені протоки, відзначається деяке зниження загальної ехогенності паренхіми. У випадках *інфільтративної* стадії відбувається зниження загальної ехогенності в ділянці відповідно до клінічних проявів (ущільнення, гіперемія, гіпертермія), диференціація часток МЗ не зовсім чітка. При маститі в *деструктивній* стадії під час УЗД добре візуалізуються ділянки значного зниження ехогенності або анехогенні, з неоднорідним вмістом, звичайно з достатньо чітким контуром, але неправильної форми. Проведення УЗД з метою визначення стадії маститу може мати

принципове значення щодо вибору тактики лікування, особливо у випадках неясної клінічної картини, при глибокій локалізації маститу, великих розмірах МЗ. Також можна використовувати термографію як додатковий метод діагностики.

Лікування маститу

Підходи до лікування лактостазу, ранньої стадії маститу (серозна, інфільтративна) і гнійно-деструктивних форм мають принципову різницю.

Основні принципи лікування маститу:

- урахування форми та стадії процесу;
- ранній початок лікування;
- своєчасна регулярна евакуація молока;
- продовження ГВ при всіх стадіях маститу, якщо можливо; при гнійних — після хірургічного лікування;
- елімінація збудника (антибактеріальна терапія);
- одночасне лікування тріщин сосків.

Як тільки діагноз післяпологового маститу встановлено, на відміну від лактостазу, який не потребує антибактеріальної терапії, при будь-якій стадії маститу необхідно одразу починати антибактеріальну терапію, щоб гарантувати оптимальний результат. Відтермінування лікування значно підвищує частоту формування абсцесу. На початкових стадіях показана комплексна консервативна терапія, в деструктивну фазу процесу — оперативне лікування з метою дренування згідно з принципами класичної хірургії.

Лікування може проводитися або в амбулаторних умовах, або в стаціонарі, залежно від стану пацієнтки. У випадку амбулаторного лікування системні ознаки захворювання повинні обмежуватися лихоманкою та помірним нездужанням, повторний огляд і оцінка стану пацієнтки є обов'язковими протягом 24–48 год. За відсутності позитивної динаміки жінку слід госпіталізувати.

Основні вимоги до антибіотиків, які застосовуються під час лактації:

- нешкідливість для матері та новонародженого;
- широкий спектр дії (передусім проти грампозитивних коків і грамнегативних паличок);
- достатня концентрація та тропність до тканини МЗ;
- комплаєнтність (зручний для пацієнтки спосіб і режим застосування).

До антибіотиків, відносно безпечних для дитини при годуванні грудьми, належать пеніциліни, макроліди (азитроміцин, джозаміцин), цефалоспорины.

Заборонені до застосування при годуванні грудьми: сульфаніламід, лінкозаміни, похідні імідазолу (у разі призначення метронідазолу припинити годування грудьми на 12–24 год, молоко зціджувати), тетрацикліни, фторхінолони, левоміцетин.

Препаратами вибору слід вважати напівсинтетичні пеніциліни. При непереносимості антибіотиків пеніцилінового ряду необхідно враховувати можливість перехресної алергії до



цефалоспоринов. Цефтріаксон, який належить до парентеральних цефалоспоринов 3-го покоління, відрізняється незвичайними фармакокінетичними властивостями, в першу чергу тривалим періодом напіввиведення (8,5 год), що дає можливість використовувати його в зручному режимі – 1 раз на добу. Макроліди вважаються порівняно безпечними під час вагітності (за винятком рокситроміцину), але у зв'язку з проникненням в грудне молоко та відсутністю даних про вплив на новонародженого в період лактації, їх слід використовувати з обережністю.

Необхідна тривалість терапії антибіотиками точно не встановлена. Більшість спеціалістів рекомендує застосовувати їх курсом від 5 до 10 днів. Після клінічного видужання прийом антибіотиків необхідно продовжити ще протягом 48 год. Пацієнтки зі стафілококовою бактеріємією потребують більш тривалої терапії, обов'язково в умовах стаціонару. Розповсюдження з кров'ю *Staphylococcus spp.* може призвести до формування абсцесів у нирках, кістках та інших ускладнень (бактеріального ендокартиту). Зважаючи на особливу тяжкість стану, при стафілококовій бактеріємії показаний курс лікування від 10 до 14 днів. За наявності будь-якого свідчення метастазування абсцесу або бактеріального ендокартиту хворій призначають більш тривалий курс терапії. Рекомендується використання стафілококового бактеріофага, засобів, які підвищують імунореактивність організму, вітамінів.

Місцеве лікування проводиться не «компресами», а у вигляді аплікацій з гелями та мазями, що покращують мікроциркуляцію та мають протизапальний ефект. Добре зарекомендували себе аплікації з маслом камфори, розведені у співвідношенні 1 : 1 з будь-яким очищеним маслом, напівспиртові аплікації. Не рекомендується застосовувати фізіолікування в гострому періоді маститу, при гнійних і деструктивних формах воно категорично протипоказано.

Незважаючи на відповідне лікування маститу, перехід в гнійно-деструктивні форми відбувається в 4-10% випадків. Це ускладнення вимагає негайного хірургічного втручання. Хірургічний розріз і дренивання здійснюються в операційній під наркозом. Розрізи повинні бути виконані за природними лініями шкіри, радіально або паралельно ареолярному краю. Це забезпечує адекватний дренаж і кращий косметичний результат. Додатково, з метою диференційної діагностики, частину стінки абсцесу слід відправити на патогістологічне дослідження, оскільки формування абсцесу може відбуватися паралельно з розвитком злоякісного новоутворення. Після дренивання абсцесу рана повинна бути добре промита антисептиками та залишатися відкритою.

Рішення про можливість продовження ГВ приймається індивідуально і залежить від загального стану матері та дитини, локалізації та стадії масти-

ту, антибактеріальних препаратів, що використовуються. ГВ треба зберігати в усіх випадках, коли це можливо. Продовження годування грудьми сприяє зменшенню застою молока. В окремих випадках за індивідуальними показаннями: виражена інтоксикація у матері, неефективність лікування, часті рецидиви маститу, необхідність у госпіталізації матері, у призначенні небезпечних для дитини антибактеріальних препаратів, великий розмір хірургічної рани, її дуже близька локалізація до ареоли, рішення педіатра – ГВ може бути тимчасово перервано (зціджування молока, продовження годування лише однією, здоровою МЗ) або взагалі припинена лактація.

Рання діагностика післяпологового маститу сприяє швидкому початку протизапальної терапії, дає змогу зберегти лактацію у більшості випадків, мінімізувати негативний вплив на жінку та малюка. Заходами та обов'язковими умовами профілактики є дотримання санітарно-гігієнічного режиму, своєчасне виявлення та санація осередків інфекції, дотримання умов природного ГВ, правильне прикладання новонародженого до грудей, уважність та доброзичливість медичного персоналу.

Алгоритм надання консультативно-лікувальної допомоги при лактостазі та лактаційному маститі представлено на схемі.

Висновки

1. Грудне вигодовування має велике значення для фізичного і психоемоційного здоров'я новонародженого та для здоров'я жінки, зокрема знижує ризик онкозахворювань органів репродуктивної системи.

2. Для успішного фізіологічного становлення лактації і подальшої її підтримки дуже важливим є інформаційна та практична допомога підготовленого медичного персоналу. Підготовку жінки до ГВ необхідно починати ще під час вагітності та продовжувати в післяпологовому стаціонарі. Після виписки породіллі можлива підтримка ГВ шляхом організації гарячої телефонної лінії. Дуже важливо дотримуватися єдиної політики підтримки ГВ у лікувальному закладі на всіх етапах.

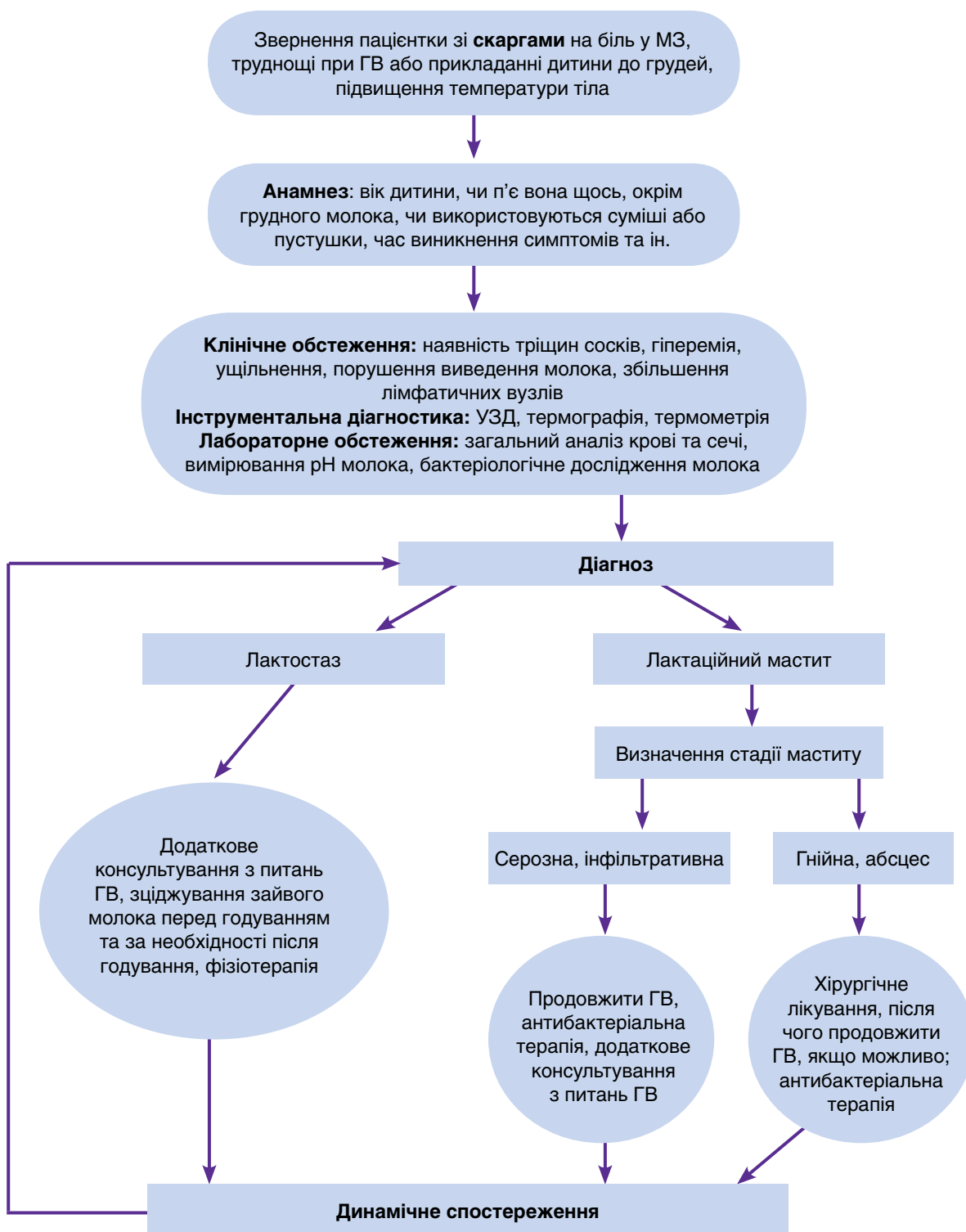
3. Рання діагностика лактостазу та післяпологового маститу є вкрай необхідною, адже це дає змогу швидко почати лікування, уникнути ускладнень, зберегти лактацію у більшості випадків, мінімізувати негативний вплив на жінку та малюка.

4. Підходи до лікування лактостазу, маститу на ранній стадії (серозній, інфільтративній), а також його гнійно-деструктивних форм мають принципову різницю. Перехід в гнійно-деструктивні стадії відбувається в 4-10% випадків. Це ускладнення вимагає негайного хірургічного втручання.

5. Лактостаз не потребує антибактеріальної терапії. При всіх стадіях лактаційного маститу рекомендується використання антибактеріальних



Схема. Алгоритм надання консультативно-лікувальної допомоги при лактостазі та лактаційному маститі



препаратів. Перевага надається безпечним для дитини антибіотикам, що дає змогу не припиняти годування грудьми.

6. Рішення про можливість збереження ГВ приймається індивідуально і залежить від загального стану матері та дитини, локалізації та стадії маститу, антибактеріальних препаратів, що використовуються. ГВ слід зберігати в усіх випадках, коли це можливо.

7. Згідно з протоколами МОЗ України, однією з передумов успішного ГВ є обстеження МЗ жінки при плануванні вагітності та двічі під час вагітності. У разі підозри на наявність пухлини МЗ потрібна консультація онколога. Непухлинні (дисгормональні) захворювання МЗ не є протипоказанням до ГВ.

8. Якщо годування грудьми з будь-яких причин неможливе, перевага віддається медикаментозному методу запобігання або припинення лактації.



9. Застосування системи організаційних, профілактичних та діагностично-лікувальних заходів, розроблених і впроваджених в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства, дає можливість значно покращити якісні показники лактації, підвищити прихильність до годування грудьми до 6 міс з 36,7 до 54,3% та знизити частоту порушень лактації з 41,6 до 14,8%, гіпогалакції – з 10,8 до 1,9%.

Список використаної літератури

1. Куприненко Н.В. Фармакокінетика анти-микробных препаратов во время беременности и их действие на плод / Н.В. Куприненко // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 310. – С. 50-57.
2. Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні: навчальний посібник / Н.Я. Жилка, Г.О. Антоненкова, Л.І. Тутченко [та ін.]; під ред. Жилки Н.Я. – К. : Сім'я від А до Я, 2006. – 160 с.
3. Наказ МОЗ України від 31.07.2006 р. № 529/49 «Про затвердження галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні»».
4. Наказ МОЗ України від 04.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»».
5. Бабич Т. Ю. Сімейні пологи: профілактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Т.Ю. Бабич. – Донецьк, 2009. – 40 с.
6. Бабич Т.Ю. Становление лактации у женщин с различным уровнем субъективного контроля, рожавших при поддержке мужа и традиционно / Т.Ю. Бабич // Укр. мед. альманах. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 19-22.
7. Бабич Т.Ю. Вплив сімейних пологів і підготовки до них на становлення лактації / Т. Ю. Бабич: зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2010. – С. 404-408.
8. Бабич Т.Ю. Лактация и здоровье молочных желез / Т.Ю. Бабич, С.А. Ласачко, О.А. Джеломанова // Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл.-корр. НАМН Украины В.К. Чайки. – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 483-488.
9. Городенчук З. Лактація та рак молочної залози: чи варто годувати грудьми також після року / З. Городенчук, О. Шлемкевич // 3 турботою про здоров'я жінки. – 2009. – № 6 (12). – С. 26-29.
10. Городенчук З. Лактация и ее продолжительность: отдаленные эффекты для здоровья женщины / Городенчук З., Шлемкевич О., Лехновская Т. // Медицина світу. – 2009. – С. 183-197.
11. Джеломанова О.А. Влияние продолжительности и особенностей лактации на здоровье молочных желез (обзор литературы) / Джеломанова О.А., Ласачко С.А., Бабич Т.Ю. // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 4. – С. 84-87.

12. Ласачко С.А. Послеродовой мастит и лактостаз: тактика ведения / С.А. Ласачко, О.Н. Долгошапко // Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл.-корр. НАМН Украины В.К. Чайки. – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 489-509.

13. Чайка В.К. Рождем вместе. Семейные роды: «за» и «против» / В.К. Чайка, Т.Ю. Бабич. – Донецк: ЧП «Лавис», 2006. – 208 с.

14. Ретроспективная оценка факторов риска возникновения заболеваний молочных желез / В.К. Чайка, А.А. Трегубенко, С.А. Ласачко, М.Г. Тарасова // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 4-7.

15. Breast cancer and breastfeeding: collaborative re-analysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease / Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer // Lancet. – 2002. – Vol. 360, N 9328. – P. 187-195.

16. Parity, breastfeeding and breast cancer risk by hormone receptor status in women with late age at first birth — A Case Control Study / S.J. Lord, L. Bernstein, K. Johnson [et al.] // AACR Meeting Abstracts. – 2007. – Vol. 2005. – P. 754.

Поддержка грудного вскармливания в случае возникновения лактостаза или мастита: дискуссионные вопросы сегодняшнего дня

С.А. Ласачко

Представлены современные взгляды на такие нарушения лактации, как мастит и лактостаз. Приведены классификации, особое внимание уделено дифференциальному диагнозу этих состояний, а также разных стадий мастита. Изложено основные принципы лечения лактостаза и мастита на разных стадиях, а также поддержки грудного вскармливания в подобных ситуациях. Описаны методы первичной и вторичной профилактики на основе многолетнего опыта Донецкого регионального центра охраны материнства и детства.

Ключевые слова: грудное вскармливание, лактация, молочная железа, лактостаз, мастит, диагностика, лечение.

Support of the breast feeding in the case of lactostasis or mastitis: debatable questions of contemporaneity

S.A. Lasachko

There is presented modern views on such lactation disorders as lactostasis and mastitis. Classifications of these disorders are expounded; the special attention is spared the differential diagnosis of these conditions and also the different stages of mastitis. Basic principles of treatment of lactostasis and mastitis of the different stages and also supporting of the breast feeding in such situations are expounded. The methods of primary and second prophylaxis are indicated on the basis of long-term experience of Donetsk regional center of protection of maternity and childhood.

Keywords: breast feeding, lactation, breast, lactostasis, mastitis, diagnostics, treatment.



Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» Наказ МОЗ України від 21 січня 2014 р. № 59*

За даними ВООЗ, щороку в усьому світі у 6 млн жінок настає непланована вагітність. В Україні, за даними МОЗ, 2012 р. зареєстровано 91 484 випадки непланованої вагітності (7,71 на 1000 жінок фертильного віку), що значно перевищує рівень в країнах Євросоюзу (в середньому 5,0 на 1000 жінок). Ця ситуація залежить від низки обставин, що пов'язані з особистими факторами, серед яких – доступність і якість інформації з питань планування сім'ї (ПС) та фактичного використання сучасних методів контрацепції.

У даний час у нашій країні відношення до сучасних методів контрацепції, особливо гормональної, залишається упередженим, внаслідок чого більш ніж половина жінок використовує традиційні, бар'єрні протизаплідні засоби з недостатньою ефективністю.

Зазначена ситуація спонукає до продовження активного впровадження ефективних заходів з питань запобігання непланованій вагітності, а саме забезпечення медичних спеціалістів сучасними науковими даними з ПС для підвищення їх професійного рівня, а населення – доступними просвітницькими матеріалами та засобами запобігання непланованій вагітності.

Репродуктивні права ґрунтуються на визнанні фундаментального права усіх пар та окремих осіб на здійснення самостійного і відповідального вибору щодо кількості дітей, яких вони збираються мати, і часу їх народження, тривалості часових інтервалів між пологами; доступі до інформації та засобів, необхідних для реалізації такого вибору, а також на визнанні права кожного індивідуума на досягнення найвищого рівня сексуального і репродуктивного здоров'я.

Список осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Камінський В.В. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з акушерства та гінекології,

завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Коломейчук В.М. – заступник начальника Управління охорони материнства, дитинства та санаторно-курортного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, голова робочої групи.

Адамова Г.М. – консультант програми «Здоров'я жінок України».

Борис О.М. – завідувач клініки репродукції УДІР.

Вовк І.Б. – керівник відділу планування сім'ї ІПАГ НАМН України.

Гойда Н.Г. – проректор з лікувальної роботи НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Гривалю О. – користувачка послуг з планування сім'ї.

Грищенко О.В. – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Думчева А.Ю. – національний спеціаліст програм сексуального та репродуктивного здоров'я, здоров'я дітей та підлітків ВООЗ в Україні.

Заглада Н.В. – координатор з питань політики програми «Здоров'я жінок України».

Замостян П.В. – заступник представника Фонду народонаселення ООН в Україні.

Івасівка З.М. – головний позаштатний спеціаліст із ПС Львівської ОДА, заступник директора КЗЛОР ЛОЦРЗН.

Іркіна Т.К. – консультант програми «Здоров'я жінок України».

Квашенко В.П. – професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету.

Кравченко О.В. – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету.

* Із повною версією наказу можна ознайомитися на сайті: www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html



Кузьменко О.О. — директор програми «Здоров'я жінок України».

Майструк Г.П. — голова правління благодійного фонду «Здоров'я жінки та планування сім'ї».

Матюха Л.Ф. — завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст із сімейної медицини МОЗ України.

Ошовська Т.Т. — головний позаштатний спеціаліст з планування сім'ї Вінницької ОДА, акушер-гінеколог ОЦПС.

Пирогова В.І. — завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського державного медичного університету.

Посохова С.П. — заступник головного лікаря Одеської обласної клінічної лікарні.

Сало Н.Й. — заступник директора програми «Здоров'я жінок України».

Сіліна Т.М. — професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Татарчук Т.Ф. — заступник директора з наукової роботи ІПАГ НАМН України, головний дитячий гінеколог МОЗ України.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Надання послуг з питань планування сім'ї відповідно до рівнів надання медичної допомоги

3.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу (фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, амбулаторії сімейного лікаря)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.1.1. Первинна профілактика		
1.1. Організація діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів щодо здорового способу життя, профілактики непланованої вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). 1.2. Проведення навчання сімей використанню сучасних методів ПС. 1.3. Виявлення соціально неадаптованих родин.	Доведено взаємозв'язок між репродуктивною поведінкою і станом здоров'я людини. Першочергово жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватися правил поведінки щодо профілактики непланованої вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції. Навчання навичкам сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблем зі здоров'ям і формує більш зріле та відповідальне ставлення до цього боку життя. Особливого значення надається кваліфікованому консультуванню з питань ПС.	Обов'язкові 1. Розповсюдження інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, ПС та використання методів контрацепції. 2. Консультування з питань ПС, враховуючи репродуктивні плани. 3. Проведення роботи з питань здорового способу життя та статевого виховання молоді.
3.1.2. Діагностика		
2.1. Оцінка стану здоров'я пацієнтки згідно з класифікацією ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу. 2.2. Своєчасне виявлення жінок з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутньої дитини.	Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення дитячої та материнської смертності (ВООЗ, 2010).	Обов'язкові 1. Своєчасна організація та проведення профілактичних оглядів жіночого населення, консультування з питань ПС. 2. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції. 3. Виявлення при обстеженні, що: • пацієнтка не вагітна; • немає станів, що потребують додаткового обстеження та обережності у використанні будь-якого методу. 4. Своєчасне направлення жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю матері та майбутньої дитини, до центру ПС (ЦПС) для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції.



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.1.3. Вибір сучасного методу контрацепції		
3.1. Проведення початкового (первинного) консультування з метою допомоги пацієнтці у виборі того методу, який найбільше їй підходить. 3.2. Допомога у виборі методу контрацепції з урахуванням медичних критеріїв прийнятності використання методу контрацепції ВООЗ (додаток 1). 3.3. Проведення консультування з використання конкретного методу контрацепції.	Пацієнти мають право на отримання адекватної інформації в об'ємі, достатньому для здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції. Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта у конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання конкретного засобу контрацепції та запобігання непланованій вагітності. <i>Допомогу у виборі конкретного методу для 1-ї та 2-ї категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, навчений середній медичний персонал.</i>	Обов'язкові 1. Надання інформації стосовно кожного сучасного методу контрацепції, яка включає: • механізм дії; • ефективність; • зворотність; • переваги і недоліки; • неконтрацептивні властивості; • правила використання; • можливі побічні ефекти; • стани, що потребують звернення до лікаря. 2. Пояснення правил використання методу: • коли починати і як його застосовувати; • можливі побічні ефекти та їх усунення; • дії у випадку порушення правил використання методу; • термін повторного візиту. 3. Врахування особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для соціально неадаптованих сімей, підлітків з факторами репродуктивного ризику, ВІЛ-позитивних жінок. 4. Використання алгоритму оцінки пацієнток під час консультування з вибору методу контрацепції (додаток 2). 5. Інформування та консультування щодо поінформованого вибору методу ефективної контрацепції для жінок в післяпологовому періоді та після абортів.
3.1.4. Подальше спостереження		
4.1. Спостереження за жінками, які використовують методи контрацепції. 4.2. Спостереження за підлітками з факторами репродуктивного ризику, за жінками в післяпологовому періоді та після переривання вагітності.	Вибір контрацептивів жінками найбільш імовірно буде змінюватися у різні періоди їхнього життя, оскільки вони надаватимуть різну перевагу окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо запобігання вагітності або ІПСШ, зворотності методу та легкості у використанні.	Обов'язкові 1. Рекомендувати жінкам та їх партнерам дотримуватися правил використання методів сучасної контрацепції. 2. Обговорення методу контрацепції, тривалості його використання, періодичності; спостереження за станом здоров'я, а також надання рекомендацій, куди звернутись, якщо виникне потреба у припиненні застосування методу контрацепції або мине час його використання (для внутрішньоматкового контрацептива [ВМК]). 3. У разі виникнення проблем (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, його неприйнятність партнером тощо) з'ясувати причини та допомогти жінці вирішити проблему.



