

Медицинские аспекты здоровья женщины

Медичні аспекти здоров'я жінки

Журнал для врача-практика

Учрежден в июле 2006 г.

Периодичность издания – 10 выходов в год

№ 1 (87) 2015

Содержание

ГИНЕКОЛОГИЯ

Проблема генітального пролапса у жінок Майстер-клас «Пролапс 2014» Р.Г. Ботчоришвілі, І.З. Гладчук	34
Особенности микробного пейзажа влагалища у девочек со слипчивым процессом в наружных половых органах Н.В. Спиридонова, А.В. Казакова.	38
Синдром поликистоза яичников: лабораторная диагностика гиперандrogenного статуса женщины О.В. Рыкова	66

АКУШЕРСТВО

Ефективність застосування експрес-тестів у пацієнток з недоношеною та переношеною вагітністю на фоні бактеріального вагінозу І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко.	43
Назначение лекарственных средств беременным	48
Эффективность использования управляемой баллонной тампонады матки как метода остановки послеродового гипотонического кровотечения Н.С. Луценко, С.П. Коломоец, К.В. Островский, В.Е. Галацкий, С.Д. Четверушкина и др.	53

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Сечостатеві нориці у жінок В.І. Горовий, І.В. Барало	5
Роль междисциплинарного подхода в лечении инфекций нижних мочевых путей Е.А. Прилепская, А.В. Зайцев, Н.В. Тупикина.	26
Профилактика инсульта у женщин Рекомендации Американской ассоциации сердца, Американской ассоциации по изучению инсульта – 2014	59

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Обновленные требования к рукописям, направляемым в редакцию журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины»	62
Анонс	33, 64

**БАЛАНС між
ЕФЕКТИВНІСТЮ
та ДБАЙЛИВИМ
СТАВЛЕННЯМ
до екосистеми
піхви**



надійно та дбайливо діє при бактеріальному вагініті та кандидозі

діє на збудників найбільш поширених інфекцій

виявляє протизапальну дію без гормонів

для лікування та профілактики післяопераційних та післяпологових ускладнень

Представництво в Україні:
Київ 01001, вул. Мала Житомирська, 6
Tel.: (044) 278 06 38, innotech@innotech.com.ua

Спог.: 1 капсула вагінально містить неоміцин сульфат 35 000 МО, поліміксин В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО. Протигіперплазійна група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінація. Код ATХ B01A A51.

Показання: Лукавину вагінту, спорічаним чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений бактеріальним пігментним мікрофлорою;
- рецидивуючий нестацийний вагініт;
- вагітність (примірниками є *Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
- вагітність, спричинена різаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень. Поліжинакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статеві органи, перед абортом, установленим внутрішньоматковим засобом, перед і після діагностичної шпаківки матки, перед проведеним внутрішньоматковим засобом, перед операцією до селі та фарах.

Застосування у дітей від 6 років та в підлітковому віці. Група дітей, яким дозволяється дослідження Поліжинаксу на даний час не було встановлено та не подтвердженося про відсутність алергії, відсутність від, розгину чи фотосенситивності. Спостережте за вагінітм, що зазнає впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-які ризики. Тому застосування препарату у період вагініті може лише за підніманням піктограми для матері перевідців, коли очевидна користь для матері перевідців переважає ризик для дітей.

Через відсутність даних щодо проникнення препарата у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період грудного відгодування.

Спог.: застосування в разі: Дорослим застосовувати інтратекально вечір перед сном 1 капсула на добу. Курс лікування – 12 діб; профілактичний курс – 6 діб. Не слід перевіряти курс лікування під час менструації.

Категорія відпуску: За різцептом.

Виробник: Innophera Shuzi, Франція/Innothera Chouzy, France.

Учредитель

Игорь Иванченко

Руководитель проекта

Татьяна Артюнина

Издатель

ООО «Медицинские аспекты
здравья человека»

Генеральный директор

Анастасия Чаплыженко

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
Виктория Лисица

Литературные редакторы

Алла Яворская
Ирина Волошук

Дизайн/верстка

Олег Чернявский

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 27.02.2015

Заказ № 27/02

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.

Зашитено 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

Венцковский Борис Михайлович

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

Веропотвелян Петр Николаевич

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

Веропотвелян Николай Петрович

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

Воробьевая 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 Юльянна 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 Лиля 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

Медведев Владимир Исаакович

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

Поворознюк Владислав Владимирович

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

Смоланка Иван Иванович

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

Татарчук Татьяна Феофановна

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

Ткаченко Руслан Афанасьевич

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

Шунько Елизавета Евгеньевна

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

Бидер Дэвид

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

Гомель Виктор

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

Сечостатеві нориці у жінок

В.І. Горовий^{1,2}, к.мед.н.; І.В. Барало², к.мед.н., доцент, завідувач курсу урології кафедри хірургії № 1

¹Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті представлено етіологічні чинники, сучасні методи діагностики та лікування сечостатевих нориць, що найчастіше зустрічаються у жінок (міхурово-піхкова, сечовідно-піхкова, сечівниково-піхкова, міхурово-маткова). Проаналізовано результати хірургічного лікування 66 міхурово-піхкових нориць протягом останніх 20 років: 58 (87,9%) із них утворились після гінекологічних операцій, 8 (12,1%) – після акушерських. Застосування риболовецьких дзвоників з різними кутами скосу сприяло кращому виділенню нориці, розщепленню тканин піхви та сечового міхура, а також накладанню швів без натягу. З приводу сечовідно-піхкової нориці успішну реімплантацию нижньої третини сечовода виконали шести жінкам, з них у двох випадках використали методику *psoas-hitch* пластики сечового міхура.

Ключові слова: сечостатеві нориці, нетримання сечі, фістулопластика, гістеректомія.

Сечостатеві нориці – одне з найбільш тяжких захворювань у жінок, що призводить не лише до ураження органів, тривалої та стійкої втрати працездатності, але і викликає моральні та фізичні страждання, порушення менструальної, сексуальної та репродуктивної функцій. Постійне підтікання сечі з піхви, неможливість застосувати сечоприймачроблять нестерпним перебування жінки у колективі та сім'