3.2. Для установ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (кабінети ПС [КПС] у районних та центральних районних лікарнях, міських лікарнях; жіночі консультації, пологові будинки, акушерські та гінекологічні відділення, служби дитячої та підліткової гінекології)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.2.1. Профілактична та організаційна робота		
1.1. Забезпечення взаємодії закладів першого рівня надання послуг для запобігання непланованій вагітності з КПС і ЦПС. 1.2. Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів з питань ПС. 1.3. Формування груп жінок для першочергового безоплатного забезпечення засобами контрацепції. 1.4. Організація навчання фахівців первинного рівня з надання послуг із питань ПС.	Надання інформації щодо сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблем зі здоров'ям і формує більш зріле і відповідальне ставлення до цього боку життя. Необхідно встановити ефективну систему направлень, яка гарантує високу якість послуг, регулярно відстежує та забезпечує подальше спостереження за пацієнткою.	Обов'язкові 1. Підготовка та розповсюдження інформаційних матеріалів для жінок і чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, ПС та використання методів контрацепції. 2. Організація навчальних заходів з питань формування здорового способу життя, ПС для спеціалістів первинної ланки. 3. Формування районного реєстру осіб із хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині, соціально неадаптованих родин, ВІЛ-позитивних жінок.
3.2.2. Діагностика		
2.1. Оцінка стану здоров'я пацієнтки згідно з класифікацією ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції. 2.2. Своєчасне виявлення осіб з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю матері та майбутньої дитини.	Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зниження дитячої та материнської смертності (ВООЗ, 2010). Якщо жінки вважаються здоровими та пройшли профілактичний огляд протягом року, гінекологічний огляд не є обов'язковим при виборі гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. Профілактичний огляд включає: • вимірювання артеріального тиску (АТ); • клінічне обстеження молочних залоз (МЗ); • пальпація живота; • гінекологічний огляд; • мазок на онкоцитологію. Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткового обстеження перед тим, як буде рекомендовано пацієнтам той чи інший метод контрацепції (ВООЗ, 2011).	Обов'язкові 1. Своєчасна організація та проведення профілактичних оглядів жіночого населення, консультування з питань ПС. 2. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу. 3. Проведення комплексної оцінки пацієнтки відповідно до медичних критеріїв використання методу контрацепції ВООЗ. 4. Своєчасне направлення пацієнток із хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю матері та майбутньої дитини, до ЦПС для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції.



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.2.3. Консультування та підбір методу контрацепції		
3.1. Застосування підходу до ПС відповідно до періодів життя жінки. 3.2. Проведення початкового (первинного) консультування, щоб допомогти пацієнтці обрати метод, який найбільше їй підходить. 3.3. Допомога у виборі методу контрацепції з урахуванням медичних критеріїв прийнятності використання методу контрацепції ВООЗ (додаток 1). 3.4. Проведення консультування з використання конкретного методу контрацепції.	Необхідно встановити ефективну систему направлень, яка гарантує високу якість послуг, регулярно відстежує та забезпечує подальше спостереження за пацієнткою. Вибір контрацептивів жінками змінюється у різні періоди їхнього життя, оскільки вони надаватимуть різну перевагу окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо запобігання вагітності або ІПСШ, зворотності методу та легкості у використанні. <i>Допомогу у виборі конкретного методу для 3-ї та 4-ї категорій населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, надають спільно лікарі акушери-гінекологи із сімейними лікарями чи спеціалістами вузького профілю.</i>	Обов'язкові - Надання інформації по кожному сучасному методу контрацепції відповідно до періодів життя, яка включає: - механізм дії; - ефективність; - зворотність; - переваги і недоліки; - неконтрацептивні властивості; - правила використання; - можливі побічні ефекти; - стани, що потребують звернення до лікаря. - Пояснення правил використання методу: - коли починати і як його застосовувати; - можливі побічні ефекти та їх усунення; - дії у разі порушення правил використання методу; - термін повторного візиту. - Використання алгоритму оцінки пацієнток під час консультування з вибору методу контрацепції (додаток 2). - Врахування особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для соціально неадаптованих родин, підлітків з факторами репродуктивного ризику, ВІЛ-позитивних жінок. - Консультування та підтримка вибору методу ефективної контрацепції для осіб в післяпологовому періоді та після абортів.
3.2.4. Подальше спостереження		
4.1. Спостереження за жінками, які використовують методи контрацепції. 4.2. Спостереження за підлітками з факторами репродуктивного ризику, жінками в післяпологовому періоді та після переривання вагітності. 4.3. Спостереження за пацієнтками з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю матері та майбутньої дитини.	Наступні візити до медичного працівника дають можливість: переконатися у намірі пацієнтки використовувати методи контрацепції; обговорити будь-які проблеми, що виникли у зв'язку з обраним методом; надати відповіді на можливі запитання; дослідити, чи немає змін у стані здоров'я або в життєвій ситуації, що вказує на необхідність переходу на інший метод контрацепції чи припинення використання методу.	Обов'язкові - Обговорення рівня задоволення методом контрацепції, тривалості його застосування, періодичності спостереження за станом здоров'я. - У разі виникнення проблем (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) з'ясування причин та допомога жінці у вирішенні проблеми. - Допомога пацієнтці у виборі іншого методу контрацепції, якщо вона не задоволена обраним, якщо змінився стан здоров'я і подальше використання методу може бути ризикованим.



3.3. Для установ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (обласні та міські ЦПС)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.3.1. Профілактичні та організаційні заходи		
1.1. Розробка та впровадження чіткої інформаційно-просвітницької стратегії в регіоні з метою інформування населення щодо запропонованих послуг. 1.2. Координація роботи ЦПС І КПС, клінік сімейної медицини та інших закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) щодо надання послуг з профілактики непланованої вагітності, консультування з інших питань ПС. 1.3. Організація взаємодії із закладами первинної медико-санітарної допомоги з питань ПС.	Жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики непланованої вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції. <i>Пакет заходів з ПС, безпечного абортів, здоров'я матері, новонародженого та дитини (ВООЗ, 2010).</i> У сфері ПС до пакету входять компоненти: • інтеграція ПС у послуги з репродуктивного здоров'я; • просвіта та консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції; • наявність та доступність методів контрацепції. Інтеграція ПС у первинну медико-санітарну допомогу та надання перинатальних послуг сприяє підвищенню якості медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я.	<i>Обов'язкові</i> 1. Підготовка та розповсюдження інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевих поведінки, ПС та використання методів контрацепції. 2. Підготовка та поширення навчальних матеріалів для медичних фахівців, які надають послуги з питань ПС. 3. Організація навчання спеціалістів 1-го, 2-го рівнів з питань ПС, запобігання ІПСШ/ВІЛ. 4. Встановлення ефективної системи взаємодії між ЗОЗ всіх рівнів, яка забезпечує подальше спостереження за пацієнткою. 5. Проведення консультування з питань ПС, зокрема для пацієнток з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутньої дитини. 6. Надання чіткої інформації (адреса, контактні телефони) у разі необхідності звернення при виникненні ускладнень. 7. Визначення і впровадження стратегії щодо вирішення проблемних питань у сфері ПС регіону.
3.3.2. Діагностика		
2.1. Оцінка стану здоров'я пацієнтки згідно з класифікацією ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції. 2.2. Консультування та додаткове обстеження пацієнток з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутньої дитини.	Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення дитячої та материнської смертності (ВООЗ, 2010).	<i>Обов'язкові</i> 1. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу. 2. Проведення комплексної оцінки пацієнтки відповідно до медичних критеріїв використання методу контрацепції ВООЗ. 3. Залучення вузьких спеціалістів для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції для осіб з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутньої дитини.



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.3. 3. Консультування та підбір методу контрацепції		
3.1. Створення умов доступності до послуг з ПС для населення регіону. 3.2. Надання високоспеціалізованої медичної допомоги з питань ПС парам репродуктивного віку з групи високого та вкрай високого ризику з обтяженим екстрагенітальним, акушерським та перинатальним анамнезом.	За даними ВООЗ, необхідно забезпечити універсальний доступ до всього спектра безпечних і надійних методів ПС, відповідних послуг з репродуктивного здоров'я. Заходи з ПС мають потенціал: • знизити рівень материнської смертності на 32%, рівень малюкової та дитячої смертності на 10%; • знизити рівень непланованої вагітності на 71%; • можуть запобігти 80% заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів (ВООЗ, 2010).	Обов'язкові 1. Забезпечення контрацептивними засобами малозабезпечених, соціально неадаптованих родин, підлітків, ВІЛ-позитивних жінок. 2. Консультування, допомога у виборі та надання методу профілактики непланованої вагітності для осіб з хворобами, при яких виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутньої дитини. 3. Розробка індивідуального плану спостереження за цими пацієнтками. 4. Формування обласного реєстру жінок з обтяженим екстрагенітальним, акушерським та перинатальним анамнезом. 5. Забезпечення цих жінок сучасними ефективними видами контрацепції.

Перелік скорочень

АТ – Артеріальний тиск
ВІЛ – Вірус імунодефіциту людини
ВК – Вагінальне кільце
ВМК – Внутрішньоматковий контрацептив
ВМС – Внутрішньоматкова система
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВТЕ – Венозна тромбоемболія
ДМП – Депо медроксипрогестерону
ДХС – Добровільна хірургічна стерилізація
ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я
ІПСШ – Інфекції, що передаються статевим шляхом
КОК – Комбіновані оральні контрацептиви

КІК – Комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КП – Контрацептивний плістир
КПР – Контрацептиви прогестагенового ряду
КПС – Кабінети планування сім'ї
ЛНГ – Левоноргестрел
МЛА – Метод лактаційної аменореї
ПІК – Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви
ПС – Планування сім'ї
ТКП – Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду
ТНК – Таблетки для невідкладної контрацепції
ТКП – Таблетовані контрацептиви, що містять прогестаген
ЦПС – Центр планування сім'ї



ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ						
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
I = ініціація, П = продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується						
ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ						
Вагітність	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	4	4
Вік	Від менархе до < 40 років = 1 ≥ 40 = 2	Від менархе до < 40 років = 1 ≥ 40 = 2	Від менархе до < 18 років = 1 18-45 = 1 > 45 = 1	Від менархе до < 18 років = 2 18-45 = 1 > 45 = 2	Від менархе до < 20 = 2 ≥ 20 = 1	Від менархе до < 20 = 2 ≥ 20 = 1
Пологи						
а) жінки, які не народжували	1	1	1	1	2	2
б) жінки, які народжували	1	1	1	1	1	1
Годування грудьми						
а) < 6 тиж після пологів	4	4	3	3		
б) від 6 тиж до 6 міс після пологів (в основному годування грудьми)	3	3	1	1		
в) ≥ 6 міс після пологів	2	2	1	1		
Після пологів (у тих жінок, які не годують грудьми)						
а) < 21 дня						
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	3	3	1	1		
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	3/4	3/4				
б) ≥ 21 дня						
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	2	2	1	1		
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	2/3	2/3				
в) > 42 днів	1	1	1	1		
Після пологів (у тих жінок, які годують та не годують грудьми) у т.ч. після кесаревого розтину:						
а) < 48 год, включаючи введення одразу після відходження плаценти					1	1 = не ГГ, 3 = ГГ
б) ≥ 48 год до < 4 тиж					3	3
в) ≥ 4 тиж					1	1
г) пуерперальний сепсис					4	4
Після аборту						
а) I триместр	1	1	1	1	1	1
б) II триместр	1	1	1	1	2	2
в) одразу після септичного аборту	1	1	1	1	4	4
Після позаматкової вагітності	1	1	2	1	1	1
Хірургічне втручання на органах малого таза в анамнезі (включаючи стан після кесаревого розтину) (див. розділ «Після пологів»)	1	1	1	1	1	1



Продовження додатка 1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ						
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
І = ініціація, П = продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується						
Паління						
а) вік < 35	2	2	1	1	1	1
б) вік ≥ 35:						
(i) < 15 цигарок на день	3	3	1	1	1	1
(ii) ≥ 15 цигарок на день	4	4	1	1	1	1
Ожиріння						
а) Індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м²	2	2	1	1	1	1
б) Від менархе до 18 років та ІМТ ≥ 30 кг/м²	2	2	1	2	1	1
Неможливість визначення АТ	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З
Серцево-судинні захворювання						
Численні фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань (немолодий вік, паління, діабет та гіпертонія)	3/4	3/4	2	3	1	2
Гіпертензія						
а) в анамнезі гіпертензія, коли АТ не можна виміряти (включаючи гіпертензію під час вагітності)	3	3	2	2	1	2
б) адекватно контрольована гіпертензія, коли АТ можна виміряти	3	3	1	2	1	1
в) підвищений АТ (правильно виміряний):						
(i) Систолічний АТ 140-159 або діастолічний 90-99 мм рт. ст.	3	3	1	2	1	1
(ii) Систолічний АТ ≥ 160 або діастолічний ≥ 100 мм рт. ст.	4	4	2	3	1	2
г) захворювання судин	4	4	2	3	1	2
Високий АТ під час вагітності в анамнезі (коли його можна виміряти і в даний момент він у нормі)	2	2	1	1	1	1
Тромбоз глибоких вен (ТГВ)/легенева емболія (ЛЕ)						
а) ТГВ/ЛЕ в анамнезі	4	4	2	2	1	2
б) гострі ТГВ/ЛЕ	4	4	3	3	1	3
в) ТГВ/ЛЕ й антикоагулянтна терапія	4	4	2	2	1	2
г) сімейний анамнез (родичі першого ступеня)	2	2	1	1	1	1
г) великі хірургічні втручання:						
(i) з подовженою іммобілізацією	4	4	2	2	1	2
(ii) без подовженої іммобілізації	2	2	1	1	1	1
д) «мала» хірургія без іммобілізації	1	1	1	1	1	1



ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ												
СТАН	КОК		КП/ВК		ТКП		ДМП		Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК	
І = ініціація, П = продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується												
Виявлені тромбогенні мутації (наприклад, фактор V Лейдена; протромбінова мутація; недостатність протеїну S, протеїну C та антитромбіну)	4		4		2		2		1		2	
Тромбоз поверхневих вен	1		1		1		1		1		1	
а) варикоз вен	2		2		1		1		1		1	
б) поверхневий тромбофлебіт												
Ішемічна хвороба серця	4		4		І 2		П 3		3		1	
тепер та раніше											І 2	
Інсульт	4		4		І 2		П 3		3		1	
(інсульт в анамнезі)											2	
Встановлені гіперліпідемії	2/3		2/3		2		2		2		1	
Ураження клапанів серця	2		2		1		1		1		1	
а) без ускладнень	4		4		1		1		2		2	
б) з ускладненнями (легенева гіпертензія, ризик фібриляції передсердь, підгострий бактеріальний ендокардит в анамнезі)												
Ревматологічні хвороби												
Системний червоний вовчак							І П		І П			
а) наявність (або невідомо) антифосфоліпідних антитіл	4		4		3		3		3		1	
б) тяжка тромбоцитопенія	2		2		2		3		2		3	
в) імуносупресивне лікування	2		2		2		2		2		2	
г) жодне з вищезазначеного	2		2		2		2		2		1	
Неврологічні стани												
Головний біль	І П		І П		І П		І П		І П		І П	
а) немігренозний (помірно виражений чи сильний)	1 2		1 2		1 1		1 1		1		1 1	
б) мігрень:	2 3		2 3		1 2		2 2		1 1		2 2	
(і) без вогнищевих неврологічних симптомів	3 4		3 4		1 2		2 2		2 2		2 2	
вік < 35, вік ≥ 35												
(іі) з вогнищевими неврологічними симптомами (у пацієнток різного віку)	4 4		4 4		2 3		2 3		1		2 3	
Епілепсія	1		1		1		1		1		1	
Депресивні розлади												
Депресивні розлади	1		1		1		1		1		1	



Продовження додатка 1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК		ЛНГ-ВМК	
І = ініціація, П = продовження, ГГ= годують грудьми, НЗ = не застосовується								
Інфекції та розлади статевого тракту								
Характер піхвової кровотечі							І	П
	а) нерегулярні без великих крововтрат	1	1	2	2	1	1	1
б) сильні або тривалі кровотечі (включаючи регулярні та нерегулярні)	1	1	2	2	2		1	2
Піхвові кровотечі невідомої етіології (підозра на серйозне захворювання)					І	П	І	П
До обстеження	2	2	2	3	4	2	4	2
Ендометріоз	1	1	1	1	2		1	
Доброякісні пухлини яєчників (включаючи кісти)	1	1	1	1	1		1	
Виражена дисменорея	1	1	1	1	2		1	
Хвороби трофобласту								
а) знижені рівні β-ХГЛ чи неможливо їх визначити	1	1	1	1	3		3	
б) постійно підвищені рівні β-ХГЛ чи злоякісна хвороба	1	1	1	1	4		4	
Цервікальний ектропіон	1	1	1	1	1		1	
Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (ЦІН)	2	2	1	2	1		2	
Рак шийки матки (в очікуванні лікування)	2	2	1	2	І	П	І	П
					4	2	4	2
Захворювання молочних залоз								
а) недіагностоване утворення	2	2	2	2	1		2	
б) доброякісне захворювання молочної залози	1	1	1	1	1		1	
в) сімейний анамнез раку	1	1	1	1	1		1	
г) рак молочної залози:								
(і) в теперішній час	4	4	4	4	1		4	
(іі) в минулому та без рецидивів протягом останніх 5 років	3	3	3	3	1		3	
Рак ендометрія	1	1	1	1	І	П	І	П
					4	2	4	2
Рак яєчників	1	1	1	1	І	П	І	П
					3	2	3	2
Фіброміома матки								
а) без змін порожнини матки	1	1	1	1	1		1	
б) зі зміною порожнини матки	1	1	1	1	4		4	
Анатомічні аномалії								
а) зі зміною порожнини матки					4		4	
б) без змін порожнини матки					2		2	

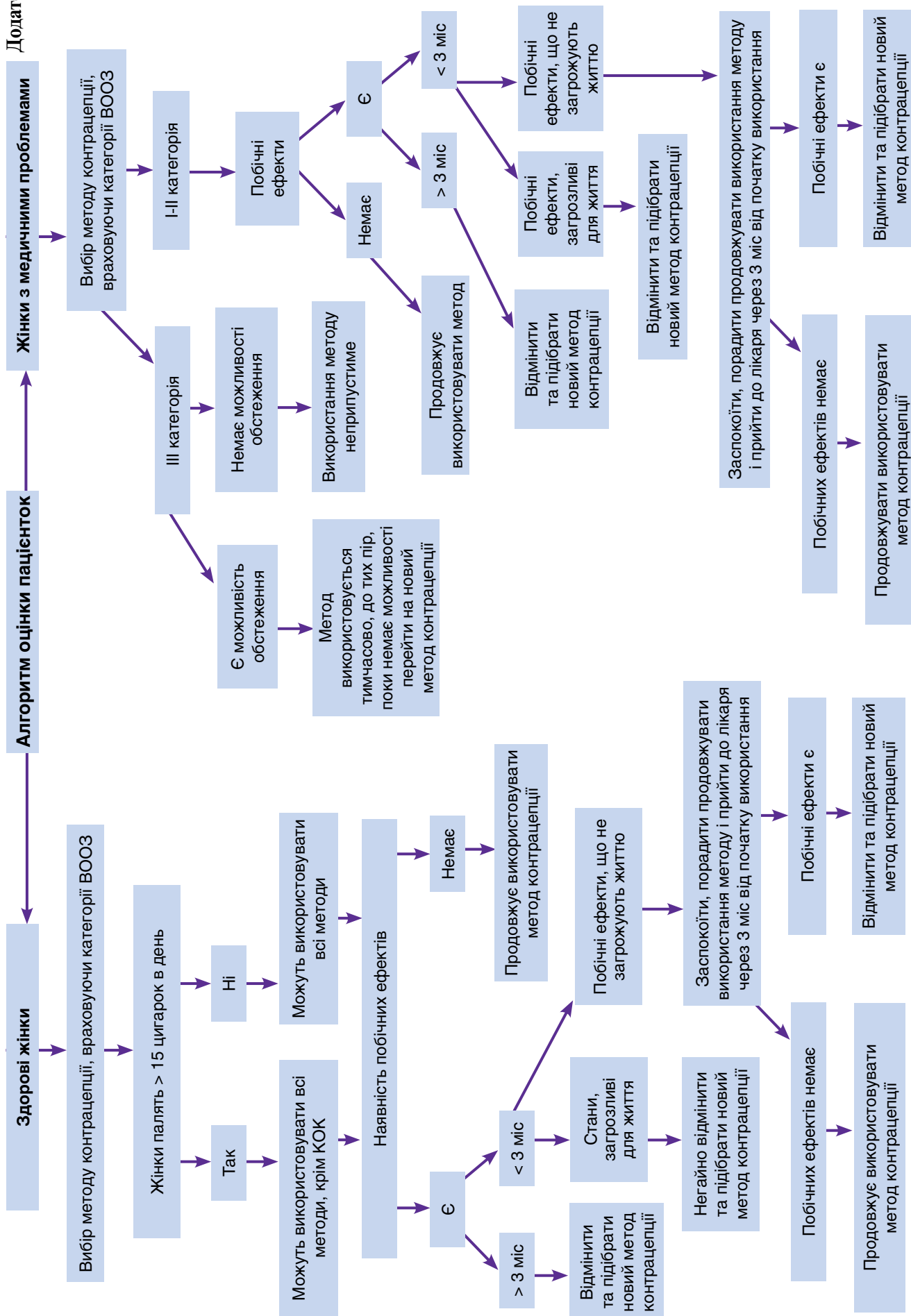


ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК		ЛНГ-ВМК	
І = ініціація, П = продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується								
Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) а) ЗЗОМТ в анамнезі (припускаючи, що в теперішній час факторів ризику ІПСШ не встановлено): (і) з подальшою вагітністю (ii) без подальшої вагітності б) ЗЗОМТ – в теперішній час					І	П	І	П
	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	4	2	4	2
ІПСШ а) гнійний цервіцит, хламідіоз або гонорея в теперішній час б) інші ІПСШ (за виключенням ВІЛ-інфекції та гепатиту) в) вагініт (включаючи вагінальний трихомоніаз та бактеріальний вагіноз) г) підвищений ризик ІПСШ	1	1	1	1	4	2	4	2
	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ВІЛ/СНІД								
Високий ризик ВІЛ-інфікування	1	1	1	1	І 2	П 2	І 2	П 2
ВІЛ-позитивні особи	1	1	1	1	2	2	2	2
СНІД	1	1	1	1	3	2	3	2
Ефективна антиретровірусна терапія	(див. антиретровірусну терапію нижче)				2	2	2	2
Інші інфекції								
Шистосомоз а) без ускладнень б) фіброз печінки	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1		1	
Туберкульоз а) нетазовий б) встановлений тазовий	1	1	1	1	І	П	І	П
	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	4	3	4	3
Малярія	1	1	1	1	1		1	
Ендокринні захворювання								
Діабет а) під час вагітності в анамнезі б) без уражень судин: (і) інсулінонезалежний (ii) інсулінозалежний в) нефропатія/ретинопатія/нейропатія г) інші судинні ускладнення або діабет тривалістю > 20 років	1	1	1	1	1		1	
	2	2	2	2	1		2	
	2	2	2	2	1		2	
	3/4	3/4	2	3	1		2	
	3/4	3/4	2	3	1		2	
Порушення функції щитоподібної залози а) простий зоб б) гіпертиреоз в) гіпотиреоз	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1		1	



Продовження додатка 1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК		КП/ВК		ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
І = ініціація, П = продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується								
Шлунково-кишкові захворювання								
Захворювання жовчного міхура								
а) з клінічними симптомами	2		2		2	2	1	2
(i) після холецистектомії	3		3		2	2	1	2
(ii) після медикаментозного лікування								
(iii) у теперішній час	3		3		2	2	1	2
б) безсимптомні	2		2		2	2	1	2
Холестаз в анамнезі								
а) пов'язаний з вагітністю	2		2		1	1	1	1
б) пов'язаний з використанням КОК	3		3		2	2	1	2
Вірусний гепатит	І	П	І	П				
а) гострий або загострення	3/4	2	3/4	2	1	1	1	1
б) носійство	1	1	1	1	1	1	1	1
в) хронічний	1	1	1	1	1	1	1	1
Цироз								
а) легкий (компенсований)	1		1		1	1	1	1
б) тяжкий (декомпенсований)	4		4		3	3	1	3
Пухлини печінки								
а) доброякісна								
(i) вогнищева вузлова гіперплазія	2		2		2	2	1	2
(ii) гепатоцелюлярна аденома	4		4		3	3	1	3
б) злоякісна (гепатома)	4		4		3	3	1	3
Анемії								
Таласемія	1	1	1	1	2		1	
Серповидно-клітинна анемія	2	2	1	1	2		1	
Залізодефіцитна анемія	1	1	1	1	2		1	
Взаємодія з лікарськими засобами								
Антиретровірусна терапія					І	П	І	П
а) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
б) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)	2	2	2	1	2/3	2	2/3	2
в) інгібітори протеаз, що потенціюються ритонавіром	3	3	3	1	2/3	2	2/3	2
Протисудомна терапія								
а) деякі протисудомні препарати (фенітоїн, карбамазепін, барбітурати, примідон, топірамат, окскарбазепін)	3	3	3	1	1		1	
б) ламотригін	3	3	1	1	1		1	
Антимікробна терапія								
а) антибіотики широкого спектра дії	1	1	1	1	1		1	
б) протигрибкові засоби	1	1	1	1	1		1	
в) антипаразитарні засоби	1	1	1	1	1		1	
г) рифампіцин чи рифабутин	3	3	3	1	1		1	





Хронический цервицит и ВПЧ-инфекция в репродуктивном возрасте.

Пути снижения диагностической и лечебной агрессии*

Т.С. Качалина, Н.М. Шахова, О.В. Качалина, Д.Д. Елисеева

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В работе обоснована актуальность проблемы ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки в репродуктивном возрасте. В процессе наблюдения 170 пациенток предложены подходы к совершенствованию методов вторичной профилактики рака шейки матки (РШМ) путем оптимизации неинвазивной диагностики ВПЧ-ассоциированных цервицитов как ранних предраковых показателей. С учетом роста заболеваемости РШМ в репродуктивном возрасте, рассмотрены варианты тактики ведения пациенток с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) на основе комплементарного использования традиционных методов и новых оптических технологий — оптической когерентной томографии (ОКТ) на диагностическом этапе и фотодинамической терапии (ФДТ) в качестве лечебного метода. В работе обоснована целесообразность применения свечей Полижинакс на разных этапах ведения пациенток с хронической ПВИ и новой модификации ОКТ (скорость получения изображений — 8–10 кадров в секунду), которая позволяет определить размер основного и резервуарного очагов инфекции, что максимально исключает рандомные биопсии и, в свою очередь, позволяет в динамике оценивать поверхность эктоцервикса после лечения. Авторы полагают, что использование предлагаемой тактики при хронических цервицитах, ассоциированных с ВПЧ, позволит оптимизировать диагностический процесс, исключив необоснованные травматизации шейки матки, а также обосновать щадящее лечебное воздействие у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция (ПВИ), вирус папилломы человека (ВПЧ), Полижинакс, оптическая когерентная томография (ОКТ), ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки, фотодинамическая терапия (ФДТ).

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются одной из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу.

Среди вирусных ИППП наибольшего внимания заслуживает возрастающая заболеваемость папилломавирусной инфекцией (ПВИ), инфицированность сексуально активного населения планеты которой составляет 20–60% [6]. У 94,9% женщин, страдающих ИППП, выявляется ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ). За последнее десятилетие число инфицированных ВПЧ, по данным Всемирной организации здравоохранения (2004), увеличилось более чем в 10 раз и составляет 23,5% населения. Проблема диагностики и лечения за-

болеваний, ассоциированных с ВПЧ за последнее десятилетие, является актуальной в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя в разных возрастных группах. Частота инфицирования ВПЧ в возрастной группе 16–29 лет составляет 45–81%, однако эти цифры не регистрируют субклинические и латентные формы инфекции. Субклинические формы — плоские кондиломы, вирусные цервициты и вагиниты — являются причиной частых обращений больных к врачам с жалобами на дискомфорт, обусловленный зудом, жжением, обильными выделениями, рецидивирующим бактериальным вагинозом и кандидозом. В большинстве случаев у

*Опубликовано в журнале «Акушерство. Гинекология. Репродукция», 2012, т. 6, № 4, с. 6–11.



таких пациенток возникают обострения клинических симптомов перед каждой менструацией [8]. Латентное течение ПВИ характеризуется отсутствием клинических и морфологических изменений при обнаружении ДНК-вируса. У 5-15% пациенток ВПЧ вызывает хроническое воспаление шейки матки (ВПЧ-ассоциированный цервицит), реже – вульвы и влагалища. Наиболее часто неблагоприятное течение и исход ПВИ шейки матки отмечаются среди женщин с сочетанной вирусно-бактериальной, вирусно-грибковой инфекцией нижнего отдела генитального тракта. Кроме того, при таких сочетаниях наблюдается затяжное течение заболевания с большим числом рецидивов.

ВПЧ является доказанным экзогенным этиопатогенетическим фактором в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН), а у 15-20% – рака шейки матки (РШМ), поэтому некоторые авторы (Roman A., Spartz H., Brown D.R., 2012) рассматривают ВПЧ-ассоциированный цервицит как ранний показатель предракового состояния. Частота прогрессии ЦИН в более высокую степень или инвазивный рак колеблется в очень широких пределах – от 1,4 до 60%. В настоящее время не существует ни одного метода прогнозирования течения и длительности ЦИН у конкретной больной. Поэтому лечебная тактика должна быть адекватна на начальных этапах естественного процесса развития данной патологии.

За последние 20 лет количество больных РШМ *in situ* и инвазивным раком в позднем подростковом возрасте и в начале третьей декады жизни диагностируется чаще (DiSaia P.J., 2011). Так, в группе женщин до 30 лет рост заболеваемости РШМ за период с 1993 по 2002 г. составил 150%. Медиана возраста больных РШМ *in situ* снизилась с 40 до 28 лет, она на 10-15 лет ниже аналогичного показателя у пациенток с инвазивным раком.

Тем не менее некоторые исследователи утверждают, что ДНК ВПЧ убиквитарна, т.е. распространена повсеместно, и вероятность ее обнаружения в женских половых органах достаточно высока. По их мнению, даже ВПЧ высокого канцерогенного риска обычно вызывают умеренные транзиторные цитологические изменения и редко ведут к ЦИН высокой степени или инвазивному раку.

Подобные научные противоречия привели к проблеме отсутствия единого подхода к диагностике и лечению ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки в нашей стране. Практикующие врачи определяют тактику ведения таких пациенток, основываясь на личных предпочтениях, выбирая между длительным консервативным лечением и хирургической агрессией. В обоих случаях высок процент тактических ошибок из-за отсутствия новых диагностических технологий и недостаточной эффективности методов выявле-

ния цервикальной патологии. Подобные ошибки в первом случае зачастую влекут прогрессирование, осложнение процесса, возникновение онкологической ятрогенной патологии либо, при излишней онкологической настороженности врача, приводят к неоправданному радикализму и трудностям в осуществлении репродуктивного потенциала пациенток. К примеру, статистический анализ результатов гистологического исследования фрагментов шейки матки, полученных после эксцизий, показал необоснованность данной тактики в 80% случаев среди врачей районных больниц Нижегородской области и в 18,5% – среди врачей областной клинической больницы Нижнего Новгорода.

Актуальность данной проблемы диктует необходимость внедрения в практику новых диагностических технологий и щадящих методов лечения у пациенток репродуктивного возраста.

Цель исследования заключалась в повышении эффективности неинвазивных методов диагностики ВПЧ-ассоциированных цервицитов и обосновании дифференцированной тактики лечения данной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Обследовано 170 женщин в возрасте от 17 до 46 лет с ПВИ. Пациентки, у которых в процессе обследования были диагностированы интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести (HSIL) в соответствии с классификацией Бетесда, из дальнейшего исследования были исключены.

Все пациентки, вошедшие в исследование, по результатам обследования на ВПЧ с типированием и определением вирусной нагрузки были разделены на 3 группы: ВПЧ высокого канцерогенного риска были выявлены в 53% случаев, ВПЧ низкого канцерогенного риска – в 16%, ДНК ВПЧ не было обнаружено у 31% лиц.

Всем женщинам было проведено комплексное обследование, включающее такие этапы диагностики, как:

- оптическая когерентная томография с кольпоскопией (ОКТ-кольпоскопия);
- оценка биоты нижнего отдела гениталий с назначением при необходимости этиотропного лечения и восстановлением лактофлоры;
- повторная ОКТ-кольпоскопия;
- жидкостная цитология;
- иммуноцитохимическое определение онкомаркера p16ink4a;
- определение онкобелка E7 ВПЧ 16-го и 18-го типов;
- биопсия шейки матки;
- выскабливание цервикального канала по показаниям.

ОКТ-кольпоскопия включает в себя расширенную кольпоскопию с применением традиционных тестов и использованием терминологии,



принятой в Рио-де-Жанейро в 2011 г., и параллельное ОКТ-сканирование с помощью «скоростной» модификации прибора ОКТ-1300У (ИПФ РАН, ООО «Биотехмед», Н. Новгород). Для получения изображения зонд приставляли к кольпоскопически визуализируемой зоне интереса и фиксировали легким прижатием на 5–7 с. Сбор и отражение данных на мониторе компьютера осуществляли в режиме реального времени с использованием программы, входящей в комплект ОКТ-установки.

Оценка биоты нижнего отдела гениталий осуществлялась с помощью качественного ПЦР-анализа на абсолютные патогены и исследования биоценоза урогенитального тракта методом фемофлор с последующим восстановлением вагинального биоценоза с применением капсул Полижинакс на первом этапе.

Полижинакс выпускается «Лабораторией Иннотек Интернациональ» (Франция) в виде влажных капсул; является комплексным препаратом, в состав которого входят два антибиотика бактерицидного действия — неомицин и полимиксин В, а также противогрибковый антибиотик нистатин и гель диметикон.

Неомицин (в одной капсуле содержится 35 000 МЕ), являясь аминогликозидом широкого спектра действия, активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных кокков, грамположительных палочек, таких как коринебактерии и *Mycobacterium tuberculosis*, грамотрицательных бактерий, в частности *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*.

Полимиксин В (в одной капсуле содержится 35 000 МЕ) — полипептидный антибиотик, активен в основном в отношении таких грамотрицательных бактерий, как *Pseudomonas aeruginosa*, исключая *Proteus* и *Neisseria*, а также *in vitro* в отношении *Ureaplasma urealyticum*. Большинство анаэробных микробов устойчивы к этим двум антибиотикам.

Нистатин (в одной капсуле содержится 100 000 МЕ) оказывает *in vitro* и *in vivo* фунгицидное и фунгистатическое действие на грибы родов *Candida*, *Histoplasma*, *Coccidioides*, *Cryptococcus*. Гель диметикон является активным компонентом препарата с функцией распространения основных его элементов по всей поверхности влагалища, он также обладает успокаивающим, защитным действием на воспаленную слизистую оболочку влагалища.

Для цитологического исследования материал забирали из цервикального канала, переходной зоны и экзоцервикса с помощью одноразовой цервикальной щеточки cytobrush, а при III типе зоны трансформации — с помощью щеточки cervix-brush. Оценку результатов цитологического исследования производили согласно классификационной системе Папаниколау в соотношении с

классификациями Бетесда и ЦИН. Иммунохимическое определение онкомаркеров p16ink4a и E7 ВПЧ 16-го и 18-го типов, гистологическое исследование проводились по общепринятой методике. Забор материала для морфологической оценки осуществлялся с помощью биопсийной петли для радиоволновой хирургии.

В качестве одного варианта лечения применялась фотодинамическая терапия (ФДТ), в основе которой лежит фотохимическая реакция введенного в организм фотосенсибилизатора (в нашем исследовании фотодитазина) и лазерного излучения определенной длины волны в аэробных условиях. В результате этой реакции выделяются активные формы кислорода, разрушающие пораженные клетки. ФДТ позволяет не только выполнить локальную деструкцию патологических очагов эпителия, где произошла клиническая манифестация ПВИ, но и воздействовать на резервуар ВПЧ в латентном состоянии или недиагностированной субклинической форме, которые остаются в окружающих тканях и могут являться основой для дальнейшего развития онкопатологии. Всем пациенткам назначался комплексный препарат Полижинакс по 1 капсуле 6 дней до и по 1 капсуле 6 дней после процедуры ФДТ с целью профилактики воспалительных осложнений при отхождении некрозов.

Результаты

Возраст обследованных пациенток составил от 17 до 46 лет (средний возраст 29 лет). Большинство (69%) женщин находились в возрастной группе до 30 лет, что подтверждает многочисленные данные международных и отечественных исследований о том, что у пациенток молодого возраста ВПЧ-ассоциированная патология встречается чаще, однако и в зрелом возрасте является актуальной проблемой.

При первом визите всем пациенткам проводилась ОКТ-кольпоскопия. Согласно общим положениям по кольпоскопической классификации Рио-де-Жанейро, неадекватная картина отмечалась в 87% случаев из-за проявлений воспаления, контактных кровотечений, рубцовых деформаций, III типа зоны трансформации. При ОКТ-зондировании влажной порции шейки матки у 66% пациенток были получены изображения в соответствующей желто-коричневой палитре, где оттенки желтого соответствуют большей, а оттенки коричневого — меньшей оптической плотности. Данные изображения были отнесены к доброкачественным из-за наличия субэпителиальных включений, нормальной скорости угасания сигнала и четкой двуслойности изображения, где верхний слой имеет меньшую оптическую плотность, чем нижний. Кроме доброкачественности, изображения отражали интенсивность воспалительного процесса экзоцервикса: явное усиление, ветвистость сосудистого рисунка, отек



стромы, оцениваемый с помощью сниженной скорости угасания оптического сигнала.

В остальных 23% случаев были получены сомнительные изображения, характеризующиеся двуслойностью с одинаковой оптической плотностью слоев либо наличием оптически более плотного верхнего слоя, либо с локусами злокачественного (быстроугасаемого) сигнала.

У 75% пациенток наблюдалась сопутствующая патология шейки матки, из них у 70% женщин ПВИ протекала на фоне эктопии либо эктропиона, рубцовая деформация цервикса отмечалась в 13% случаев, эндометриоз шейки матки — в 8%, полипы цервикального канала — у 3,5% обследованных пациенток.

Генитальные кондиломы как клиническая форма течения ПВИ были выявлены у 9,5% пациенток, в 3,5% случаев были диагностированы кондиломы шейки матки, в 5% — вульвы и влагалища. Частота встречаемости данной патологии при беременности составила 62,5% случаев.

Лечение генитальных кондилом являлось обязательным этапом ведения пациенток с ВПЧ-ассоциированными цервицитами. С профилактической целью на 6 дней пациенткам перед лечебными манипуляциями назначались капсулы Полижинакс, обладающие не только выраженными антибактериальными и фунгицидными свойствами, но и успокаивающим, репарационным действием на воспаленную слизистую оболочку.

Выбор метода определялся в зависимости от вида образований, их размера, обширности поражения, необходимости гистологического исследования; осуществлялась криодеструкция либо экцизия и деструкция с помощью аппарата радиоволновой хирургии «Сургитрон».

На втором этапе диагностического исследования выявлялась этиология воспалительного процесса.

По нашим данным, ПВИ чаще всего сочетается с уреаплазмозом (в 35% случаев) и кандидозом (в 10%). В 7,5% случаев у пациенток с ПВИ был обнаружен микоплазмоз, в 5% — гонорея и цитомегаловирус, в 2,5% — трихомониаз и хламидиоз. В 30% случаев ВПЧ-инфекция протекала на фоне дисбаланса за счет уменьшения количества лактобактерий, а в 32,5% — на фоне анаэробного дисбиоза.

Все пациентки получали соответствующую этиотропную терапию с последующим восстановлением лактофлоры влагалища и контролем эффективности лечения через 3-4 нед после его окончания. В качестве местного лечения использовался препарат Полижинакс.

Нами были обследованы 90 ВПЧ-позитивных пациенток с нарушением влагалищного биоценоза.

Клиническое и лабораторное исследования пациенток осуществлялись до начала терапии Полижинаксом, через 12 дней и через 3-4 нед после окончания лечения.

Оценку эффективности терапии препаратом проводили по 3 критериям: 1) оценка общего состояния и самочувствия пациенток; 2) оценка клинических данных (по данным анамнеза и гинекологического осмотра); 3) оценка лабораторных бактериоскопических данных.

По результатам обследования и лечения, выявлено общее улучшение состояния и купирование симптомов вагинита у абсолютного большинства пациенток (94%). Отмечено изменение клинической картины и субъективных ощущений: изменение характера белей, уменьшение раздражения слизистой, зуда, жжения. По данным гинекологического осмотра, также имело место улучшение состояния слизистой оболочки влагалища — уменьшение отека и гиперемии. У большинства пациенток отмечен положительный бактериологический эффект препарата: подавление патогенной микрофлоры, в т.ч. грибов рода *Candida* (по данным бактериоскопии).

После проведенного восстановления биоценоза нижнего отдела гениталий и соответственно после купирования признаков воспаления на третьем диагностическом этапе проводилась повторная ОКТ-кольпоскопия.

Слабо выраженные поражения эпителия шейки матки, то есть тонкий ацетобелый эпителий с неровными нечеткими краями, нежная пунктация и нежная мозаика (I степень по классификации Рио-де-Жанейро), были зарегистрированы в 84,5% случаев.

Кольпоскопические поражения II степени встречались в 8% случаев, из них 4,7% — пришлись на грубую мозаику и грубую пунктацию, а 3,3% — на симптом «поражения в поражении». Кольпоскопических данных, подозрительных на инвазию, выявлено не было.

На третьем диагностическом этапе ОКТ-кольпоскопия имела прицельный характер: шуп ставился на зону максимальных кольпоскопических изменений для оценки ее оптической плотности и поиска злокачественных ОКТ-локусов.

Следующим этапом оптической диагностики было сопоставление кольпоскопических и ОКТ-границ, «поиск кольпоскопически замаскированных изменений» эпителия и субэпителиальных структур, которые могут быть расценены как резервуар инфекции.

Следующим важнейшим диагностическим шагом являлось контролируемое ОКТ-кольпоскопией прицельное цитологическое исследование, проводимое методом жидкостной цитологии.

По результатам нашего исследования, у 87% пациенток цитологический мазок был отнесен к интраэпителиальным поражениям низкой степени тяжести (LSIL) по классификации Бетесда, из них 59,7% — мазки типа ASCUS, т.е. II класс мазка по Папаниколау, что соответствует признакам ПВИ по системе ЦИН; 27,3% мазков были отнесены к



III классу по Папаниколау или к ЦИН I. У 13% женщин была выявлена нормальная цитологическая картина.

Четвертый диагностический этап – иммуноцитохимическое определение онкобелков p16ink4a и E7 ВПЧ 16-го и 18-го типов. Повышенный уровень экспрессии маркера p16ink4a, характерный для дисплазии многослойного плоского эпителия, был отмечен у 14,28% обследованных женщин. У 87,5% p16ink4a-позитивных пациенток цитологически была выявлена ЦИН I; негативная реакция у оставшихся 12,5% обследованных может свидетельствовать как о ложно позитивных результатах жидкостной цитологии и ложно негативных данных определения онкомаркера p16ink4a, так и о реактивном характере дисплазии. E7-положительные пациентки составляют, по нашим данным, 78,33% среди женщин, страдающих ВПЧ-ассоциированными цервицитами. У 30,77% пациенток с цитологически подтвержденной ЦИН I онкобелок E7 16-го и 18-го типов ВПЧ был отрицательным, что может свидетельствовать о том, что ВПЧ находились в клетке в эписомальной форме либо ЦИН I развилась на фоне других высокоонкогенных типов ВПЧ.

Гистологическое исследование должно быть заключительным диагностическим этапом, так как этот метод является инвазивным, травматичным и может нарушить репродуктивные планы пациентки. Показаниями к проведению биопсии пациенткам с ВПЧ-ассоциированными цервицитами, по нашему мнению, являются:

- наличие злокачественных ОКТ-локусов при отсутствии данных за HSIL по данным жидкостной цитологии;
- LSIL без положительной динамики при проведении патогенетической терапии и динамическом наблюдении 18-24 мес;
- планирование сеанса ФДТ;
- возраст пациентки старше 35 лет;
- невозможность дальнейшего наблюдения.

При III типе зоны трансформации обязательным является выскабливание цервикального канала. Биопсия должна быть ОКТ-кольпоскопически ориентированной и максимально щадящей, поэтому в нашем исследовании мы применяли методы радиоволновой хирургии, что позволяло контролировать размер иссекаемого участка, глубину биопсии, получать образцы с минимальными коагуляционными повреждениями.

При выборе тактики дальнейшего ведения пациентки были разделены на три группы в зависимости от конкретной клинической ситуации и согласно совокупности полученных результатов на этапах диагностики.

У 40% пациенток с сочетанием доброкачественного типа при ОКТ, I степени кольпоскопических изменений, LSIL, p16ink4a-негативной реакции была определена тактика активного динамического наблюдения после курса проти-

вовирусной и иммуномодулирующей терапии при E7-отрицательной реакции или нескольких курсов – при E7-положительной реакции, в т.ч. в группе планирующих беременность женщин.

У 18% пациенток при наличии злокачественных ОКТ-локусов, I-II степени кольпоскопических изменений, LSIL, p16ink4a-негативной или позитивной реакции было выполнено прицельное гистологическое исследование, ФДТ, далее тактика ведения этих женщин соответствовала 1-й группе.

Всем пациенткам через 10 дней после процедуры ФДТ с профилактической целью назначали капсулы Полижинакс. Гель диметикон способствует ускорению процессов заживления многослойного плоского эпителия эктоцервикса после отхождения некрозов.

В 42% случаев при персистирующей субклинической ПВИ более 18-24 мес тактика ведения пациенток соответствовала 2-й группе.

Ни у одной пациентки 2-й и 3-й групп не было отмечено возможных воспалительных осложнений после ФДТ.

Всем небеременным с ВПЧ-ассоциированным цервицитом проводилось противовирусное и иммуномодулирующее лечение, а также вакцинация квадριвалентной вакциной с целью профилактики повторного инфицирования.

Обсуждение результатов

ОКТ-кольпоскопия на первом диагностическом этапе позволяет в режиме реального времени исключить инвазивную патологию шейки матки, оценить интенсивность воспалительного процесса и морфофункциональные особенности поверхностных и подповерхностных слоев исследуемой ткани. Таким образом, ОКТ повышает информативность кольпоскопии.

На втором диагностическом этапе ОКТ-кольпоскопия, при наличии адекватной кольпоскопической картины, позволяет после лечения осуществлять динамический контроль по всей поверхности эктоцервикса, определить истинные размеры изменений и обнаружить резервные очаги ВПЧ, что важно при планировании светового пятна при ФДТ, оценить локусы максимальных изменений с целью прицельного забора материала для цитологического или гистологического исследования, а также проводить ОКТ-контроль после ФДТ.

Применение капсул Полижинакс целесообразно на втором этапе обследования пациенток с хроническим экзоцервицитом на фоне ПВИ для санации влагалища и достижения адекватной кольпоскопической картины, необходимой для осуществления третьего этапа ведения пациенток с данной патологией.

ФДТ показана в случае персистенции ПВИ в субклинической форме более 18-24 мес или при обнаружении резервуарных очагов с помощью ОКТ-кольпоскопии. После ФДТ обоснованно назначение 12-дневного курса капсул Полижинакс



для ускорения процессов эпителизации шейки матки и отторжения некрозов.

По нашему мнению, использование предлагаемой тактики при хронических цервицитах, ассоциированных с ВПЧ, позволит оптимизировать диагностический процесс, исключив неадекватные травматизации шейки матки, а также обосновать щадящее лечебное воздействие у женщин репродуктивного возраста.

Список использованной литературы:

1. Аппар Б.С., Броцман Г.Л., Шпицер М. Клиническая кольпоскопия. Иллюстрированное руководство. Пер. с англ. под общей ред. В.Н. Прилепской. М. 2012.
2. Барышников А.Н., Новиков В.В. Программированная клеточная смерть (апоптоз). Клиническая онкогематология: руководство для врачей. М. 2007; 99-106.
3. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. М. 2007; 288 с.
4. Дамиров М.М. Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии. М. 2011.
5. Дисаи Ф.Дж., Крисман У.Т. Клиническая онкогинекология в 3 томах. Том 1. Переводчик Е. Новикова. 2011
6. Краснопольский В.И., Шипулина О.Ю., Мельник Т.Н., Михеева И.В., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Белая Ю.М. Инфицированность вирусом папилломы человека среди девочек-подростков в Московской области. Российский вестник акушера-гинеколога. 2010; 5: 46-49.
7. Кузнецова И.А. Диагностические возможности оптической когерентной томографии в оценке состояния шейки матки. Дисс. канд. мед. наук. 2003; 157с.
8. Прилепская В.Н., Костава М.Н. Возможности терапии папилломавирусной инфекции. РМЖ. 2009; 17 (1): 16-19.
9. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. М., 2011.
10. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. 2-е изд., испр. и доп. М. 2011.
11. Роговская С.И., Аكوпова Е.С., Коган Е.А. Совершенствование лечебно-диагностических подходов к ВПЧ-инфекции гениталий. РМЖ. 2011; 20: 1238.
12. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий: клиника, диагностика, лечение. Дисс. докт. мед. наук. 2003.
13. Серов В.Н. Изучение эффективности Полижинакса в лечении неспецифических бактериальных и грибковых кольпитов. АГ-инфо. 2003. сентябрь.
14. Kanodia S., Fahey L.M., Kast W.M. Mechanisms used by human papillomavirus to escape the host immune response. Curr. Cancer. Drug. Targets. 2007; 7: 79-89.
15. Moscicki A.B., Ma Y. et al. The role of sexual behavior and HPV persistence in predicting repeated infections with new HPV types. Cancer. Epidemiol. Biomarkers. Prev. 2010 Aug.; 19 (8): 2055-2065.
16. Schiffman M., Castle P.E. The promise of global cervical-cancer prevention. N. Engl. J. Med. 2005; 353: 2101-2104.
17. Schiffman M.H., Kiviat N.B. et al. Accuracy and interlaboratory reability of human papillomavirus DNA testing By Hybrid Capture. J. Clin. Microbiol. 1995; 33: 545 p.
18. Wright T.C., Cox J.T. et al. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. Am. J. Obstet. Gynaecol. 2003 Jul; 189 (1):295-304.

Chronic cervicitis and HPV-infection in reproductive period. Routs to decrease diagnostic and treatment aggression T.S. Kachalina, N.M. Shakhova, O.V. Kachalina, D.D. Eliseyeva

In present work urgency of the problem of HPV-associated cervical disease in reproductive age is justified. While monitoring 170 patients new approaches of improvement of cervical cancer secondary prevention methodswere proposed. These methods optimize non-invasive diagnostics of HPV-related precancerous cervicitis as its early indicators. Taking into account increase in incidence of cervical cancer in reproductive age, various tactics of patients with human papilloma virus infection (HPV) follow up based on complementary usage of traditional methods and new optical technologies – optical coherence tomography (OCT) in the diagnostic phase and photodynamic therapy (PDT) as a treatment method were considered. We justify the expediency of treatment with Polygynax-suppository at different therapy stages of patients with chronic HPV and use of new modification of OCT (speed imaging 8-10 frames per second), which allows to determine the size of the tank and the main foci of infection that maximally eliminates random biopsy and allows to assess surface of ectocervix after treatment in dynamics. The authors suppose that the use of the proposed tactics in chronic cervicitis associated with HPV, will optimize the diagnostic process by eliminating unjustified cervical trauma, as well as to justify sparing therapeutic effect in women of reproductive age.

Keywords: HPV infection, human papilloma virus (HPV), Polygynax, optical coherence tomography (OCT), HPV-associated cervical disease, photodynamic therapy (PDT).

①



Глубокоуважаемые коллеги!

Центр женского здоровья ООО «НьюБер» (г. Симферополь) при содействии Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и Российского университета дружбы народов (Москва) приглашают принять участие в **Международном медицинском форуме «Репродуктивное здоровье: проблемы, пути, решения и достижения»**, который состоится **6-8 мая 2014 г. в Судаке (АР Крым)**. В рамках форума будет проведена X научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии**», дискуссионный клуб «Вопросы ятрогении в акушерстве и гинекологии», мастер-классы, сателлитные симпозиумы.

Тематика основных научно-практических направлений форума

- Антенатальная охрана плода
- Современные подходы к диагностике и лечению осложнений беременности
- Актуальные проблемы неонатологии
- Инфекции в акушерстве, гинекологии, неонатологии
- Вопросы ятрогении в акушерстве и гинекологии
- Бесплодие и применение современных вспомогательных репродуктивных технологий
- Вопросы онкогинекологии
- Патология шейки матки
- Вопросы оперативной гинекологии
- Диагностика и коррекция гормонально зависимых заболеваний репродуктивной системы
- Проблемы детской гинекологии
- Сексология и сексопатология

Все мероприятия конференции (в т.ч. банкеты, интересные развлекательные программы, экскурсии по достопримечательностям Крыма) традиционно будут проходить на территории ТОК «Судак», расположенного в парковой зоне на берегу Черного моря.

Форум внесен в Реестр съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций на 2014 г.

Для участия в работе форума необходимо до 15 апреля 2014 г. заполнить регистрационную форму (заявку на участие) и выслать адрес оргкомитета по адресу: Центр женского здоровья ООО «НьюБер», просп. Победы, 144, г. Симферополь, АР Крым 95022.

Публикации будут приниматься только до 1 апреля 2014 г.

Регистрационный взнос — 500 грн.

Статьи будут опубликованы в сборнике материалов форума, который будет разослан по научным и медицинским библиотекам Украины.

Контактные данные:

- тел: (0652) 69-32-48, (050) 497-52-27, (050) 867-39-45 (до 17.00);
- e-mail: prochan@mail.ru.
- По вопросам организации и программы форума: (050) 979-65-41 — Марина Владимировна Черипко.
- По вопросам публикаций, проживания и питания участников форума: (095) 311-52-69 — Елена Николаевна Прочан.
- По вопросам организации выставки фармацевтических компаний: (050) 935-93-08 — Наталья Владимировна Косолапова.

*С уважением и наилучшими пожеланиями,
председатель оргкомитета,
руководитель центра женского здоровья
ООО «НьюБер»,
д.мед.н., профессор*

И.И. Иванов





Фармакологические стратегии в лечении предменструального синдрома*

А.А. Гависова, З.В. Ревазова, М.А. Твердикова

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Неотъемлемой частью охраны здоровья матери и ребенка являются своевременная диагностика и рациональное лечение заболеваний молочной железы (МЖ) [4]. МЖ является органом репродуктивной системы женщины, развитие и функционирование которого находится в тесной взаимосвязи с состоянием здоровья всей репродуктивной системы в различные возрастные периоды. Многочисленные исследования, посвященные изучению данного вопроса, показали, что МЖ является органом-мишенью для многих гормонов, в первую очередь — половых [4, 6]. Боль в МЖ — одна из основных причин, по которой женщины обращаются к врачу, в подавляющем большинстве случаев — к гинекологу.

Мастодиния, или масталгия, — это понятие, подразумевающее наличие боли в МЖ. Боль в МЖ может быть обусловлена различными причинами: воспалительным процессом, опухолью (редкий симптом), реактивным склерозом соединительной ткани МЖ, воспалением костно-хрящевых сочленений позвоночника, межреберной невралгией и т.д. Мастодирию подразделяют на циклическую и нециклическую. Нециклическая мастодиния не связана с менструальным циклом (МЦ) и чаще всего является симптомом других заболеваний [68]. Циклическая мастодиния связана с циклическим функционированием яичников и воздействием половых гормонов на МЖ. Циклическая мастодиния может проявляться:

- как симптом предменструального синдрома (ПМС);
- как самостоятельный симптом при отсутствии других проявлений ПМС (предменструальное нагрубание и боль в МЖ);
- как симптом доброкачественной дисплазии МЖ (мастопатии);
- на фоне применения гормональных препаратов, в т.ч. гормональных контрацептивов.

Обследование пациенток с целью исключения опухоли подразумевает классический «тройной диагноз»:

- клиническое обследование (осмотр и пальпация);
- маммография для женщин старше 40 лет, ультразвуковое исследование (УЗИ) до 40 лет и как дополнение к маммографии;
- морфологическая верификация (различные виды биопсии с цитологическим или гистологическим исследованием биоптата).

Обследование рекомендуется проводить в первой фазе МЦ после прекращения менструации, т.к. в норме для предменструального периода характерно некоторое нагрубание МЖ, затрудняющее обследование и интерпретацию данных.

ПМС — состояние, возникающее в результате комплекса психоэмоциональных, обменно-эндокринных и вегетососудистых нарушений. Симптомы ПМС проявляются, как правило, за 2-10 дней до начала менструации [3, 7, 12].

По данным статистики, ПМС в той или иной форме отмечается у 70-90% всех женщин, из них около 35% обращаются за медицинской помощью в связи с тяжестью симптоматики [2, 12, 13]. Распространенность тяжелых проявлений ПМС варьирует от 3 до 30%.

Большинство женщин впервые встречается с этими симптомами после 20 лет, а с возрастом их число увеличивается. Очень редки случаи, когда от ПМС страдают подростки. При этом у каждой женщины симптомы ПМС индивидуальны. У большинства ПМС протекает в легкой форме, не доставляя особых неудобств. Клинические проявления ПМС характеризуются большим разнообразием [3, 8].

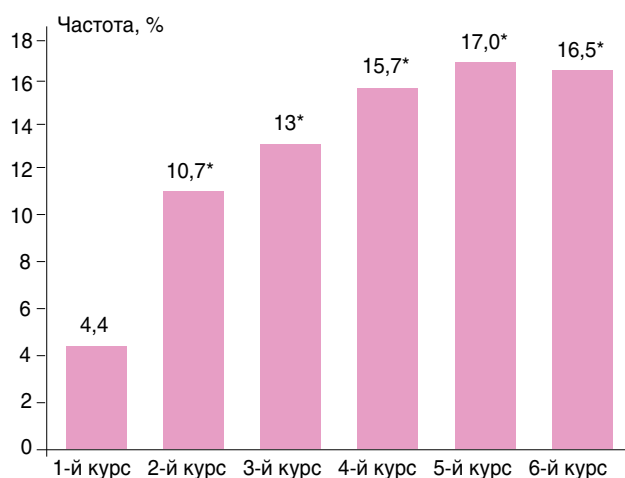
Профессор А.В. Белокрыничкая и соавт. провели анкетный опрос 766 студенток медицинской академии. Оценка межгрупповых различий по количественным нормально распределенным показателям проводилась с помощью параметрического

* Русский медицинский журнал. Клиническая фармакология, 2013, № 26.



критерия Стьюдента, для сравнения групп по качественным бинарным признакам использовали критерий χ^2 , двусторонний точный метод Фишера с малыми ожидаемыми частотами, использовали поправку Йетса. Значения считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$, при величине $\chi^2 > 3,84$ (программное обеспечение Statistica 6.0). Клинические симптомы ПМС авторы выявили у 21,3% опрошенных, предменструальные дисфорические расстройства (ПМДР) выявлены у 10,6% студенток. По степени тяжести клинических проявлений ПМС оценен как легкий в 54,0% случаев, средний – в 41,1%, тяжелый – в 4,9%.

Показатель распространенности ПМС прогрессивно возрастал в процессе обучения в вузе: наименьшей величина была на 1-м курсе – 4,4%, к 6-му курсу обучения уже составляла 16,5% (рис. 1).



* Достоверность различий относительно показателя на 1-м курсе обучения

Рис. 1. Распространенность ПМС у студенток 1-6 курса обучения (%)

Анализ распространенности различных клинических форм ПМС выявил, что у студенток 1-го и 2-го курсов преобладали симптомы отека формы – 2,3 и 5,5%, а цефалгическая и нейропсихическая формы регистрировались в 1,6-2 раза реже (соответственно 1,1 и 1,1% и 3,4 и 2,1%) (рис. 2).

У студенток 3-го курса отмечены снижение частоты встречаемости отека формы в 1,9 раза и увеличение долей цефалгической и нейропсихической форм соответственно в 1,6 и 2,0 раза. На 4-6 курсе преобладали симптомы, характеризующие цефалгическую и нейропсихическую (головная боль, нарушения сна, депрессия, агрессия, тревога и т.п.) формы, которые в целом в процессе обучения имели отчетливую тенденцию к увеличению (рис. 2).

Симптомы ПМДР реже выявлялись у студенток младших курсов: от 5,1% на 1-м курсе до 6,1% на 3-м курсе обучения. На старших курсах их распространенность существенно возрастала, составив на 4-м курсе 10,8%, на 5-м – 18,6%, на 6-м курсе – 20,2% (рис. 3).

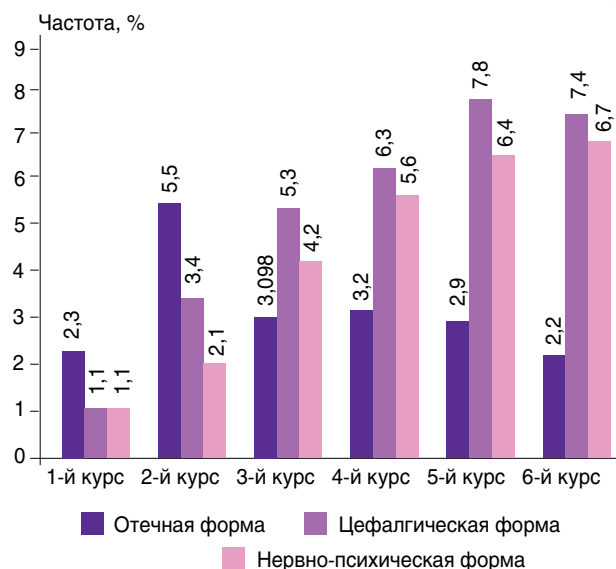


Рис. 2. Распространенность отдельных клинических форм ПМС у студенток 1-6 курса обучения (%)

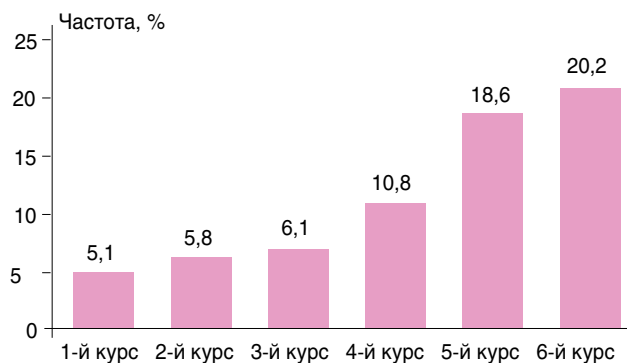


Рис. 3. Распространенность ПМДР у студенток 1-6 курса обучения

Исследователи показали, что предменструальные расстройства существенно ограничивали социальную активность студенток: пропускали академические занятия 24,3% студенток с ПМС и 36,5% – с ПМДР. Следует отметить, что предменструальные нарушения большинство девушек не считали заболеванием и поэтому за медицинской помощью не обращались (73,1% студенток с ПМС и 81,3% – с ПМДР).

Помимо классических форм течения ПМС, в клинической практике выделяют атипичные формы [8, 16]. К ним относят: вегетативно-дисовариальную миокардиодистрофию, гипертермическую, офтальмоплегическую, гиперсомническую формы мигрени, циклические тяжелые аллергические реакции, вплоть до отека Квинке, язвенный гингивит и стоматит, циклическую бронхиальную астму, неукротимую рвоту, иридоциклит и др.

Этиология и патогенез ПМС до конца не ясны. Однако циклическая активность яичников, влияние эстрадиола и прогестерона на выработку нейротрансмиттеров и серотонина, γ -аминомасляной кислоты, видимо, являются ключевыми



факторами. Отсутствие ПМС у девочек до полового созревания, во время беременности и после менопаузы поддерживает эту теорию.

Недавние исследования показали, что риск ПМС связан с генетической вариацией в гене ESR1 (эстрогенные рецепторы α) [18]. Исследование гаплотипов эстрогенных рецепторов α и β проводилось у 91 женщины с ПМС и 56 пациенток контрольной группы. Четыре однонуклеотидных полиморфизма (SNP) ESR1 показали достоверные различия генотипов и аллелей между пациентками исследуемой и контрольной групп. Тем не менее исследователи указывают на необходимость дальнейшего изучения полиморфизма гена ESR1.

Большая роль в патогенезе развития ПМС отводится пролактину, который, являясь модулятором действия многих гормонов, способствует натрийзадерживающему эффекту альдостерона и антидиуретическому влиянию вазопрессина. Особое внимание уделяется ритмичности выработки пролактина. Так, описан феномен «латентной» (стрессорной) гиперпролактинемии, когда уровень пролактина повышается эпизодически — после стрессовых ситуаций, после еды и во сне, а в остальное время находится в пределах нормы. Считается, что такие колебания пролактина могут действовать дисбалансирующе на всю гормональную систему и на МЦ в частности [15, 21].

Клиническая картина ПМС характеризуется большим разнообразием. У больных часто отмечаются раздражительность, плаксивость, депрессия, обидчивость, агрессивность, головная боль по типу мигрени, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, нагрубание и болезненность МЖ. В некоторых случаях развивается «кризовая» форма ПМС. При этом беспокоят повышение артериального давления, чувство сдавления за грудиной, онемение и похолодание конечностей, сердцебиение при отсутствии изменений на ЭКГ, озноб, учащение мочеиспускания с окончанием приступа атак [8].

Мастодиния как самостоятельный предменструальный симптом встречается приблизительно у 10% здоровых женщин и при незначительной степени выраженности не требует медикаментозной терапии. Среди женщин с ПМС мастодиния имеет место более чем в 60% случаев [8, 17, 19]. На фоне диффузной доброкачественной дисплазии молочных желез (ДДМЖ) циклическая мастодиния встречается у 40–50% пациенток и имеет различную степень выраженности [9, 10]. Зачастую циклическая мастодиния является одним из первых и основных проявлений ДДМЖ и исчезает, когда заболевание принимает более выраженные формы (вплоть до перехода в узловую).

Этиология и патогенез ДДМЖ сложны и многообразны. В каждом случае требуются тщательное обследование пациентки и индивидуализированная оценка патогенетической картины заболевания, факторов риска, гормональных на-

рушений и возможностей терапии. Л.С. Сотниковой и соавт. (2013) [5] в рамках целевой межведомственной научно-практической программы «Здоровье женщины» проведено обследование 266 женщин репродуктивного возраста. Средний возраст пациенток в исследовании был $30,4 \pm 0,3$ года. Из них 223 пациентки имели в соответствии с клинико-рентгенологической классификацией Н.И. Рожковой (1993) диагноз ДДМЖ. После проведенного специального обследования пациентки с ДДМЖ были разделены на 4 клинические группы: 1-я группа ($n = 93$) — с преобладанием железистого компонента; 2-я группа ($n = 69$) — с преобладанием кистозного компонента; 3-я группа ($n = 33$) — с преобладанием фиброзного компонента; 4-я группа ($n = 28$) — смешанной формы. Для оценки индивидуальных особенностей пациентки был реализован алгоритм неоднородной последовательной процедуры распознавания в модификации А.А. Генкина, основной целью которого явилась разработка принципов врачебной технологии, позволяющая делать доказательные выводы о состоянии здоровья каждой обследуемой женщины.

Препаратом для лечения у 83 пациенток (основная группа) являлся Мастодион (капли для приема внутрь) в суточной дозе 60 капель курсом 12 нед и дальнейшим сроком наблюдения — до 24 нед (3 мес). Группа сравнения была сформирована из 37 пациенток, не получавших консервативную терапию. На фоне проводимого лечения препаратом Мастодион статистически значимо уменьшилась доля пациенток, предъявлявших жалобы; в то же время женщины, не получавшие терапию, стали предъявлять жалобы чаще. После проведенного математического анализа авторы пришли к выводу, что лекарственный препарат Мастодион действительно имеет доказанную высокую эффективность при терапии ДДМЖ. Результаты исследования убедительно продемонстрировали как выраженное улучшение клинической картины с практически полным исчезновением жалоб у пациенток (субъективная оценка), так и значимое улучшение эхографических показателей (объективная оценка).

Диагностика ПМС достаточно трудна. С учетом того, что специфических симптомов ПМС не существует, главным ориентиром при постановке диагноза является наличие цикличности. При этом вероятность возникновения ПМС не зависит от устойчивости нервной системы. Согласно рекомендациям Американского национального института психического здоровья, для диагностики ПМС требуется подтверждение усугубления тяжести симптомов в течение пяти дней перед месячными (примерно на 30% по сравнению с пятью днями последующих месячных). В целом диагностика ПМС включает регистрацию симптомов обязательно циклического характера. Очень важны тщательный сбор анамнеза, особенно



связанного с характером изменений настроения и жизненными стрессами, соответствующие лабораторные показатели и дифференциальный диагноз [7]. Следует учитывать, что в предменструальные дни ухудшается течение большинства имеющихся хронических заболеваний, что нередко ошибочно расценивается как ПМС. Дополнительные исследования, а также проведение лечения, как при ПМС, дают возможность уточнить наличие того или иного хронического заболевания у данной категории больных.

Диагноз ПМС устанавливают при наличии не менее пяти из следующих симптомов при обязательном проявлении одного из первых четырех:

- Эмоциональная лабильность: раздражительность, плаксивость, быстрая смена настроения.
- Агрессивное или депрессивное состояние.
- Чувство тревоги и напряжения.
- Ухудшение настроения, чувство безысходности.
- Снижение интереса к обычному укладу жизни.
- Быстрая утомляемость, слабость.
- Невозможность сконцентрироваться.
- Изменение аппетита, склонность к булимии.
- Сонливость или бессонница.
- Нагрубание и болезненность МЖ, головная боль, отеки, суставная или мышечная боль, прибавка массы тела.

Лечение ПМС представляет собой достаточно трудную задачу. Несмотря на широкую распространенность ПМС, в лечении этого состояния до настоящего времени остаются неразрешенными некоторые вопросы. Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия, направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает психотерапию, правильное питание, лечебную физкультуру, применение транквилизаторов, антидепрессантов, витаминов А, В, С и половых гормонов. Учитывая ведущую роль гормональных нарушений в развитии этого симптомокомплекса, для его лечения применяют различные гормональные препараты. Целью такого лечения являются блокада овуляции и снятие циклических колебаний уровней половых стероидов. В то же время у таких больных часто отмечаются психоэмоциональные и неврологические проблемы: межличностные, учащаются конфликтные ситуации в семье и на работе. Нередко снижены самооценка, самоуважение, повышается обидчивость, отмечаются случаи потери работы, аварийные ситуации при вождении транспорта. В генезе подавляющего большинства симптомов лежит повышение уровня пролактина во 2-й фазе цикла. Циклическая гиперпролактинемия является одной из частых причин развития недостаточности лютеиновой фазы, что связано с отрицательным влиянием избытка пролактина

на процессы овуляции и функцию желтого тела. Установлено, что растительные агонисты дофамина, снижая повышенную секрецию пролактина, способны повысить циклическую секрецию прогестерона в лютеиновую фазу цикла, что способствует нормализации МЦ [2, 6, 7].

Среди многообразия лекарственных растений можно выделить группу способных влиять на эндокринную систему человека. Попытки лечить растительными препаратами различные расстройства, связанные с дисбалансом половых гормонов, привели к интереснейшим открытиям. Множество лекарственных растительных веществ влияют на эндокринную систему человека, в т.ч. на образование и действие половых гормонов. В связи с этим логичной является попытка использовать при различных расстройствах, обусловленных обычно нарушениями внутренних механизмов регулирования функции половых гормонов (обратная связь), растительные вещества [10, 11].

Профессором Е.В. Уваровой и соавт. (2007) было обследовано 144 сексуально активных молодых женщин. Средний возраст обследованных составил $18,8 \pm 1,2$ года. Пациентки были разделены на 2 клинические группы. В 1-ю группу вошли 72 пациентки, имевшие в прошлом гиперпролактинемию неопухолевого генеза, купированную с помощью современных допаминомиметиков; 2-ю группу составили 72 пациентки, не имевшие в анамнезе указаний на гиперпролактинемию, считающие себя практически здоровыми и обратившиеся на прием для подбора контрацепции.

При обследовании пациенток были применены современные и высокоинформативные методы диагностики: клинко-анамнестическое обследование, соматоскопия, оценка стадии полового созревания по Таннеру, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование состояния внутренних половых органов, щитовидной железы и МЖ. Всем девочкам-подросткам определяли костный возраст. Выполняли краниографию, по показаниям проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга. Определяли уровень гипофизарных (лютеинизирующего [ЛГ], фолликулостимулирующего [ФСГ], тиреотропного [ТТГ]), яичниковых (эстрадиол, прогестерон, тестостерон), тиреоидных (свободный тироксин, трийодтиронин) и надпочечниковых (кортизол, дегидроэпиандростерона сульфат [ДГЭА]) гормонов. Концентрации гормонов в динамике определяли через 6; 12 мес лечения и через 6 мес после его окончания. Определение уровня пролактина в динамике (до, на фоне и после окончания терапии) проводили ежемесячно. Во избежание диагностических ошибок только трехкратно выявленная гиперпролактинемия расценивалась как истинная, а не как транзиторная.

Самостоятельно жалоб не предъявляла ни одна пациентка. Лишь при целенаправленном уточнении жалоб оказалось, что их не имели 96 (66,7%) из 144



пациенток в момент первого обращения; 34 (23,6%) пациентки отметили периодическую головную боль, быструю утомляемость, снижение памяти, нарушение сна, страхи, эмоциональную лабильность и склонность к депрессиям; 14 (9,7%) опрошенных девушек беспокоили наличие угревой сыпи и избыточная масса тела. Указанные жалобы обнаружены у 54,2% девушек с гиперпролактинемией в анамнезе и у 12,5% пациенток из 2-й группы.

При исследовании выявлено, что ни одна пациентка в прошлом и настоящем не принимала препараты, стимулирующие секрецию пролактина. Физическое и половое развитие девушек соответствовало возрасту, однако гиперпролактинемия вызвала нарушения МЦ у 65 из 72 (90,3%) пациенток 1-й группы: олигоменорея в анамнезе отмечалась у 73,6%, аменорея – у 13,9%, маточные кровотечения – у 2,8%. У 40,3% пациенток с гиперпролактинемией до лечения имелась галакторея. После установления диагноза девушки с гиперпролактинемией получили лечение допаминомиметиками. Во время лечения гиперпролактинемии и 6 мес после его окончания пациентки использовали барьерный метод контрацепции.

В период лечения и после его окончания до момента обращения за подбором гормональной контрацепции МЦ у девушек обеих групп был регулярным. Продолжительность применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) составила от 14 до 30 циклов. В 1-й группе нарушений МЦ в процессе приема КОК было в 7 раз больше, чем во 2-й. У девушек обеих групп с нарушениями МЦ, возникшими на фоне приема КОК, было решено отменить гормональный препарат и назначить растительный допаминиметик в форме лекарственного препарата Мастодинон.

Согласно многократно обоснованным фармакологическим и медицинским исследованиям, компоненты экстракта *Vitex agnus castus* обладают уникальной природной способностью связывать допаминовые рецепторы. Допаминергический эффект этих компонентов заключается в дозозависимом сдерживании образования цАМФ лактотрофами передней доли гипофиза и тем самым в ингибировании синтеза пролактина. Благодаря *Vitex agnus castus* препараты нормализуют гормональный дисбаланс путем влияния на гипоталамо-гипофизарную регуляцию, в т.ч. при феномене «латентной гиперпролактинемии». Существующие формы выпуска – капли или таблетки (Мастодинон) дают возможность индивидуального выбора схемы лечения. Важно отметить, что препарат может применяться без учета дней и фазы МЦ, хорошо переносится, пригоден для долговременной терапии.

Клинические проявления лечебного воздействия препарата:

- быстрое устранение боли в МЖ;
- обратное развитие доброкачественных гиперпластических образований;



Bionorica®

Біль у грудях?

Мастодинон®



- знімає біль у молочній залозі¹
- усуває напругу і набряк молочної залози²
- зменшує скарги, пов'язані з ПМС³

Розкриваючи силу рослин

Показання для застосування. У комплексному лікуванні передменструального синдрому: психічна лабільність, головний біль або мігрень, набряки, запори, мастодинія (нагрудання і болючість молочних залоз) перед початком менструації, порушення менструального циклу та фіброзно-кістозна мастопатія. **Спосіб застосування та дози.** Препарат приймати по 30 крапель 2 рази на добу (вранці і ввечері). **Протипоказання.** Індивідуальна підвищена чутливість до компонентів препарату. **Особливі застереження.** Застосування у період вагітності або годування груддю. Препарат не слід застосовувати у період вагітності або годування груддю. Екстракт плодів прутняка звичайного може впливати на лактацію. **Побічні ефекти.** При застосуванні препаратів, що містять плоди прутняка звичайного у поодиноких випадках спостерігалися випадки шлунково-кишкових розладів (нудота, біль у шлунку), алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж, кропив'янку, набряк обличчя, задишку та утруднене ковтання, головний біль, акне, в окремих випадках повідомлялося про порушення менструального циклу та запаморочення.

1. Wuttke W. et al., Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus-castus-haltigen Arzneimittel, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 569–574; Halaska et al., Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus-castus extract: results of a placebo controlled double blind study, The breast 1999, 8, 175–181.
2. Halaska M., Beles P., Gorkow C., Sieder C. (1999) Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing, The Breast 8:175–181.
3. Т.Ф. Татарчук, И.Б. Венцовская, Т.В. Шевчук, И.С. Майдан РЗЖ №4, 2004.

Мастодинон®. Краплі оральні. Р.с. № UA/6239/01/01 від 28.04.12. Мастодинон®. Таблетки, вкриті оболонкою. Р.с. № UA/6239/02/01 від 26.07.13.

Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ "Біонорика", Україна, вул. Княжий Затон, 9, оф. 392, Київ, 02095. тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.





- улучшение психического статуса и устранение нейровегетативных расстройств;
- восстановление ритма и нормализация интенсивности менструации.

Наряду с основным действующим компонентом — экстрактом плодов Авраамова дерева, или Витекса священного (*Vitex agnus castus*), в состав препарата Мастодион включены в гомеопатических разведениях экстракты фиалки альпийской, касатика разноцветного, стебли листа василистниковидного, лилии тигровой, а также чилибуха игнация. Комплексное воздействие препарата способствует устранению головной боли и приступов мигрени, психических расстройств и психовегетативных кризов, восстановлению МЦ и ослаблению выраженности дисменореи и ПМС.

Проведена оценка эффективности применения Мастодиона в комплексе с КОК. Длительность применения препарата на фоне КОК составила 6 мес. Беременность и хронический эндометрит как причина нарушений МЦ у всех пациенток были исключены.

Проведено клиническое проспективное (параллельные группы) нерандомизированное моноцентровое открытое исследование (IV фаза) с активным контролем.

Первичными целевыми критериями эффективности лечебного воздействия препарата, содержащего *Vitex agnus castus*, явились количество жалоб, частота регулярных менструаций, уровень пролактина. Вторичные целевые критерии характеризовались параметрами безопасности (число и выраженность побочных реакций).

При изучении особенностей преморбидного фона было обнаружено, что у 25 (78,6%) из 32 пациенток возникновению нарушений МЦ предшествовал неблагоприятный фон (воздействие стрессовых ситуаций, умственные нагрузки, физическое и психическое перенапряжение незадолго до выявления гиперпролактинемии).

В момент обследования 19 (59,4%) девушек имели соответствующую возрастным нормативам массу тела; избыток массы тела сохранился у 35,6%, тогда как дефицит массы тела — у 5,0% больных.

При осмотре МЖ выявлено их полноценное развитие до Ма4-5. При пальпации у 40,6% обнаружены неоднородность или диффузные уплотнения без четких контуров в ткани железы и болезненность, что соответствует клинической картине фиброзно-кистозной болезни. При надавливании в области сосков у 43,8% больных обнаружено отделяемое. УЗИ МЖ позволило выявить признаки фиброзно-кистозной болезни у 40,6% женщин.

По результатам оценки эндокринного статуса, в исходном цикле обследования выявлены следующие отклонения от нормативных величин. Уровень пролактина был выше нормативных значений у всех больных (710-1560 мМЕ/л), среднее геометрическое значение пролактина для всей когорты пациенток составило 770,2 мМЕ/л. В то

же время уровень ФСГ и ЛГ был ниже средних нормативных показателей по всем возрастным группам. Одновременно выявлено закономерное снижение уровня эстрадиола. Показатели тестостерона были в пределах нормы. Средний уровень ДГЭА, а также ТТГ и тиреоидных гормонов не выходил за пределы нормативных значений. Проведенная краниография свидетельствовала об отсутствии анатомических изменений турецкого седла у всех больных.

В целях контрацепции больным на выбор предложено использование барьерных методов и низкодозированного КОК (этинилэстрадиол + диеногест), блокирующего овуляцию преимущественно на уровне яичников. Низкодозированные КОК, несмотря на гиперпролактинемия, согласились принимать совместно с препаратом Мастодион 30 из 32 пациенток. Мастодион девушки принимали в течение 6 мес по 30 капель 2 раза в сутки. Побочных реакций на фоне приема отмечено не было.

Субъективно все пациентки к концу приема препарата отметили уменьшение чувства тревоги и раздражительности, улучшение настроения и нормализацию сна. Восстановление психологического статуса объективно выразилось появлением менструаций. У 10 (33,3%) девушек менструации возобновились через 2 мес, у 25 (83,3%) — через 3-4 мес. К контрольному обследованию через 5-6 мес от начала лечения все девушки имели регулярные умеренные менструации. При гормональном обследовании уровень пролактина, так же как и остальные гормональные параметры, колебался в пределах нормативных значений.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что Мастодион является удачным достижением современной фитоинженерии, и благодаря высокой эффективности, приемлемости и многостороннему действию его целесообразно рекомендовать для коррекции состояний, сопутствующих приему эстроген-гестагенных препаратов в подростковом и юношеском возрасте.

Еще одним современным оригинальным препаратом, активный компонент которого — *Vitex agnus castus* (прутняк обыкновенный, витекс священный, «монашій перець», Авраамова дерево), является препарат Циклодинон.

Циклодинон обладает допаминергическим действием, благодаря чему снижается продукция пролактина аденогипофизом. При этом снижаются только умеренно повышенные уровни пролактина, а уровни в диапазоне нормы не подавляются. Более того, применение Циклодинона позволяет корректировать всплески уровня пролактина, отмечающиеся у пациенток с латентной («стрессорной») гиперпролактинемией [19, 20]. В результате устранения гиперпролактинемии нормализуется продукция гонадотропных гормонов гипофизом, что в свою очередь благотворно влияет на функцию яичников и ведет к



устранению гипопютеинизма (недостаточности желтого тела) и, соответственно, связанных с этим нарушений МЦ, и к уменьшению симптоматики ПМС. Циклодинон устраняет основную причину ПМС – гиперпролактинемия. В отличие от эстрогенов и других гормонов пролактин оказывает прямое стимулирующее действие на пролиферативные процессы в МЖ, усиливая образование соединительной ткани и вызывая дилатацию молочных протоков.

В экспериментах *in vitro* показано, что экстракты *Vitex agnus castus*, обладающие высоким сродством к D₂-эндорфинным рецепторам, ингибируют высвобождение пролактина из культуры пролактозных клеток гипофиза, и этот эффект нейтрализуется антагонистом дофамина галоперидолом. Растительные агонисты дофамина (экстракт *Vitex agnus castus*) лишены побочных действий, безопасны, что позволяет применять их длительно. Циклодинон назначают внутрь, с небольшим количеством жидкости по 40 капель 1 раз в сутки (утром), без перерыва в период менструации. Капли Циклодинона следует разбавлять в небольшом количестве воды. Перед употреблением флакон следует взбалтывать. Курс лечения Циклодиноном составляет не менее 3 мес в непрерывном режиме. Улучшение наступает, как правило, через 6 нед. Пациентка должна быть проинформирована о том, что если после отмены Циклодинона жалобы появляются вновь, необходимо проконсультироваться с врачом о продолжении лечения.

M.D. van Die et al. (2013) [18] проведен поиск рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых изучали использование препаратов на основе экстракта *Vitex agnus castus*. Авторами проведен первый систематический обзор РКИ использования экстракта *Vitex agnus castus* у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на большое количество клинических исследований, которые были проведены на *Vitex agnus castus* в этом контексте, в обзор включены только РКИ, которые были сосредоточены на ПМС, ПМДР, латентной гиперпролактинемии и циклической масталгии. В целом проанализировано 106 исследований, 12 из которых были включены в текущий обзор. На основании проведенного анализа авторы пришли к выводу, что препараты на основе экстракта *Vitex agnus castus* обладают выраженным положительным эффектом по сравнению с препаратами на основе пиридоксина гидрохлорида и магния. Также препараты на основе экстракта *Vitex agnus castus* обладают меньшими побочными эффектами.

Лечение фитопрепаратами не исключает использования других лекарственных средств [19]. Следует учитывать, что при приеме растительных препаратов рекомендуется воздерживаться от курения и употребления алкоголя, в противном случае это может отрицательно влиять на эффективность лечения.

Таким образом, определяющая регулирующая, а не подавляющая или замещающая сущность фитотерапии, воздействие на комплексные механизмы саногенеза в организме делают препараты Мастодинон и Циклодинон незаменимыми для большинства женского населения, особенно подросткового и репродуктивного возраста.

Доказанная высокая эффективность препаратов при ПМС, нарушениях МЦ, мастодинии, а также ряде других патологических состояний женского организма дает возможность избежать грозных осложнений полипрагмазии, лекарственной болезни, что весьма актуально в XXI веке. Их следует рекомендовать до назначения гораздо более серьезных с точки зрения риска возникновения побочных эффектов препаратов, в частности гормональных синтетических средств.

Список использованной литературы

1. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белозерцева Е.П. Клиническая характеристика и пути коррекции предменструальных расстройств у девушек-студенток // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2012. № 6. С. 60-64.
2. Зинкевич Я.С. Комплексный метод лечения нервно-психической формы предменструального синдрома: дисс... на соискание ученой степени кандидата наук. Томск, 2005.
3. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. СПб.: Гиппократ, 2005. С. 216.
4. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром // Гинекология. 2005. Т. 7. № 4. С. 210-214.
5. Сотникова Л.С., Удот Е.В., Тонких О.С., Герпет О.М. Доказательная медицина: внедрение современных технологий в диагностику и лечение дисгормональной патологии молочных желез. www.consilium-medicum.com // Consilium medicum. 2013. Т. 15, № 10.
6. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекология. 2005. Т. 7. № 4. С. 214-219.
7. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Применение оральных контрацептивов с дроспиреноном в лечении предменструального синдрома // Гинекология (экстравыпуск). 2006. С. 7-10.
8. Торчинов А.М., Барденштейн Л.М., Полухова Е.В., Фириченко В.И. Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения) // Гинекология. 2010. Т. 12. № 2.
9. Уварова Е.В., Болдырева Н.В. Возможности негормональной коррекции уровня пролактина на фоне гормональной контрацепции у сексуально активных молодых женщин. http://www.rmj.ru/articles_4423.htm
10. Daniele C., Thompson Coon J., Pittler M.H., Ernst E. *Vitex agnus castus*: a systematic review of adverse events // Drug. Saf. 2005. Vol. 28(4). P. 319-332. Review.
11. Dante G., Facchinetti F. // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2011. Vol. 32(1). P. 42-51.
12. Doll M. The premenstrual syndrome: effectiveness of *Vitex agnus castus* // Med. Monatsschr. Pharm. 2009. Vol. 32(5). P. 186-191.
13. Duvan C.I., Cumaoglu A., Turhan N.O. et al. // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Vol. 19.
14. Freeman E.W., Sammel M.D., Lin H. et al. Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment // Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 118(6). P. 1293-1300.
15. He Z., Chen R., Zhou Y. et al. Treatment for premenstrual syndrome with *Vitex agnus castus*: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China // Maturitas. 2009. Vol. 20, Vol. 63(1). P. 99-103.
16. Heinemann L.A., Minh T.D., Heinemann K. et al. Inter-country assessment of the impact of severe premenstrual disorders on work and daily activities // Health Care Women Int. 2012. Vol. 33(2). P. 109-124.
17. Nyberg S. How to determine symptom severity in premenstrual syndrome: a combination of daily symptom ratings and interviews // Sex. Reprod. Healthc. 2011. Vol. 2(4). P. 161-168.
18. van Die M.D., Burger H.G., Teede H.J., Bone K.M. *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials // Planta Med. 2013. Vol. 79(7). P. 562-575.
19. Whelan A.M., Jurgens T.M., Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review // Can. J. Clin. Pharmacol. 2009. Vol. 16(3). P. 407-429.
20. Wuttke W., Jarry H., Christoffel V. Chaste tree (*Vitex agnus-castus*) - pharmacology and clinical indications // Phytomedicine. 2003. Vol. 10(4). P. 348-357.
21. Zukov I., Ptacek R., Raboch J. et al. Premenstrual dysphoric disorder – review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy // Prague Med. Rep. 2010. Vol. 111(1). P. 12-24.



ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Вельмишановні колеги!

Українська асоціація репродуктивної медицини запрошує вас взяти участь у Міжнародному симпозіумі з питань репродуктивної медицини «**Теорія і практика репродукції людини**», що відбудеться **20-22 червня 2014 р.** за адресою: вул. Н. Юнкерова, 20, Пуша-Водиця, конгрес-готель «Пуша», м. Київ.

Захід внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2014 р.

У рамках симпозіуму будуть представлені доповіді провідних вітчизняних та зарубіжних фахівців у галузі репродуктології, буде проведено Школу ембріології та Школу лікаря-репродуктолога.

Контактна інформація

Українська асоціація репродуктивної медицини:

- тел./факс: +380 372 585511
- www.uarm.org.ua
- uarm.kiev@gmail.com

З питань реєстрації, проживання в готелі, іншої додаткової інформації:

Компанія «Кологістикс»

- тел./факс: +38 044 377 57 79
- www.colo-gistics.com
- event@colo-gistics.com

Оргкомітет

Вельмишановні колеги!

Інформуємо вас про проведення та запрошуємо взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю «**Прикарпатські дерматологічні дні**», яка відбудеться **15-16 травня 2014 р.** в м. Івано-Франківську.

Тематика конференції

- Діагностика та сучасні підходи до лікування захворювань шкіри.
- Клініка, діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом.
- Проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД.
- Генодерматози та рідкісні захворювання шкіри.
- Проблеми дерматоонкології.
- Організаційні питання дерматовенерології.
- Косметологічні проблеми в дерматології.

Конференцію внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2014 рік МОЗ України.

Наукові повідомлення будуть надруковані у вигляді тез у збірнику матеріалів науково-

практичної конференції. Доповіді приймаються до 1 квітня 2014 р. на паперовому та електронному носіях або електронною поштою (обов'язково відсканувати чек про сплату).

Тези та теми доповідей надсилати за адресою: 76000, м. Івано-Франківськ, вул. К. Данила, 10, кафедра дерматології і венерології ДВПЗ «ІФНМУ» або на електронну адресу: if_dermven@ukr.net.

Видавничі витрати становлять 50 грн за одну сторінку. Кошти направляти звичайним поштовим переказом за адресою: 76000, м. Івано-Франківськ, вул. К. Данила, 10, кафедра дерматології і венерології ДВПЗ «ІФНМУ» на ім'я Буянової Ірини Олександрівни.

Контактні телефони:

- (03422) 3-10-90, (03422) 2-49-92;
- 097-860-43-37 — Вірстюк Наталія Григорівна;
- 050-705-04-43 — Цидило Іванна Григорівна.

Оргкомітет



Бактериальный вагиноз: практические аспекты этиологии, диагностики и лечения

М.В. Майоров, С.И. Жученко, КУОЗ «Харьковская городская поликлиника № 5»

О.Л. Черняк, к.мед.н., кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
Харьковской медицинской академии последипломного образования

Рассмотрены вопросы этиологии и эпидемиологии бактериального вагиноза, освещены различные аспекты диагностики и лечения. Исходя из особенностей данного заболевания, основным методом лечения является применение локальной этиотропной терапии. Представлен опыт применения препарата Гексикон.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, генитальные инфекции, Гексикон.

В медицинской литературе до сих пор нет единства в терминологии по данному вопросу. Встречается довольно большое количество разнообразных названий, таких как «геофильный вагинит», «коринебактериальный вагинит», «гарднереллезный вагинит (гарднереллез)», «неспецифический вагиноз», «анаэробный вагиноз», «вагинальный бактериоз», «вагинальный лактобациллез», «аминокольпит» и другие, а также такая громоздкая и неуклюжая терминологическая конструкция, как «влагилищные выделения с ключевыми клетками». Вместе с тем под всеми этими терминами подразумевается одно и то же патологическое состояние — бактериальный вагиноз (БВ).

В структуре акушерско-гинекологической заболеваемости во всем мире первое место занимают инфекционно-воспалительные заболевания влагилища, частота которых в различных популяциях женщин колеблется от 30 до 80% (Кира Е.Ф., 1999). На общем фоне увеличения количества диагностируемых сексуально-трансмиссивных заболеваний (хламидиоз, трихомониаз, гонорея и др.) наблюдается повышение частоты вагинальных инфекций, протекающих с участием микроорганизмов из состава нормальной (непатогенной) микрофлоры (при определенных условиях нормальная флора половых путей приобретает патогенные свойства).

В последние годы проблема БВ вызывает все больший интерес у врачей и ученых ввиду того,

что это состояние ассоциировано с большим количеством осложнений инфекционного характера. БВ является наиболее часто встречающейся патологией у женщин репродуктивного возраста. Так, по данным Reis et al., около 30% случаев патологических выделений из половых путей у пациенток связано именно с БВ. По разным оценкам, от 10 до 30% женщин в США страдают БВ (Koumans et al., 2007). Известно, что у каждой второй пациентки это заболевание протекает бессимптомно, и поэтому определить истинную частоту его встречаемости не представляется возможным. В то же время частота БВ в амбулаторной гинекологической практике колеблется в пределах 15-19%, среди беременных — 10-30%, у женщин с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) — 30-70% (Серов В.Н. и соавт., 2005).

Инфекции, связанные с БВ, могут быть в целом разделены на оппортунистические и передающиеся половым путем. В первом случае восходящая инфекция половых путей в рамках БВ приводит к развитию эндометрита, воспалительных процессов в тазовых органах, при беременности — к гибели плода и спонтанным преждевременным родам. Во втором случае состояние сниженной резистентности к колонизации повышает риск контаминации такими патогенами, как *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, вирус простого герпеса 2-го



типа (*Herpes simplex*) и ВИЧ-1. Общеизвестный постулат Роберта Коха «один микроб – одна болезнь», а также разделение инфекций на специфические и неспецифические давно утратили свою актуальность: в эпоху антибиотиков урогенитальные инфекции практически всегда полимикробны.

До 1955 г. любой воспалительный процесс во влагалище, не связанный с гонореей, трихомониазом и генитальным туберкулезом, относили к неспецифическим вагинитам. В 1955 г. H.L. Gardner и C.D. Dukes описали синдром нарушения микрофлоры влагалища у пациенток с неспецифическим бактериальным вагинитом. У больных наблюдалось нарушение микрофлоры, характеризующееся уменьшением количества лактобактерий и колонизацией влагалища неизвестными ранее микроорганизмами, получившими название *Haemophilus vaginalis*. В 1963 г. этот микроорганизм K. Zinneman и G. Turner переименовали в *Corynebacterium vaginale*, а в 1980 г. он был вновь назван *Gardnerella* в честь H.L. Gardner, который впервые выделил и описал эти бактерии.

В 1984 г. на 1-м Международном симпозиуме по вагинитам в Стокгольме L. Westrom et al. было предложено современное название заболевания – «бактериальный вагиноз».

В настоящее время клиническое значение БВ общепризнано. Риск возникновения воспалительных заболеваний внутренних половых органов и таких весьма серьезных осложнений беременности, как хориоамнионит, преждевременные роды, материнско-плодовая инфекция (внутриутробное инфицирование плода), послеродовой метроэндометрит и другие, у пациенток, страдающих БВ, весьма высок. При БВ наблюдаются частые осложнения после перенесенных операций на органах малого таза, в 3–7 раз повышается риск развития послеабортного и послеродового эндометрита, а также воспалительных процессов придатков матки (Анكيرская А.С., 2005; Вдовиченко Ю.П., 2006). У пациенток с БВ отмечается высокая частота фоновых заболеваний шейки матки (эндоцервицит, эктопия, лейкоплакия, эндометриоз) с частым рецидивированием патологического процесса.

К предрасполагающим факторам развития БВ можно отнести:

- применение антибиотиков и других антибактериальных препаратов;
- часто бесконтрольное, длительное использование внутриматочных систем, прием комбинированных оральных контрацептивов;
- ранее перенесенные инфекционно-воспалительные урогенитальные заболевания;
- нарушения менструального цикла вследствие дисгормональных расстройств (чаще по типу олигоаменореи);
- изменения состояния местного иммунитета;
- частые влагалищные спринцевания;

- пороки развития и приобретенные анатомические изменения после родов, хирургических вмешательств и др.;
- наличие инородных тел в половых путях (тампоны, диафрагмы);
- применение спермицидов;
- воздействие низких доз ионизирующего излучения и других неблагоприятных факторов внешней среды;
- стрессовые воздействия на организм.

У 60% пациенток, страдающих БВ, выявляют нарушения микроэкологии толстой кишки (дисбактериоз кишечника), что позволяет предполагать наличие массивного дисбиотического процесса в организме с выраженным проявлением его либо в репродуктивной, либо в пищеварительной системе. Следует также отметить некоторые другие экзогенные способствующие факторы: частые половые контакты, особенно с новыми партнерами, ношение облегающего негигроскопического белья и оральный секс (куннилингус).

Полимикробность при БВ выделяет это состояние из обширного круга инфекционных заболеваний человека. Более того, БВ считается незаразным для полового партнера, хотя сомнений в инфекционной природе заболевания нет (Кубанова и соавт., 2003). Несмотря на то, что при БВ обнаруживаются самые разнообразные возбудители, ни один из них не является единственной причиной развития заболевания. Часто у этой категории больных идентифицируют *Gardnerella vaginalis* и *Mobiluncus curtisii*, но эти бактерии не являются безусловными маркерами БВ, так как встречаются во влагалище у здоровых женщин.

Введение в практику метода амплификации нуклеиновых кислот позволило определить другие бактерии, которые трудно культивировать. По данным Fredericks et al., у здоровых женщин встречалось от одного до шести видов влагалищных бактерий в каждом образце, причем преобладали лактобактерии. Вместе с тем у пациенток с БВ наблюдали значительно большее разнообразие бактерий – от 9 до 17 видов в образце. Всего было идентифицировано 35 видов уникальных бактерий, при этом некоторые из них очень редко выявлялись во влагалище у здоровых женщин. Среди них следует отметить *Atopobium vaginae*, *Megasphaera* и *Leptotrichia amnionii*.

Имеются сообщения (Verhelst et al., 2004) о существовании выраженной корреляции между наличием *A. vaginae* и БВ. Несмотря на то, что этот микроорганизм встречается и во влагалище у здоровых женщин, распространенность его среди последних очень низкая. Так, Ferris et al. (2007) выявили *A. vaginae* у 21 из 22 пациенток с БВ и у одной из 24 здоровых женщин. Бактерия принадлежит к семейству *Coriobacteriaceae* и представляет собой грамположительную анаэробную палочку, производящую в процессе своей деятельности различные органические кислоты (молочную,



уксусную, муравьиную). Ее впервые описали Rodriguez et al. в 1999 г., обнаружив в вагинальном тампоне, взятом от здоровой женщины.

По мнению Е.Ф. Кира (1999), с этиологической точки зрения БВ — это полимикробное заболевание, обусловленное изменением нормальной вагинальной экологии с выраженной пролиферацией анаэробов как в видовом, так и в количественном отношении. Влагалищная микрофлора у пациенток с БВ состоит из комбинации аэробных, факультативно-анаэробных, кислород-толерантных анаэробных и строгих анаэробных микроорганизмов, сосуществующих в симбиозе друг с другом. Аэробные виды составляют лишь малую часть микробного пейзажа. При БВ происходит нарушение «микробного равновесия»: исчезают одни виды микроорганизмов, появляются другие, и в этом случае этиологическим фактором заболевания выступает не какой-то отдельно взятый микроб, а их ассоциация с присущими ей специфическими биологическими особенностями, которые она приобретает в симбиозе различных микроорганизмов. С этиологической точки зрения важны все выделяемые бактерии, поскольку в симбиозе с другими видами они приобретают свойства, которые первоначально у них отсутствуют.

Эпидемиология БВ в настоящее время остается неясной. По мнению Л.В. Кудрявцевой и соавт. (2001), высокая частота обнаружения *G. vaginalis* у здоровых женщин и даже у детей позволяет рассматривать эти микроорганизмы как составную часть нормальной микрофлоры влагалища. В пользу эндогенного происхождения БВ свидетельствует высокая частота обнаружения *G. vaginalis* с развитием соответствующих клинических симптомов у женщин, использующих внутриматочные системы и оральные контрацептивы, беременных, а также в послеродовом, послеабортном и менопаузальном периодах.

С другой стороны, в пользу сексуально-трансмиссивного пути передачи БВ свидетельствуют следующие факторы: одновременное выделение *G. vaginalis* из половых путей пациенток с БВ и их сексуальных партнеров; высокая частота реинфекций у излеченных женщин, партнеры которых не лечились одновременно; достоверные случаи заболевания БВ женщин после половых контактов с мужчинами-носителями *G. vaginalis*.

Однако, по мнению некоторых авторов, БВ нельзя отнести к ИППП, что было продемонстрировано исследованием, в котором это заболевание было выявлено у 12% из 52 девственниц подросткового возраста и у 15% из 68 девочек той же возрастной группы, уже живших половой жизнью.

Диагностика БВ основана на данных клинического обследования и результатах лабораторных методов исследования. Основной жалобой пациенток с БВ являются выделения с неприятным запахом (у 50-87% больных). Они, как правило, умеренные, реже обильные, в ряде случаев во-

обще отсутствуют. Характер выделений при БВ: серовато-белого цвета; гомогенны; без комков; имеют специфический рыбный запах, который может быть постоянным, появляться во время менструации или полового акта, иногда вообще отсутствовать. Длительность персистенции этих симптомов может исчисляться годами. При длительно текущем процессе выделения приобретают желтовато-зеленую окраску, становятся более густыми, обладают свойством пениться, слегка тягучие и липкие, равномерно распределяются по стенкам влагалища. Жалобы на зуд и дизурические явления встречаются редко или появляются периодически. Нередко у пациенток с БВ отмечается гиперполименорея, хронические воспалительные заболевания придатков матки. Явления вульвита и кольпита с жалобами на зуд наблюдаются редко (их наличие обычно характерно для трихомониаза и кандидоза). У некоторых больных БВ не выявляются какие-либо субъективные симптомы заболевания.

Диагноз БВ может быть поставлен при наличии не менее трех из четырех объективных признаков: специфический характер выделений (см. выше), наличие ключевых клеток при микроскопическом исследовании, pH влагалищной жидкости $> 4,5$ (в среднем 5-6), положительный аминотест: рыбный запах влагалищных выделений до или после добавления 10% раствора КОН.

Е.Ф. Кира (1999) рассматривает в качестве дополнительного критерия диагностики БВ наличие в анамнезе безуспешной предшествовавшей терапии вагинита антибиотиками и противомикробными препаратами.

Наличие ключевых клеток в мазках содержимого влагалища, окрашенных по Граму, является одним из признаков БВ. Они представляют собой клетки эпителия влагалища, покрытые грамотрицательными палочками, и обнаруживаются у 94% больных БВ, в то время как у здоровых женщин, независимо от возраста, не определяются.

Сложность бактериологической диагностики БВ в первую очередь связана с отсутствием какого-либо одного специфического этиологического агента и вовлечением в процесс условно-патогенных анаэробных бактерий. В то же время данные микроорганизмы в недоминирующих количествах могут присутствовать в микроэко-системе влагалища здоровых женщин (например *G. vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Mobiluncus u др.*) и достаточно часто выделяются у женщин, не имеющих жалоб или клинической картины воспалительного процесса. Кроме того, существуют определенные трудности при культивировании анаэробов в лабораторных условиях и оценке их антибиотикочувствительности (длительность выращивания, использование специальных питательных сред, изоляция чистых культур из смешанных популяций). Поэтому достаточно часто при наличии характерных симптомов БВ лечение



производными нитроимидазола, в частности метронидазолом, назначают только на основании результатов микроскопического исследования. Однако подобный подход не всегда себя оправдывает, что проявляется в неэффективности лечения или в рецидивах заболевания. При известной чувствительности анаэробных бактерий к метронидазолу причина таких «сбоев» в лечении БВ до последнего времени оставалась малопонятной.

Недавно описанный новый микроорганизм *A. vaginae*, который включается в патогенез БВ, по мнению некоторых авторов, является более специфическим маркером этого заболевания, нежели *G. vaginalis*. Внимание исследователей привлек тот факт, что при наличии этого микроорганизма в ассоциации с другими анаэробными микробами заболевание значительно хуже поддается лечению метронидазолом. Так, после курса антибактериальной терапии рецидивы заболевания, вызванного ассоциацией *G. vaginalis* и *A. vaginae*, наблюдались у 83% пациенток, тогда как при моноинфекции (*G. vaginalis*) — только у 38%. Позже было доказано, что большинство исследованных штаммов *A. vaginae* характеризуется высоким уровнем резистентности к метронидазолу.

Для выбора наиболее адекватной терапии необходимо проведение грамотной диагностики с выявлением всех возможных ассоциантов, участвующих в формировании синдрома БВ. В то же время бактериоскопический и бактериологический методы оказались малопригодными для детекции *A. vaginae* из-за выраженного полиморфизма бактерий (от мелких грамположительных кокков до палочек) и их прихотливости при выращивании на искусственных питательных средах. Поэтому в настоящее время обнаружение *A. vaginae* базируется на молекулярно-биологических методах исследования, в частности на ПЦР-анализе.

Вместе с тем малочисленность теоретических и практических знаний по выявлению этого микроорганизма у женщин с различной гинекологической патологией приводит к тому, что многие вопросы остаются неизученными. Например, до конца не исследованы способность *A. vaginae* к ассоциации с резидентной микрофлорой — *Lactobacillus spp.* или аэробными бактериями, вызывающими неспецифический вагинит, и влияние этого возбудителя на течение и лечение инфекционного процесса.

Ввиду того, что БВ представляет собой дисбактериоз влагалища с характерным симптомокомплексом, его следует дифференцировать с такими заболеваниями, как неспецифический вагинит, гонорея, трихомониаз, вагинальный кандидоз, старческий (сенильный) и атрофический вагинит, а также в некоторых случаях с синдромами Гарднера и Керера.

Синдром Гарднера (синонимы: colpitis ulcerosa, vaginitis ulcerosa, vaginitis desquamativa inflammatoria) — острый десквамативный (язвенный) коль-

пит. Для начала болезни характерны зуд, жжение, боль во влагалище; вскоре появляются серозные, серозно-слизистые или гнойные (реже геморрагические) выделения. При объективном исследовании выявляется гиперемия слизистой оболочки с повышенной ранимостью, местами слизистую оболочку покрывает налет, после малейшей травматизации на ней образуются эрозии и язвы. Уровень pH влагалища повышается от 4,5 до 6,8. При бактериологическом исследовании определяется различная микрофлора — трихомонады, грибы, стафилококки и др. После острого воспаления наблюдается рубцевание, которое нередко приводит к сужению и укорочению влагалища.

Синдром Керера — симптомокомплекс, возникающий у женщин в результате функциональных расстройств половой системы и сопровождающийся диспареунией. Для него характерны:

- стойкая гиперемия и лимфостаз гениталий, вызванные половым актом, вследствие чего постепенно развиваются расширение тазовых вен, наружные и внутренние геморроидальные узлы, расширение вен нижних конечностей, сопровождающиеся зудом в области наружных половых органов;
- гиперестезия внутренних стенок малого таза;
- бели;
- увеличенная, утолщенная, твердой консистенции матка с задержкой слизистого секрета шейки;
- фибросклероз lig. sacrouterinum (Лазовскис И.Р., 1981).

По мнению П.Н.Веропотвеляна и соавт. (2010), лечение БВ, несмотря на обилие многочисленных экспериментальных и клинических исследований, по-прежнему остается одной из наиболее серьезных и трудно решаемых задач практического врача акушера-гинеколога. Современные лечебные подходы принципиально отличаются от таковых при специфических инфекционных процессах, что обусловлено представлениями о БВ как о нарушении микроэкологии (дисбактериозе) влагалища. Основная цель терапии состоит в разрешении влагалищных симптомов. Следовательно, все женщины, имеющие патологические симптомы, непременно нуждаются в лечении. Наличие БВ во время беременности ассоциируется с высоким риском развития осложнений даже при бессимптомном течении, поэтому таким пациенткам необходима соответствующая терапия, которая существенно снижает их частоту.

Для лечения БВ существуют различные схемы. Для небеременных женщин рекомендуется местное применение 2% крема клиндамицина фосфата или вагинальные формы метронидазола, внутрь назначают производные нитроимидазола (метронидазол, орнидазол и др.). Антибактериальная терапия при необходимости дополняется применением иммунокорректоров, ингибиторов синтеза простагландинов, антигистаминных и других

Гексикон®

АНТИСЕПТИК, ПЕРЕВІРЕНИЙ ЧАСОМ

**Швидко
очищення,
що зменшує
гострі симптоми**

**Можливість
застосування
під час вагітності,
лактації**



Інформація в цьому інформаційному матеріалі призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я.
Гексикон, супозиторії вагінальні, розчин для зовнішнього застосування.
Протимікробний та антисептичний засіб, що застосовується в гінекології. Код АТХ G01AX. Можливі алергічні реакції, свербіж.
Р.П. №UA/1094/01/01 от 13.05.2009, видане МОЗ України. Виробник: «Нижфарм», Росія.
Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.
Зберігати в місцях, що недоступні дітям.





препаратов с учетом противопоказаний. На втором этапе лечения оправданно назначение эубиотиков для восстановления нормальной микрофлоры влагалища.

Клинические исследования показали, что лечение половых партнеров не влияет ни на успешность проводимой у женщины терапии, ни на частоту рецидивов, следовательно, рутинное лечение половых партнеров не рекомендуется. При аллергии к метронидазолу и его аналогам предпочтение следует отдавать клиндамицину. Необходимо предупреждать пациенток о недопустимости употребления любых спиртных напитков во время, а также в течение 24 ч после приема препаратов группы нитроимидазола (метронидазола и его аналогов).

Лечение БВ при беременности также настоятельно необходимо; применяются более низкие дозы препаратов (орнидазол, метронидазол по 250 мг) по тем же схемам. Некоторые авторы не рекомендуют использование во время беременности клиндамицина в форме вагинального геля, так как имеются данные об увеличении количества преждевременных родов. Т.Н. Демина и соавт. (2001) приводят сведения об успешном лечении БВ у 20 юных беременных (13-14 лет) антибиотиком из группы полусинтетических пенициллинов — амоксициллином (флемоксин солютаб) по 500 мг два раза в сутки в течение 7 дней.

Исходя из особенностей БВ, основным методом его лечения является применение локальной этиотропной терапии. Минимальный риск побочных реакций, возможность использования при различной экстрагенитальной патологии, быстрое проникновение в очаг воспаления позволяют уже на первых этапах лечения эффективно воздействовать на патологический процесс.

Наше внимание привлек современный препарат для интравагинального применения — суппозитории Гексикон («Нижфарм», Россия).

Гексикон — антисептик широкого спектра действия, в одном суппозитории которого в качестве активного вещества содержится 16 мг хлоргексидина биглюконата. Хлоргексидин является одним из наиболее активных местных антисептических средств и эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибковой флоры, возбудителей ИППП. Водорастворимая основа препарата (полиэтиленоксиды) потенцирует действие хлоргексидина, обладает высокой осмотической активностью, что способствует адсорбции экссудата, а также обеспечивает быстрое проникновение лекарственных веществ в ткани в очаге воспаления. При лечении БВ, исходя из состава данного препарата, возможно его двукратное применение. Гексикон обладает выраженной антимикробной активностью по отношению к анаэробной, факультативно-анаэробной и аэробной микрофлоре влагалища, что позволяет получить хороший клинический эффект у паци-

енток с БВ. Снижение степени микробной нагрузки влагалища без дополнительного лечения приводит к уменьшению бактериальной колонизации и способствует улучшению состояния. По мнению Л.И. Мальцевой и Ф.Ф. Миннуллиной (2003), а также Т.С. Качалиной и Е.П. Денисенко (2004), это позволяет широко рекомендовать санацию влагалища препаратом Гексикон у больных БВ.

Приводим собственный опыт лечения БВ. Так, под нашим наблюдением находились 147 пациенток в возрасте 15-49 лет; из них 22 (15%) беременных и 12 (8%) кормящих женщин. Основными жалобами пациенток были: выделения из половых путей с неприятным запахом, жжение, зуд, дизурия, диспареуния. Диагноз БВ устанавливали на основании жалоб, данных осмотра, результатов бактериоскопии влагалищных мазков (наличие «ключевых клеток», *G. vaginalis* или *Mobiluncus spp.* в большом количестве, снижение концентрации лактобацилл), pH-метрии влагалищного секрета (> 4,5), положительного аминного теста. Кроме того, у пациенток в мазках выявлено повышенное содержание лейкоцитов, *E. coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus faecalis*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, у некоторых — наличие грибов рода *Candida*. Во всех случаях были исключены ИППП (использовались культуральный метод, метод прямой иммунофлуоресценции, полимеразная цепная реакция, метод иммуноферментного анализа).

Всем пациенткам назначали Гексикон по 1 суппозиторию интравагинально 2 раза день в течение 7 дней. Через 7 дней терапии у 133 (90,5 %) пациенток из 147 наблюдалось исчезновение клинических симптомов заболевания, нормализация влагалищных мазков (отсутствие «ключевых клеток», *G. vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Candida spp.*; появление лактобацилл или увеличение их количества; уменьшение количества патогенной флоры). У 12 (8,2%) женщин отмечалось улучшение состояния — снижение субъективных ощущений, уменьшение количества белей, однако сохранялись гиперемия слизистых, а также повышенное количество лейкоцитов в мазке. Этим пациенткам было решено продлить курс лечения суппозиториями Гексикон до 20 дней, что способствовало полному клиническому и лабораторному выздоровлению. У двух больных из 147 (1,3%) выявлена индивидуальная непереносимость препарата (зуд во влагалище), что явилось показанием к прекращению лечения. Практически все пациентки отметили хорошую переносимость препарата и удобство применения. Кроме того, отмечено быстрое купирование симптомов заболевания (через 3-4 дня после начала лечения). Следующим этапом терапии БВ было назначение эубиотиков для местного применения.

Таким образом, результаты научных исследований и собственный опыт клинического использования препарата Гексикон доказывают, что он является высокоэффективным и безопасным



местным антисептиком в терапии БВ. Препарат хорошо переносится больными, удобен в применении.

Причины возникновения и развития БВ в настоящее время окончательно не установлены. Поэтому необходимо дальнейшее изучение различных аспектов этого весьма распространенного и сложного заболевания, тщательное комплексное обследование пациенток, грамотная индивидуализированная терапия.

Список использованной литературы

- Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность // *Акушерство и гинекология*. — 1996. — № 6. — С. 3-5.
- Анكيرская А.Е. Бактериальный вагиноз // *Акушерство и гинекология*. — 1995. — № 6. — С. 13-16.
- Веропотвелян Н.П., Веропотвелян П.Н., Пухальская И.Н. Бактериальный вагиноз: современные подходы к лечению // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. — 2010. — № 9-10 (38-39). — С. 68-74.
- Воронин К.В., Нахла Б.С., Гарагуля И.С. и др. Принципы этиотропной коррекции влагалищного дисбаланса у беременных с бактериальным вагинозом // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. Спецвыпуск. — 2012. — № 6 7/2 (60). — С. 40-41.
- Гомберг М.А. Бактериальный вагиноз и новые инфекции, с ним ассоциированные // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2010. — № 2.
- Каминский В.В. и соавт. Современный взгляд на проблему лечения бактериального вагиноза // *Мистецтво лікування*. — 2007. — № 7. — С. 28-29.
- Каминский В.В., Саханова А.А., Зеленская М.В. Современные подходы к терапии бактериальных вагинозов. — К., 2007.
- Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение) // *Автореферат дисс. докт. мед. наук*. — СПб, 1995.
- Кремец К. Современные представления о бактериальном вагинозе и некоторые аспекты терапии // *Новости медицины и фармации*. — 2012. — № 411. — С. 11-12.
- Кубанова А.А., Аковбян В.А., Федоров С.М. и др. Состояние проблемы бактериального вагиноза // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 1996. — № 3. — С. 22-26.
- Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М. и др. Бактериальный вагиноз. — М., 2002.
- Лазовский И. Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. — М.: Медицина, 1981.
- Майоров М.В. Бактериальный вагиноз: «Что в имени тебе моем?...» // *Провизор*. — 2002. — № 18. — С. 39-41.
- Майоров М.В. Местное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний в практике амбулаторной гинекологии // *Провизор*. — 2001. — № 16. — С. 36-37.
- Муравьева В.В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // *Дисс. канд. мед. наук*. — М., 1997.
- Назарова Е.И., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Дисбактериозы влагалища: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика. — М., 2000.
- Никонюк Т.Р., Беньюк В.О. Бактериальный вагиноз. Современные подходы к диагностике и лечению // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 1 (205).
- Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И. Пути повышения эффективности терапии микст-инфекций гениталий у женщин репродуктивного возраста // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2009. — № 6.
- Побединский Н.М. и др. Клинико-бактериологическое обоснование комплексного лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // *Акушерство и гинекология*. — 2006. — № 6. — С. 24-26.
- Прилепская В.Н. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза // *В.Н. Прилепская, В.Р. Байрамова // Русский медицинский журнал*. — 2002. — Т. 10, № 8. — С. 705-707.
- Серов В.Н., Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Современные представления о бактериальном вагинозе // *Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии*. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 66-71.
- Соловьева И.В. Характеристика микрофлоры влагалища в норме и патологии // *Дисс. канд. мед. наук*. — М., 1987.
- Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф. и др. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике. — СПб, 1995.
- Backer E., Verhelst R., Verstraelen H., et al. Antibiotic susceptibility of *Atopobium vaginae*. *J BMC Infect Dis* 2006; 51:1-6.
- Bradshaw C.S., Tabrizi S.N., Fairley C.K. et al. The association of *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis* with bacterial vaginosis and recurrence after oral metronidazole therapy. *J Infect Dis* 2006; 194: 828-36.
- Ferris M.J., Norori J., Zozaya-Hinchliffe M., Martin D.H. Cultivation-independent analysis of changes in bacterial vaginosis flora following metronidazole treatment. *J Clin Microbiol* 2007; 45: 1016.
- Polatti F. Бактериальный вагиноз, *Atopobium vaginae* и нифуратель // *Медико-соціальні проблеми сім'ї*. — 2013. — Т. 18, № 3. — С. 94-98.
- Gardner H.L., Dukes C.D. *Haemophilus vaginalis* vaginitis: a newly defined specific infection previously classified «nonspecific» vaginitis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1955, 69: 962, 76.
- Jovita M.R., Collins M.D., Sjoden B. et al. Characterization of a novel *Atopobium* isolate from the human vagina: description of *Atopobium vaginae* sp. nov. *Int J Syst Bacteriol* 1999; 49: 1573-6.
- Mardh P.A. Bacterial vaginosis or...? // *Abstract book third International symposium on vaginitis (vaginosis)*. Funchal, Portugal, 1994, Abstr. 1.
- Mead P.B. Epidemiology of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet. Gynecology*, 1993, 169: 2, 446-449.
- Schwartz A., Taras D., Rusch K., et al. Throwing the dice for the diagnosis of vaginal complaints? *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2006; 5: 1-7.
- Spiegel C.A., Amsel R., Eshenbach D. et al. Anaerobic bacteria in non-specific vaginitis // *N. Engl. J. Med.*, 1980, 303, p. 271.
- Verstraelen H., Verhelst R., Claeys G. et al. Culture-independent analysis of vaginal microflora: the unrecognized association of *Atopobium vaginae* with bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1130-2.
- Witkin S. Bacterial flora of the female genital tract: function and immune regulation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007; 21: 347-54.

Бактеріальний вагіноз: практичні аспекти етіології, діагностики та лікування

М.В. Майоров, С.І. Жученко, О.Л. Черняк

Розглянуто питання етіології та епідеміології бактеріального вагінозу, висвітлено різні аспекти діагностики та лікування. Виходячи з особливостей даного захворювання, основним методом лікування є застосування локальної етіотропної терапії. Представлений досвід застосування препарату Гексикон.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, генітальні інфекції, Гексикон.

Bacterial vaginosis: practical aspects of etiology, diagnosis and treatment

M.V. Mayorov, S.I. Zhuchenko, O.L. Chernyak

The article discusses the etiology and epidemiology of bacterial vaginosis, various aspects of diagnosis and treatment are highlighted. Based on the characteristics of this disease, the main treatment is the use of local etiotropic therapy. Presents the experience of drug Hexicon.

Keywords: bacterial vaginosis, genital infections, Hexicon.



Рекомендации по ведению пациенток с патологией вульвы

Представляем вашему вниманию обзор Национального руководства Великобритании, подготовленного специалистами Британской ассоциации сексуального здоровья и ВИЧ по ведению заболеваний вульвы неинфекционного генеза, с которыми могут столкнуться врачи общей практики. В нем представлены рекомендации по диагностике и лечению таких заболеваний, как: склероатрофический лишай вульвы, красный плоский лишай вульвы, экзема, псориаз вульвы, простой лишай вульвы, интраэпителиальная неоплазия вульвы, вульводиния. Как правило, данная патология наблюдается у женщин старше 16 лет.

Склероатрофический лишай вульвы

Склероатрофический лишай вульвы является воспалительным дерматозом неясной этиологии. Существует доказательства определенной роли аутоиммунных процессов в патогенезе данного заболевания. Так, проведенные исследования N. Oyama et al. (2003) показали наличие аутоантител к протеину 1 экстрацеллюлярного матрикса у пациенток со склероатрофическим лишаем. Кроме того, у женщин с этой патологией отмечена повышенная частота других аутоиммунных нарушений.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд;
- болезненность;
- диспареуния;
- дизурия;
- другие симптомы, например запор (если патологический процесс распространяется на перианальную область).

Может протекать бессимптомно, но это бывает редко.

Клинические проявления:

- бледные, белесоватые атрофические пятна на пораженных участках вульвы;
- геморрагические проявления (экхимозы);
- трещины слизистой оболочки;
- эрозии, но без предшествующего образования пузырей;
- гиперкератоз в ряде случаев.

Патологические проявления могут быть очаговыми или распространяться на перианальную область (в форме восьмерки). Манифестация клинических проявлений может проявляться «потерей» малых половых губ, отеком крайней плоти клитора.

Осложнения:

- развитие плоскоклеточного рака (фактический риск < 5%);
- сексуальная дисфункция;
- дизестезия.

Диагностика

- Характерные клинические проявления.
- Гистологическое исследование биоптата вульвы: истончение эпидермиса с субэпидермальной гиалинизацией и воспалительным инфильтратом в дерме.

На ранней стадии заболевания гистологическая диагностика затруднена.

Дальнейшее обследование

1. Биопсия является обязательной, если диагноз неясен, имеются признаки атипии или подозрение на сопутствующую интраэпителиальную неоплазию вульвы (vulval intraepithelial neoplasia, VIN)/плоскоклеточный рак (squamous cell carcinoma, SCC).

2. Исследование на наличие аутоиммунных заболеваний проводится при клинических признаках таковых. Особенно важным является исследование на определение дисфункции щитовидной железы (определение уровней тироксина [T₄] и тиреотропного гормона [ТТГ]), поскольку вышеуказанная патология зачастую протекает бессимптомно. Доказано, что между склероатрофическим лишаем и нарушениями функции щитовидной железы существует взаимосвязь (уровень доказательности IV, степень рекомендаций C).

3. Взятие мазка показано только для исключения сопутствующей инфекции при наличии соответствующих симптомов и жалоб.

4. Проведение кожных аппликационных тестов (патч-тестов) требуется редко и только при подозрении на вторичную медикаментозную аллергию. В этом случае необходимо проконсультироваться с дерматологом.

Делор

крем/мазь

Швидко згасить
вогонь запалення



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Делор.

Склад: 1 г крему містить клобетазолу пропіонату 0,5 мг. Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування у дерматології. Високоактивні кортикостероїди (група IV). Клобетазол. Код АТХ D07 A D01. Показання: псоріаз (за винятком поширеної бляшкової форми – вульгарного псоріазу), екзема, червоний плесканий лишай, дискоїдний червоний вовчак, шкірні захворювання, резистентні до терапії менш активними стероїдами. Протипоказання. Рожеві вугри (розацеа), звичайні вугри (акне), періоральний дерматит, періанальний та генітальний свербіж, вірусне ураження шкіри (спричинене вірусом простого герпесу, вітряної віспи). Підвищена чутливість до компонентів препарату. Пошкодження шкіри, що були первинно інфіковані грибами або бактеріями; дерматози у дітей віком до 1 року, включаючи дерматити та пелюшкові висипи. Спосіб застосування та дози. Призначається для короточасного лікування стійких дерматозів у дорослих і дітей віком старше 1 року. Крем наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 1-2 рази на добу до досягнення клінічного покращення. Загальна доза не має перевищувати 50 г крему на тиждень. Лікування препаратом слід припинити одразу після досягнення клінічного покращення. Не рекомендується продовжувати лікування більше 4 тижнів, при цьому необхідно постійно контролювати стан хворого. При відсутності ефекту лікування препаратом протягом 4 тижнів слід скоригувати лікування. Якщо необхідно продовжувати лікування стероїдами, треба застосовувати менш активні препарати.

Побічні реакції. Дуже рідко – підвищена чутливість. Місцеві реакції підвищеної чутливості, такі як еритема, висипання, свербіж, кропив'янка, відчуття печіння шкіри та алергічні контактні дерматити можуть виникати у місцях нанесення і бути подібними до симптомів, для лікування яких препарат призначався. Якщо виникають ознаки підвищеної чутливості, застосування препарату необхідно терміново припинити. Дуже рідко – ознаки гіперкортицизму. Нечасто – розширення поверхневих кровоносних судин. Нечасто – місцева атрофія, атрофічні смуги на шкірі; дуже рідко – потоншення шкіри, зміни пігментації, гіпертрихоз, загострення основних симптомів, пустульозна форма псоріазу. Тривале та інтенсивне лікування високоактивними глюкокортикостероїдами може спричинити атрофічні зміни шкіри (атрофічні стрії, потоншення шкіри та розширення поверхневих кровоносних судин), особливо під час застосування оклюзійної пов'язки. У поодиноких випадках лікування псоріазу глюкокортикостероїдами (або припинення цієї терапії) може спровокувати розвиток його пустульозної форми.

Р.п.: №UA/3092/01/01, UA/3092/02/01.



МЕГАКОМ
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.



Лечение

Пациентки должны быть проинформированы о своем состоянии. Их следует предупредить о существующем некотором риске неопластических трансформаций. При изменении клинических проявлений или их текстуры (например появление опухолевидных образований или склерозирование), а также при значительном усугублении симптоматики они должны немедленно обратиться к врачу.

Рекомендуемая схема

Назначают высокоактивные топические стероиды, такие как клобетазола пропионат* (I, A). Это один из наиболее распространенных препаратов, который можно использовать в различных режимах, при ежедневном применении в течение 1 мес. Также можно наносить крем/мазь через день или два раза в неделю в течение 1 мес. После этого рекомендовано оценить результаты через 3 мес. Затем клобетазола пропионат можно назначать по мере необходимости в зависимости от выраженности симптоматики.

Лекарственные средства на мазевой основе лучше всего применять на кожу аногенитальной зоны. Это снижает потребность во включении консервантов в состав мазей и, следовательно, снижает риск вторичной контактной аллергии.

Альтернативные схемы

В качестве альтернативы используют высокоактивные топические стероиды с антибактериальными и противогрибковыми компонентами (например клобетозол с неомицином и нистатином) или альтернативный препарат, активный при наличии вторичного инфицирования (например крем, содержащий фузидовую кислоту и бетаметазон**). Они должны использоваться только в течение короткого периода времени, достаточного для купирования инфекционного процесса (IV, C).

Результаты исследований и нелецензированные препараты.

Топические ингибиторы кальциневрина (такролимус 0,1%, пимекролимус). Эти препараты не утверждены к применению при данной патологии, их долгосрочная безопасность и эффективность не установлены.

Ретиноиды для перорального приема, такие как ацитретин. Данные препараты могут быть эффективны при тяжелых формах склероатрофического лишая и в случаях, трудно поддающихся лечению (Ib, A). Их должен назначать только дерматолог, имеющий опыт применения таких агентов. Ретиноиды обладают выраженным тератогенным действием.

Длинноволновая (UVA1) фототерапия, согласно результатам исследования, была эффективна в небольшом количестве случаев (III, B).

Беременность и кормление грудью

Применение топических стероидов не представляет опасности во время беременности или кормления грудью. Препараты для местного применения на основе ингибиторов кальциневрина противопоказаны во время беременности и кормления грудью. Ретиноиды абсолютно противопоказаны во время беременности и в течение не менее двух лет перед зачатием. У женщин детородного возраста эти препараты должны использоваться с осторожностью.

Дальнейшее наблюдение и лечение

Пациенток в остром периоде заболевания, у которых нет адекватного ответа на лечение, следует направить в специализированные клиники.

При развитии дифференцированной или недифференцированной VIN или SCC на фоне склероатрофического лишая женщину необходимо направить в специализированную клинику.

Хирургическое лечение показано при наличии сопутствующих VIN/SCC или для восстановления нарушенных анатомических структур (стеноз входа во влагалище, синехии). Следует помнить, что зачастую происходят повторные поражения тканей в области вокруг рубца (III, B).

После 3 мес лечения оценивают выраженность ответной реакции.

При стабильном течении заболевания контрольный визит проводят ежегодно. Его может проводить врач общей практики у лиц с хорошо контролируемым заболеванием.

Пациентки должны быть проинформированы, что при наличии опухолевидных образований, изъязвлений, изменений в симптомах или внешних проявлениях они должны посетить врача.

Показатели для контроля

Биопсия должна быть выполнена у всех больных, которые не реагируют на инициальное лечение стероидами и если в месте поражения обнаруживают язвы с приподнятыми краями.

Всем пациенткам должна быть предоставлена письменная информация о заболевании.

Красный плоский лишай вульвы

Красный плоский лишай (КПЛ) — это воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек полости рта и половых органов с точно не установленным этиопатогенезом. Реже оно поражает носослезный проток, пищевод и наружный слуховой проход. Предположительно КПЛ может быть обусловлен иммунным ответом вследствие активации Т-лимфоцитов неизвестными антигенами. Так, у 61% пациенток с эрозивной формой КПЛ вульвы в крови обнаруживают циркулирующие антитела к базальной мембране. В некоторых случаях КПЛ может сочетаться с проявлениями склероатрофического лишая.

* В Украине клобетазола пропионат представлен в виде 0,05% крема и мази Делор

** В Украине представлен в виде крема Фузидерм-Б

Фузідерм®-Б

Видаляючи зайве

Фузідерм®-Б

крем

15 г



Фузидієвої кислоти 20 мг / 1 г
Бетаметазону 1 мг / 1 г

Виробник: Фарма Інтернешнел, Йорданія
Ексклюзивний дистрибутор в Україні: ТОВ «Мегаком»

«Крем Фузідерм-Б справляє добрий терапевтичний ефект при лікуванні алергодерматозів та інших дерматозів з бактеріальним компонентом запального процесу з великою вірогідністю її наявності».¹

«Крем Фузідерм-Б для зовнішнього застосування володіє виразною протизапальною, жарознижуючою, протиалергійною, антиексудативною та протисвербіжною дією у сукупності з високою антимікробною активністю».¹

«Позитивною властивістю препарату Фузідерм-Б у комплексній терапії atopічного дерматиту є також відсутність у хворих, що знаходились під наглядом, небажаних реакцій загострення та явищ непереносимості при його застосуванні. Таким чином, Фузідерм-Б може бути рекомендований для включення у схему терапії atopічного дерматиту».²

¹ Дюдюн А.Д., Поліон Н.Н. Фузідерм-Б в ліченні больных алергодерматозами и дерматозами с наличием бактериальной инфекции // УЖДВК. – 2006. – №4. – С.42-45.

² Калюжная Л.Д., Мурзина Э.А. Обоснование использования фузидиевой кислоты в наружной терапии atopического дерматита // Дерматология та венерология. – 2007. – №4. – С. 48-52.

Склад. Діючі речовини: fusidic acid та betamethasone valerate; 1 г крему містить фузидієвої кислоти 20 мг та бетаметазону валерату еквівалентно бетаметазону 1 мг, допоміжні речовини: парафін білий м'який, спирт цетостеариловий, поліетилентліколю цетостеариловий ефір, олія мінеральна, метилпарабен (Е 218), пропілпарабен (Е 216), натрію цитрат, пропіленгліколь, вода очищена. Лікарська форма. Крем. Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування в дерматології активні кортикостероїди в комбінації з антибіотиками. Код АТС D07C S01. Показання. Лікування екзематозних дерматозів за наявності бактеріальної інфекції або при високій її ймовірності, таких як atopічна екзема, дитяча екзема, дискоїдна екзема, застійна екзема, контактна екзема, себорейна екзема, червоний плоскостий лишай, посіріз (за винятком поширеної блішкової форми – вульгарного посірізу), дискоїдний червоний вогняк. Протипоказання. Рожеві вугри (розацеа), періоральний дерматит, вірусне ураження шкіри (спричинено вірусом простого герпесу, вітряної віспи), пошкодження шкіри, що були первинно інфіковані грибами чи мікобактеріями туберкульозу, інфекції шкіри волосистої частини голови, підвищена чутливість до компонентів препарату, дерматози та дерматити у дітей до 1 місяця. Спосіб застосування та дози. Крем наносять дорослим і дітям тонким шаром на відкриті уражені ділянки шкіри 2 рази на добу до досягнення позитивного клінічного результату. Можна застосовувати під пов'язку, в цьому випадку препарат наносять 1 – 2 рази на добу. Тривалість лікування визначає лікар залежно від типу та тяжкості захворювання та воно звичайно становить 1 – 2 тижні. Не рекомендується застосовувати препарат більше 2 тижнів. Тривалість курсу лікування дітей становить 5 днів. Побічні реакції. З боку шкіри і підшкірної клітковини: сухість шкіри, відчуття поколювання та печіння, висип, екзема, атрофія підшкірної клітковини, контактний дерматит, телеангіектазія, стрії, знебарвлення або гіперпігментація шкіри, запалення волосних фолікулів, гіпертрихоз, періоральний дерматит, загострення екзemi, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. Загальні розлади: тривале застосування препарату на великих ділянках шкіри або під оклюзійну пов'язку, або дітям може спричинити сильну загальносистемну дію, що проявляється у вигляді набряків, артеріальної гіпертензії, зниження імунітету, пригнічення росту і розвитку у дітей, гіперглікемії, глюкозурії, розвитку синдрому Кушинга. Передозування. Не описано. При тривалому застосуванні на великих ділянках шкіри можуть з'явитися симптоми передозування, що обумовлено оборотним пригніченням функції гіпофіза та надниркових залоз.

Р.н.: UA/3094/01/01

**МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.



Клинические особенности

Жалобы:

- зуд/жжение;
- болезненность;
- диспареуния;
- дизурические симптомы;
- патологические выделения из влагалища.

Может протекать бессимптомно.

Клинические проявления

Поражения аногенитальной зоны при КПЛ можно разделить на три основные группы в соответствии с их клиническими проявлениями:

1. Классическая форма проявляется типичными беловатыми папулами на фоне гиперкератоза с/без стрий на внутренней поверхности вульвы. При стихании обострения на месте высыпаний отмечается гиперпигментация, что особенно характерно для смуглых женщин. Этот тип КПЛ может протекать бессимптомно. В исследовании S. Regauer et al. (2005) поражения вульвы были обнаружены у 19 из 37 пациенток с кожными проявлениями КПЛ, у четырех из 19 жалоб не было.

2. Гипертрофическая форма. Эти поражения встречаются относительно редко и могут быть трудно диагностированы. В частности, они отмечаются в области промежности и перианальной зоны и представлены утолщенными бляшками с бородавчатой поверхностью, которые могут изъязвляться, инфицироваться и быть болезненными. В силу этих особенностей, данная форма КПЛ может имитировать злокачественное образование. При этой форме КПЛ вульва остается интактной.

3. Эрозивная форма. Именно эта разновидность КПЛ наиболее часто обуславливает жалобы у таких пациенток, поскольку на поверхности слизистых образуются эрозии. Края эрозий окружены эпителием розового цвета, иногда с характерным белесоватым сетевидным рисунком (так называемая сетка Викема). Рисунок образуют серовато-белые полосы гиперкератоза. Особенно важно распознать эрозивные поражения влагалища при КПЛ в начале заболевания и вовремя назначить необходимую терапию для предупреждения образования рубцов и полного стенозирования. Пораженная ткань рыхлая, с телеангиэктазиями и эритематозными пятнами, которые обуславливают посткоитальные кровотечения, диспареунию и чаще всего серозно-геморрагический характер выделений. После заживления эрозий могут образовываться рубцы и синехии слизистой. Этот тип КПЛ проявляется также и на слизистой оболочке полости рта, хотя в этой области образование синехий является редкостью. Термин «вульво-вагинально-гингивальный синдром» используется при наличии эрозивных поражений в этих трех областях. Наиболее показательными симптомами при этом являются боль и повышенная чувствительность (ранимость).

Осложнения

Образование рубцов, в т.ч. синехий влагалища. Развитие плоскоклеточного рака. В исследовании S.M. Cooper et al. (2006) частота этого осложнения была выше 3%.

Диагностика

- Характерные клинические проявления. Наличие характерных для КПЛ поражений на слизистой влагалища исключает склероатрофический лишай. Поражения кожи другой локализации помогут определиться с правильным диагнозом, однако описаны случаи сочетания КПЛ и склероатрофического лишая. Пузырчатка иммунного генеза может выглядеть клинически схоже с эрозивной формой КПЛ.
- Гистологическое исследование образца биоптата вульвы: неравномерный акантоз пилообразной конфигурации, утолщение зернистого слоя и вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия, лимфоцитарный инфильтрат в дерме.

Дальнейшее обследование

1. Проведение биопсии является обязательным в случае неясного диагноза, наличия признаков атипии или при подозрении на сопутствующую VIN/SCC.

2. Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции необходимо при подозрении на иммунозависимый буллезный дерматоз. Только 25% исследуемых биоптатов при КПЛ являются классическими, поэтому так важно учитывать полную клинико-патологическую картину.

3. Необходимым является обследование на предмет наличия аутоиммунных заболеваний, особенно щитовидной железы (определение T_4 и ТТГ в случае подозрения на нарушение ее функции) (IV, C).

4. Взятие мазка показано для исключения вторичной инфекции особенно при наличии эскориаций.

5. Проведение кожных аппликационных тестов требуется при подозрении на вторичную медикаментозную аллергию.

Лечение

Пациентки должны быть проинформированы о своем состоянии. Их следует предупредить о существующем невысоком риске неопластических изменений. При изменении клинических проявлений или их текстуры (например появление опухолевидных образований или склерозирование), а также при значительном усугублении симптомов они должны немедленно обратиться к врачу.

Рекомендуемая схема

- Высокоактивные топические стероиды, такие как клобетазол пропионат (IIb, B). В исследовании S.M. Cooper (2006) с участием 89 пациенток использование высокоактивных топических стероидов как первой линии терапии сопровождалось улучшением у 75% и полным



отсутствием симптомов у 54% женщин. Стихание воспалительных процессов отмечено у 9% пролеченных. Касательно оптимального режима лечения доказательств нет.

- При необходимости поддерживающей терапии возможно использование более мягких кортикостероидных препаратов или менее частое назначение сильнодействующих стероидов.
- Вагинальные кортикостероиды. Рекомендованы препараты гидрокортизона, снабженные аппликатором для местного применения. При тяжелых формах заболевания возможно использование преднизолон в суппозиториях (IV, C).

Альтернативные схемы

Использование высокоактивных стероидов с антибактериальным и противогрибковым компонентами (например клотримазол с неомицином и нистатином) или альтернативный препарат (например крем, содержащий фузидовую кислоту и бетаметазон) при наличии вторичной инфекции. Эти препараты должны использоваться только в течение короткого периода времени, достаточно для элиминации патогенов (IV, C).

Беременность и кормление грудью

Высокоактивные топические стероиды безопасны для использования во время беременности или кормления грудью.

Дальнейшее наблюдение и лечение

Направление в многопрофильную клинику, специализирующуюся на патологии вульвы, рекомендуется при эрозивном варианте КПЛ, в случаях, трудно поддающихся лечению, а также при необходимости системной терапии.

Системное лечение. На данный момент существует весьма небольшая доказательная база и нет единого мнения относительно использования системных лекарственных средств при лечении этой патологии. При наличии вульво-вагинально-гингивального синдрома применение азатиоприна, дапсона, гризеофульвина, хлорохина и миноциклина, назначаемых эмпирически, практически малоэффективно либо вообще не имеет преимуществ.

Как вариант может быть рассмотрена возможность применения пероральных циклоспоринов.

Ретиноиды высокоэффективны при гипертрофической форме КПЛ.

Пероральные кортикостероиды, например преднизолон в дозе 40 мг/сут, могут быть назначены на ограниченный период времени, в течение нескольких недель. Такие курсы можно повторять по мере необходимости.

При поражении слизистой рта и кожи ряд исследователей использовали новые биологические агенты. Так, прием базиликсимаба был достаточно эффективным, однако его использование не было оценено при КПЛ вульвы. Все эти потенциально токсичные препараты нуждаются в тща-

тельном мониторинге, и их лучше применять под наблюдением дерматолога в специализированной клинике (IV, C).

Каждые 2-3 мес проводят контрольный осмотр, чтобы оценить ответ на лечение. При активном течении заболевания оценка проводимого лечения проводится по мере необходимости. Женщины с эрозивной формой КПЛ нуждаются в длительном наблюдении соответствующими специалистами (IV, C).

Пациенток со стабильным течением заболевания осматривают ежегодно. Исключение составляют хорошо осведомленные лица с оптимальным контролем симптомов. Больные должны быть проинформированы, что при наличии опухолевидных образований, изъязвлений, изменений в симптомах или внешних проявлениях они должны посетить врача.

Показатели для контроля

Биопсия должна быть выполнена у пациенток, которые не реагируют на начальный курс лечения, а также при выявлении язв с приподнятыми краями.

Экзема вульвы

Согласно классификации Международного общества по изучению болезней вульвы и влагалища (ISSVD), заболевания вульвы, сопровождающиеся экзематозными проявлениями и лихенификацией, включают следующие этиологические варианты.

Атопический — протекает по типу аллергии. Наблюдается в основном у пациенток, страдающих сенной лихорадкой или астмой.

Аллергический контактный — обусловлен воздействием на кожу веществ, к которым у больной существует повышенная чувствительность.

Простой контактный — возникает при контакте с раздражающими химическими веществами, такими как стиральный порошок, чистящие средства и т.д.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд;
- болезненность.

Клинические проявления:

- эритема;
- лихенификация и экскориации;
- растрескивание кожи.

Осложнения — присоединение вторичной инфекции.

Диагностика

Характерная клиническая картина.

Общий осмотр и выявление признаков дерматита другой локализации.

Проведение стандартной серии кожных аппликационных тестов, а также аллергических тестов на лекарственные препараты (III, B).

Биопсия выполняется только при наличии признаков атипии и при отсутствии ответа на лечение (IV, C).



Рекомендуемая схема

- Исключение провоцирующих факторов (IV, C).
- Использование вместо обычного мыла специальных смягчающих моющих средств (эмолентов). Применение крема на водной основе в качестве увлажняющего средства следует исключить из-за риска раздражающего эффекта. Альтернативой может быть использование Hydramol.

Выбор конкретного топического кортикостероида зависит от тяжести заболевания. Так, в более легких случаях можно применять 1% гидрокортизоновую мазь. При наличии тяжелых поражений или выраженной лихенификации показано использование бетаметазона валерата 0,025% или клобетазола пропионата 0,05% в течение ограниченного периода времени. Комбинированные препараты, содержащие противогрибковый и/или антибактериальный компоненты, необходимо назначать при подозрении на вторичное инфицирование. Применять их следует один раз в день (IV, C).

Дальнейшее наблюдение и лечение

Последующее наблюдение проводится в соответствии с клинической необходимостью.

Может потребоваться не только долговременное наблюдение, но и психологическая поддержка.

Показатели для контроля

Письменная информация должна быть предоставлена всем пациенткам без исключения.

Псориаз вульвы

Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, которым страдают около 2% людей от общей численности населения. Генитальный псориаз может проявляться как часть обыкновенного бляшковидного или псориаза сгибательных поверхностей. Редко область поражения ограничена только аногенитальной зоной.

Клинические особенности

Жалобы:

- зуд в области вульвы;
- болезненность;
- ощущение жжения.

Клинические проявления:

- четко ограниченные яркие эритематозные бляшки;
- как правило, симметричное расположение высыпаний;
- часто поражается область ягодичной складки;

- обычно зона поражения четко не визуализируется за счет мацерации;
- растрескивание кожи.

Осложнения

Может наблюдаться ухудшение симптоматики из-за феномена Кебнера (раздражение мочой, облегающей одеждой или после полового акта).

Диагностика

Характерные клинические проявления. Общее обследование кожи и ногтей позволяет обнаружить другие признаки псориаза.

При неуточненном диагнозе проводят биопсию кожи.

Лечение

Рекомендуемая схема

- Исключение провоцирующих факторов.
- Использование вместо обычного мыла специальных смягчающих моющих средств (эмолентов).

Предпочтительным является применение топических кортикостероидов невысокой и умеренной активности. Если ответ на лечение недостаточный, показано назначение более мощных препаратов на короткий период времени, например клобетазола пропионат 0,05%. При наличии вторичной инфекции необходимо назначать комбинированные препараты, содержащие противогрибковые и/или антибактериальные компоненты (IV, C).

Также возможно применение мазей на основе камменноугольной смолы отдельно либо в сочетании с нанесением топических кортикостероидов или их чередование. Однако на фоне их использования возможно развитие раздражения и фолликулита (IV, C).

Назначение аналогов витамина D отдельно или в комбинации с кортикостероидами ограничено возможным развитием раздражения (IV, C).

Дальнейшее наблюдение и лечение

Направление пациенток в специализированную клинику рекомендуется в случаях рефрактерности к лечению либо при необходимости назначения системной терапии. Последующие осмотры проводят по необходимости.

Показатели для контроля

Письменная информация должна быть предоставлена всем пациенткам без исключения.

*По материалам
UK National Guideline on the Management
of Vulval Conditions // British Association
for Sexual Health and HIV, 2014
Продолжение в следующем номере*

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

IMF V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

5 років

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ — ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ
14–16 жовтня 2014 року

КИЇВ
ЕКСПО
ПЛАЗА

ufi
Member

Україна, Київ,
вул. Салютна, 2-Б

За підтримки:

- Кабінету Міністрів України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерства охорони здоров'я України
- Міністерства охорони здоров'я АР Крим
- Державної служби України з лікарських засобів

Організатори:



Співорганізатори:



Генеральний партнер: **TOSHIBA**
Leading Innovation >>>

Соціальний партнер: **Фонд Рівності**
Розвиток України

Міжнародні партнери: **TÜRKEL FAIR ORGANIZATION**, **ufi**, **AMQ Україна**, **UFA**, **UFA Business Center**

Партнери:



MEDRadiology
MEDLab
MEDTech
MEDSolutions
MEDRehab&Physio
MEDCleanTech
MEDInnovation
MEDDent
MEDEsthetics

MEDICAEXPO МІЖНАРОДНА
ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
PHARMAEXPO МІЖНАРОДНА
ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА



III МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС*

«Впровадження сучасних досягнень
медичної науки в практику охорони здоров'я України»

* Конгрес внесено до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проходять в 2014 році», затверджений МОЗ України та НАМН України

50

науково-практичних
заходів



передбачена видача
сертифікатів

600

українських та зарубіжних
доповідачів - експертів

практичні майстер-класи, школи,
підвищення кваліфікації

16 000

фахівців

весь спектр обладнання, техніки,
інструментарію для медицини

400

компаній учасниць
з 20 країн

всесвітньо відомі бренди,
нові торгові марки

Healthcare
Travel Expo
Medical-Spa-Wellness

Одночасно з Форумом відбудеться
III МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ, SPA&WELLNESS

Міжнародні інформаційні партнери: labor&more, medicalsports network, CanBiotech, Trade+Winds, Trade Contacts, Medgate today Magazine, PlacidWay, UkraineBusiness insight, (PM), EUROMONITOR INTERNATIONAL, Medical Device ASIA, Generalний стратегічний партнер: ЗАСЛІДСЬКИЙ інформаційний центр, Generalний інформаційний партнер: УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, Generalний інтернет-партнер: ZDOOROV-INFO, Офіційні інформаційні партнери: Therapia, Здоров'я України, ЧАСОПИС, МЕДИКНА, Фармацевтичний Кур'єр

СТАНЬ ЧАСТИНОЮ МАСШТАБНОЇ МІЖНАРОДНОЇ ПОДІЇ!

З питань участі у Форумі: +380 (44) 526-93-09 @ med@lmt.kiev.ua
З питань участі у Конгресі: +380 (44) 526-92-89 @ congress@medforum.in.ua

www.medforum.in.ua



Пренатальная диагностика в практике акушера- гинеколога

Т.Г. Романенко, д.мед.н., профессор; О.И. Чайка
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 НМАПО им. П.Л. Шупика
МЗ Украины



Раскрыта роль пренатальной диагностики в профилактике наследственной и врожденной патологии, которая включает комплекс не прямых (обследование беременной женщины) и прямых (непосредственное обследование плода) методов исследования. Описаны этапы современной пренатальной диагностики, а также условия для качественного пренатального скрининга. Особое внимание уделено выявлению маркеров врожденной и хромосомной патологии, биохимическим показателям.

Ключевые слова: пренатальная диагностика, врожденные аномалии, хромосомная патология.

Дородовая диагностика хромосомных аберраций остается одной из основных проблем пренатальной диагностики. Несмотря на распространение ультразвуковых методов исследования в акушерстве и внедрение скрининговых программ в практику дородового обследования, количество детей, родившихся с хромосомными аномалиями, не уменьшается.

Поданным ВОЗ, примерно 2,5-3% всех новорожденных имеют различные пороки развития, из них около 1% составляют генные болезни, 0,6-0,8% — хромосомные болезни и около 2% — врожденные пороки развития, обусловленные различными факторами. На 1000 новорожденных приходится 4-7 детей с врожденными пороками развития. В частности, дети с синдромом Дауна составляют 1 на 700 родов, синдромом Эдвардса — 1 на 8000 родов. По статистическим данным МЗ Украины, у нас в стране ежегодно рождается 420 детей с синдромом Дауна, от таких детей 85% родителей отказываются еще в роддоме.

Пренатальная диагностика позволяет эффективно выявлять хромосомную и генную патологию на стадии антенатального развития, снизить частоту врожденных пороков развития плода,

детскую смертность и инвалидность. С помощью дородовой диагностики можно обнаружить до 90% плодов с синдромом Дауна (трисомия 21), 97% — с синдромом Эдвардса (трисомия 18). При этом решение о продолжении или прерывании беременности принимает семья.

Пренатальная диагностика, предназначенная для профилактики наследственной и врожденной патологии, включает комплекс не прямых (обследование беременной) и прямых (непосредственное обследование плода) методов исследования. Актуальность пренатальной диагностики заключается в том, что растет рождаемость детей, происходит увеличение числа беременностей, наступающих с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, улучшаются методы сохранения беременности, повышается процент беременных старше 35 лет, увеличивается число детей с врожденными аномалиями, хромосомной патологией. Для выполнения всех задач пренатальной диагностики необходимы информированность населения о возможностях диагностики нарушений развития плода до рождения, а также наличие врачей с хорошими теоретическими и практическими знаниями.

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»



Современная пренатальная диагностика состоит из трех этапов:

- 1-й этап — медико-генетическое консультирование;
- 2-й этап — скрининговый (маркеры УЗИ, биохимические показатели);
- 3-й этап — инвазивная пренатальная диагностика с применением цитогенетических методов для точного определения хромосомных заболеваний плода.

В данной статье более подробно рассмотрим 2-й этап пренатальной диагностики. Согласно приказу МЗ Украины от 15.07.2011 г. № 417, регламентируется обязательное обследование всех беременных с помощью неинвазивных методов — УЗИ и анализа маркерных биохимических показателей — в наиболее информативные сроки. В документе, в частности, говорится:

- УЗИ на сроках беременности от 11 нед + 1 день до 13 нед + 6 дней (определение срока беременности, измерение воротникового пространства и выявление ультразвуковых маркеров врожденной и хромосомной патологии).
- Врач предоставляет информацию о целесообразности одновременного проведения первого УЗИ (11 нед + 1 день — 13 нед + 6 дней) и двойного биохимического теста (свободный хорионический гонадотропин человека [ХГЧ], протеин А, ассоциированный с беременностью [РАРР-А], а также расчета риска наличия у плода хромосомной и некоторой распространенной врожденной патологии).
- Исследование выполняют с согласия женщины (приложение В).

Важны также условия для качественного пренатального скрининга, а именно: программа пренатального наблюдения, включающая пренатальный скрининг, лабораторную диагностику высокой степени точности; международная сертифицированная компьютерная программа об-счета биохимических показателей (Prenatal Risk Calculation, PRISCA), ультразвуковая диагностика экспертного уровня.

PRISCA — пренатальная оценка рисков врожденных аномалий — это программа расчета риска осложнений беременности, имеющая европейскую и российскую сертификацию. В этой программе используются надежные алгоритмы вычисления, она позволяет работать с любыми реактивами, обладает гибким интерфейсом и полностью русифицирована.

С помощью пренатального скрининга можно выделить группу беременных, у которых риск развития врожденных хромосомных аномалий выше, чем риск осложнений инвазивной диагностики.

Процесс должен быть максимально быстрым, с минимальной стрессовой нагрузкой на супружескую пару. Пациентку следует проинформировать о цели скрининга, о возможных действиях в случае попадания в группу риска.

К преимуществам пренатального биохимического скрининга относятся: неинвазивность, отсутствие осложнений, пригодность для массового использования и возможность выявления группы пациенток для последующей инвазивной диагностики.

В пренатальном скрининге можно выделить основные этапы расчета рисков:

- получение значений концентрации анализов;
- определение степени отклонения концентрации каждого показателя от медианы для данного срока беременности (МоМ — кратное медианы);
- коррекция значений МоМ с учетом возраста, массы тела, этнической принадлежности, сопутствующих заболеваний и других факторов;
- вычисление риска развития аномалий плода с учетом скорректированных значений МоМ.

Для расчета рисков лаборатории следует иметь точные данные о сроке беременности, всех факторах, необходимых для расчета МоМ, так как неполные, неточные данные являются источником серьезных ошибок в расчете рисков. В специальную программу для расчета рисков вводятся все показатели: данные пациентки, результаты УЗИ (оценка срока беременности, копчико-теменной размер [КТР], толщина воротникового пространства, визуализация носовых костей), дополнительные факторы (двойня, раса, экстракорпоральное оплодотворение, курение и др.), показатели РАРР-А, свободной β -субъединицы ХГЧ. МоМ показывает степень отклонения показателя от медианы — среднего значения показателя для данного срока беременности. Если $МоМ > 1$, значит риск выше среднего в популяции, если < 1 , риск ниже среднего.

Пренатальный скрининг проводится в I (двойной тест) и II (тройной тест) триместрах беременности. **Двойной тест** пренатального скрининга в I триместре основывается на анализе биохимических сывороточных маркеров, которые могут быть определены в этот период и являются важными в оценке риска хромосомных aberrаций плода. Двойной тест включает:

- определение сывороточных маркеров РАРР-А и свободного β -ХГЧ;
- расчет МоМ для каждого маркера;
- определение биохимического риска синдрома Дауна при рождении (рассчитывается на основе МоМ, корректируемого для каждого из двух маркеров, и на основе возраста матери на момент родов);

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»



- определение риска трисомии 18 при рождении (рассчитывается на основе МоМ, корректируемого для каждого из двух маркеров, и на основе возраста матери);
- расчет МоМ для шейного пространства (в случае, когда врач предоставляет в лабораторию данные размера шейного пространства и КТР, определенные методом УЗИ);
- расчет сочетанного риска синдрома Дауна.

PAPP-A — белок, определяемый в плазме, который возникает во время беременности и представляет собой гликопротеин, полученный из плаценты. PAPP-A — белок плаценты, усиливающий действие инсулиноподобных факторов роста (IGF) 1 и IGF-2, которые играют роль в плацентации. Низкие уровни PAPP-A приводят к снижению активности IGF-1, IGF-2, участвующих в плацентации и ремоделировании спиральных артерий. Он синтезируется в больших количествах трофобластом и выделяется в кровь матери. Концентрация протеина в крови матери зависит от срока гестации — чем больше срок беременности, тем выше уровень сывороточного PAPP-A. Снижение уровня PAPP-A связано с хромосомными аномалиями плода. Основными показаниями для определения PAPP-A являются:

- скрининговое обследование беременных для оценки риска хромосомных аномалий плода в I и начале II триместра беременности (11-12 нед);
- тяжелые осложнения беременности в анамнезе (оценка угрозы выкидыша и прерывания беременности по абсолютным показаниям);
- возраст женщины старше 35 лет;
- два и более самопроизвольных аборт на ранних сроках беременности;
- наличие в семье ребенка с болезнью Дауна, другими хромосомными аномалиями, врожденным пороками развития, а также в анамнезе — прерванной беременности по медицинским показаниям или заболеваний у ближайших родственников.

Свободный β -ХГЧ — гликопротеин, синтезируемый плацентой. Концентрация β -ХГЧ в сыворотке и моче возрастает, удваиваясь каждые 40-48 ч, максимум достигается к 8-12-й неделе гестации и снижается постепенно с 12-й недели до значений 1/5-1/20 от максимальных концентраций, затем наступает плато. Повышенные уровни свободного β -ХГЧ могут указывать на высокий риск возникновения синдрома Дауна, а выявление сниженных значений связано с повышенным риском самопроизвольного аборта или свидетельствует о хронической фетоплацентарной недостаточности. Чем выше концентрация свободного β -ХГЧ и ниже уровень PAPP-A, тем выше риск трисомии 21.

Толщина воротникового пространства

Воротниковое пространство является ультразвуковым проявлением скопления жидкости под кожей в тыльной области шеи плода в I триместре беременности. Определение толщины воротникового пространства в конце I триместра — важный признак, позволяющий заподозрить хромосомные аномалии, особенно трисомию 21-й хромосомы. Это транзитный признак, обычно определяемый только между 11-й и 13-й неделями беременности при величине КТР плода от 45 до 64 мм. Толщина ≥ 3 мм является общепринятым патологическим признаком. Поэтому всегда, когда толщина воротникового пространства составляет ≥ 3 мм, необходимо проведение кариотипирования. Структурные дефекты (главным образом пороки сердца, дефекты диафрагмы, аномалии почек и передней брюшной стенки) обнаруживаются в 4% случаев при нормальном кариотипе плода. Средние значения толщины воротникового пространства при хромосомных аномалиях следующие: трисомия 21 — на 2 мм больше нормальной медианы для гестационного возраста по КТР; трисомия 18 — на 4 мм больше; трисомия 13 — на 2,5 мм больше; триплоидия — на 1,5 мм больше; синдром Шерешевского-Тернера — на 7 мм больше.

Копчиково-теменной размер плода

КТР — наиболее точный параметр для определения срока гестации. При трисомии 18 и триплоидии отмечается выраженное замедление развития плода. При трисомии 13 и синдроме Тернера отмечается умеренное замедление развития плода, тогда как при трисомии 21 его размеры соответствуют норме.

Визуализация костей носа.

При нормальном кариотипе отсутствие визуализации носовых костей характерно для 1% плодов у женщин европейской популяции и для 10% — у женщин афро-карибской популяции. Кости носа не визуализируются у 60-70% плодов при трисомии 21, у 50% — при трисомии 18 и у 30% — при трисомии 13.

Сочетанная оценка биохимических показателей и эхографических данных становится более эффективной для ранней диагностики риска развития аномалий плода. При комплексном тесте уровень обнаружения синдрома Дауна возрастает до 95%. При трисомии 18 характерен уровень обнаружения 90% с помощью комплексного теста.

Во II триместре беременности используют **тройной тест** пренатального скрининга в 15-19 нед (оптимально в 16-18). Эффективность тройного теста составляет 60-70%. Тест включает:

- определение трех биохимических маркеров в сыворотке матери: α -фетопroteина (АФП), β -ХГЧ и свободного эстриола;

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»



- расчет МоМ для АФП и β -ХГЧ;
- определение риска синдрома Дауна при рождении (рассчитывается на основании МоМ с поправкой для каждого из этих основных трех маркеров и возраста матери на момент родов);
- расчет риска дефекта нервной трубки при рождении (на основе МоМ с поправкой для АФП и материнского возраста);
- определение риска трисомии 18 при рождении (на основе МоМ с поправкой для АФП и β -ХГЧ, а также возраста матери).

Альфа-фетопротеин — белок, синтезируемый преимущественно печенью плода, концентрация которого возрастает от 0,2 нг/мл примерно до 250 нг/мл на 32-й неделе гестации. Повышенный уровень АФП позволяет предположить открытые дефекты развития нервной трубки (анэнцефалия, spina bifida), пупочную грыжу, атрезию пищевода или двенадцатиперстной кишки, синдром Меккеля (комплекс наследственных аномалий: поли- и синдактилия, гипоспадия, эписпадия, эктопия мочевого пузыря, кистомы почек, печени, поджелудочной железы), некроз печени плода вследствие вирусной инфекции. Повышение концентрации АФП в сыворотке крови женщин во II и III триместрах беременности определяется при тяжелой гемолитической болезни и при гибели плода. Полагают, что повышение уровня АФП связано с лизисом клеток плода, в частности цитолизом печени. Сниженный уровень АФП свидетельствует о синдроме Дауна (на сроке после 10 нед), смерти плода, самопроизвольном выкидыше, пузырном заносе, трисомии 18 и синдроме Клайнфельтера.

Свободный эстриол

Неконъюгированный эстриол составляет только 9% от всех форм эстриола в материнской сыворотке и наиболее близко отражает фетоплацентарное производство. При нормальном развитии плода выработка эстриола постепенно растет, достигая максимума на 36-й неделе гестации. Показаниями для определения свободного эстриола в крови матери являются возраст матери старше 35 лет и отца старше 45 лет, семейное носительство хромосомных болезней, пороки развития у предыдущих детей, привычное невынашивание, прием цитостатиков и антиэпилептических препаратов. Низкие концентрации свободного эстриола наблюдаются при синдроме Дауна и трисомии 18, анэнцефалии плода, гипоплазии надпочечников плода, а также свидетельствует о риске задержки роста плода, его гибели, Rh-иммунизации.

При беременностях с эмбриональным синдромом Дауна, синдромом Тернера (моносомия X) уровни АФП и неконъюгированного эстриола достоверно ниже, а уровень β -ХГЧ выше нормы.

Выделяют факторы, которые влияют на колебание концентрации маркеров в сыворотке крови. К ним относятся: вес матери (женщины с большим весом обладают повышенным объемом крови, который «разбавляет» концентрации исследуемых веществ), многоплодная беременность, диабетический статус (концентрация в сыворотке трех маркеров ниже у женщин с диабетом, риск дефекта нервной трубки возрастает в 10 раз), курение (АФП > 5%, уровень эстриола < 4%, а концентрация ХГЧ < 20%). Уровни маркеров изменяются также при возникновении беременности путем искусственного оплодотворения, при этом уровень ХГЧ выше, а свободного эстриола ниже.

УЗИ во II триместре беременности также имеет большую диагностическую ценность, поскольку выявляет при хромосомных аномалиях и пороках развития характерные синдромальные признаки. При обнаружении крупных пороков развития плода рекомендовано проведение пренатального кариотипирования плода, так как это позволяет получить информацию о возможной причине возникновения патологии и оценить риск повторного возникновения данной проблемы при следующей беременности. Различные пороки развития выявляются у 75% плодов при трисомии 21 и у 10-15% плодов при нормальном кариотипе.

Врачам женских консультаций и акушерам-гинекологам других учреждений здравоохранения целесообразно учитывать, что отклонения уровней сывороточных маркеров следует рассматривать как аргумент для более глубокого обследования беременной. При пренатальном консультировании рекомендуется использовать компьютерную экспертную систему, в которой учитываются все выявленные факторы риска, что позволит индивидуализировать показания к проведению инвазивных методов пренатальной диагностики.

Список использованной литературы

1. Бадюк В.М., Нікітчина Т.В. Комбінований генетичний скринінг вагітних як неінвазивний метод пренатальної діагностики // Перинатологія і педіатрія. — 2008. — № 4 (36). — С. 25-28.
2. Горин В.С. и соавт. Новые методические подходы к пренатальной диагностике хромосомных аномалий (обзор литературы) // Проблемы репродукции. — 2002. — Т. 6, № 2. — С. 34-38.
3. Зукин В. Пренатальный генетический скрининг в современной фетальной медицине // 3 турботою про жінку. — 2009. — № 7. — С. 10-13.
4. Кипрос Николаидес. Перевод с англ. А. Михайлова, Е. Некрасовой. Ультразвуковое исследование в 11-13+6 недель беременности. — СПб.: Петрополис, 2007. — 144 с.

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»



5. Кузнецова Т.В., Баранов А.Н., Киселева Н.В. и др. / Пренатальная диагностика хромосомных болезней: десятилетний опыт // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — Т. 3. — С. 95-99.

6. Небыльцова О.В. и соавт. Лабораторный справочник СИНЭВО. — К.: Доктор Медиа, 2011. — 420 с.

7. Nicolaides K.H., Syngelaki A., Birdir C. et al. Non-invasive prenatal testing for fetal trisomies in a routinely screened first-trimester population. Am J Obstet Gynecol (in press).

8. Nicolaides K.H. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. Prenat Diagn 2011; 31: 7-15.

9. Snijders R.J.M., Holzgreve W., Cuckle H., Nicolaides K.H. Maternal age-specific risks for trisomies at 9-14 weeks' gestation. Prenat Diagn 1994; 14: 543-552.

10. Spencer K., Ong C., Skentou H. et al. Screening for trisomy 13 by fetal nuchal translucency and maternal serum free beta-hCG and PAPP-A at 10-14 weeks of gestation. Prenat Diagn 2000; 20: 411-416.

Пренатальна діагностика у практиці акушера-гінеколога

Т.Г. Романенко, О.І. Чайка

Розкрита роль пренатальної діагностики у профілактиці спадкової та вродженої патології, що

включає комплекс непрямих (обстеження вагітної жінки) і прямих (безпосереднє обстеження плода) методів дослідження. Описано етапи сучасної пренатальної діагностики, а також умови для якісного пренатального скринінгу. Особливу увагу приділено виявленню маркерів вродженої та хромосомної патології, біохімічним показникам.

Ключові слова: пренатальна діагностика, вроджені аномалії, хромосомна патологія.

Prenatal diagnostics in obstetric practice

T. Romanenko, O. Chayka

There is revealed the role of prenatal diagnosis in the prevention of hereditary and congenital abnormalities, which includes a complex of indirect (examination of the pregnant woman) and direct (direct examination of the fetus) methods. It is described stages of modern prenatal diagnosis, as well as conditions for quality prenatal screening. Particular attention is paid to identifying markers of congenital and chromosomal pathology, biochemical parameters.

Keywords: prenatal diagnosis, congenital anomalies, chromosomal abnormality



ДАЙДЖЕСТ

Домашние роды оказались в четыре раза опаснее больничных

Роды в домашних условиях, даже в присутствии акушерки, по меньшей мере в четыре раза повышают абсолютный риск смерти новорожденного по сравнению с родами с той же акушеркой в условиях стационара. Причем этот риск связан именно с местом, где проходят роды, а не с квалификацией принимающего их персонала. Таковы итоги наиболее масштабного из проводившихся до сих пор в этой сфере ретроспективного когортного исследования, представленного на ежегодной конференции американского Общества материнско-фетальной медицины в Новом Орлеане.

Авторы исследования А. Grunebaum и F. Chervenak, специалисты из New York-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center, провели анализ данных Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) о смертности среди новорожденных с 2007 по 2009 г. При этом анализировали данные только о доношенной одноплодной беременности и новорожденных, не имеющих врожденных

аномалий, с массой при рождении более 2500 г. Под термином «неонатальная смертность» авторы понимали смерть младенца в течение 28 дней после появления на свет.

В итоге было установлено, что уровень неонатальной смертности в случае плановых домашних родов, даже в присутствии акушерки, значительно выше, чем при плановых родах в условиях медицинского учреждения. Так, абсолютный риск смерти новорожденного в случае родов в присутствии акушерки в больничных условиях составляет 3,1 на 10 тыс. рождений. В случае домашних родов с квалифицированной акушеркой этот показатель составляет 13,2. Если речь идет о первых родах, показатель возрастает семикратно — до 21,9 на 10 тыс. рождений.

Если наблюдаемая в США тенденция к росту количества домашних родов с акушеркой, которая сейчас составляет порядка 6% в год, сохранится, то показатель дополнительной неонатальной смертности к 2015 г. практически удвоится, достигнув уровня 42 дополнительных смертей новорожденных в год.

По материалам <http://medportal.ru>

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут геронтології НАМН України»
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»
ДУ «Інститут фармакології і токсикології» НАМН України
ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
Громадська спілка «Українська асоціація міждисциплінарної медицини»
Благодійний фонд «За безпечну медицину»
ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА

VII Національний конгрес

УВАГА!

**Дати проведення
Конгресу!**

1–3 КВІТНЯ 2014

Київ, НСК «Олімпійський» (вул. Червоноармійська, 55)

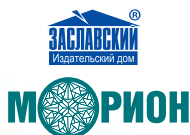
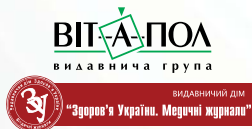
**Досвід кращих фахівців
України та Ізраїлю**



НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ

- Лікування серцево-судинних захворювань на засадах доказової медицини
- Біль. Сучасні підходи до лікування
- Нові можливості в лікуванні цукрового діабету
- Сучасні підходи до лікування респіраторних захворювань
- Антибіотикотерапія: досягнення та перспективи
- Первинна ланка в системі охорони здоров'я України
- Актуальні питання діагностики та лікування в педіатрії, неврології, ендокринології, інфектології та інших галузях

Інформаційні партнери



Здоров'я України®



Туристичний партнер конгресу

VIVO TRAVEL
TRAVEL AGENCY

«Обирай весь світ!»

Офіційні делегати Конгресу отримують Сертифікат

ВИГРАЙТЕ ПОДОРОЖ ДО ІЗРАЇЛЮ

Розіграш 3-х туристичних поїздок відбудеться під час роботи конгресу серед присутніх офіційних делегатів, (що зареєструвались та сплатили реєстраційний внесок) у другий день роботи конгресу 2 квітня 2014 р. о 17.00 у холі НСК «Олімпійський» (вул. Червоноармійська, 55). Туристична подорож на двох на 7 днів включає: авіапереліт, груповий трансфер аеропорт-готель-аеропорт, проживання у готелі 3-4* номер двомісний стандарт зі сніданками, екскурсія в Ієрусалім, страхування.

Реєструйтеся на сайті **www.chil.com.ua**

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»

Адреса: м. Київ, вул. Боженка, 86Б, 4 під'їзд, 1-й поверх, тел/факс +38 (044) 200-17-73, e-mail: office@newvivo.com.ua



Українська асоціація остеопорозу
Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Харківський національний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

Вельмишановні колеги!

Запрошуємо вас взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю **«Вікові аспекти захворювань кістково-м'язової системи»**, яка відбудеться **10-11 квітня 2014 р.** у Харківському національному медичному університеті.

Питання, що розглядатимуться на конференції:

- Захворювання кістково-м'язової системи та вік.
- Роль дефіциту вітаміну D у розвитку патології опорно-рухового апарату.
- Ортопедична патологія при диференційованій та недиференційованій дисплазії сполучної тканини.
- Саркопенія у практиці лікаря-інтерніста.
- Генетичні аспекти патології опорно-рухового апарату.
- Остеопороз та ревматологічні захворювання.
- Глюкокортикоїд-індукований остеопороз.

- Вторинний остеопороз як мультидисциплінарна проблема.
- Остеопороз і захворювання пародонта.
- Порушення харчування та захворювання кістково-м'язової системи.
- Сучасні методи діагностики та лікування опорно-рухового апарату.
- Клініко-рентгенологічні особливості захворювань хребта в людей різного віку.
- Біль у спині.
- Остеопороз і ендопротезування суглобів у хворих різного віку.

Контактні дані:

- адреса оргкомітету: 611678, м. Харків, вул. Героїв праці, 4, кв. 20;
- тел.: (044) 431-05-50; (057) 725-24-76.

Оргкомітет

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація акушерів-гінекологів України
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації

Вельмишановні колеги!

Запрошуємо вас взяти участь у Всеукраїнській науково-практичній конференції **«Актуальні питання сучасного акушерства та гінекології»**, яка буде проходити **3-4 квітня 2014 р.** у конгрес-центрі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, що знаходиться за адресою: навчально-оздоровчий комплекс «Червона калина», смт. Дружба, Теребовлянський район, Тернопільська область.

Наукова програма конференції

- Патологія вагітності, пологів і захворювання післяпологового періоду
- Малоінвазивна хірургія в акушерсько-гінекологічній практиці
- Антибактеріальна терапія в акушерстві та гінекології
- Проблеми репродуктивного здоров'я
- Корекція ендокринних порушень при вагітності та гінекологічній патології.

Статті будуть надруковані у журналі «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології», заведеного ВАК України.

Організаційний внесок – 200 грн.

Просимо за 1 міс до початку конференції підтвердити свою участь у форумі, за 2 тижні до початку – вказати дату і час приїзду для організації зустрічі.

Контактні дані:

- відділ організації наукових форумів ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет», майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001 – адреса оргкомітету;
- (0352) 26-32-34 – кафедра акушерства і гінекології ННІПО, доц. Бегош Богдан Миколайович (098-9070-624), e-mail: appag@mail.ru;
- (0352) 43-26-97, 067-3025-808) – проф., д.мед.н. Бойчук Алла Володимирівна;
- (0352) 52-04-79 – відділ організації наукових форумів, доц. Володимир Дмитрович Волошин;
- www.tdmu.edu.te.ua.

Оргкомітет

міжнародна наукова конференція



МІКРОБІОЛОГІЯ ТА ІМУНОЛОГІЯ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В ХХІ СТОЛІТТІ

Київ,
10-11 квітня
2014 року



Медицинские аспекты
здоровья женщины



Тематика конференції:

“Імунологія”:

- Фундаментальні дослідження в імунології: молекулярні механізми та особливості функціонування імунної системи на різних рівнях її організації
 - Імунопатологія та роль імунної системи при різних патологічних станах людини і тварин
 - Сучасна імунодіagnostика: перспективи застосування у галузях медицини, біології та у виробничих (технологічних) процесах
 - Новітні підходи у лікуванні захворювань різної етіології з використанням імунотерапії та імунобіотехнології
- “Методичні основи викладання мікробіології та загальної імунології”



“Мікробіологія”:

- Механізми та генетичні основи життєдіяльності мікроорганізмів за екстремальних умов
- Мікроорганізми в патологічних процесах
- Прикладні аспекти мікробіології

Майстер-клас “Методи біохімічної ідентифікації бактерій” від компанії “Ерба Лахема”.



Будемо раді зустрічі з вами, колеги!

Кафедра мікробіології та загальної імунології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка.

Вчений секретар конференції: 0667817304

Шепелевич Вікторія Володимирівна 0979825354

тел. (044) 521-32-31

E-mail: microbimconf@ukr.net

www.microbimconf.univ.kiev.ua

Уважаемые читатели!

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

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.

.....

.....

.....

6. Источник получения журнала:

☐ на мероприятиях ☐ самостоятельно подписался/подписалась (платно)

☐ бесплатная рассылка ☐ приносят медпредставители ☐ другое

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 «Медицинские аспекты здоровья человека» в соответствии с Законом Украины «О защите персональных данных» № 2297-VI от 01.06.2010 г. 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 – 300 грн

на півріччя – 150 грн

Наші реквізити:

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»

ЄДРПОУ 38391849

П/р 26001052612749 у філії «Розрахунковий центр ПАТ КБ «Приватбанк»», МФО 320649

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

E-mail: parubec@id-zu.com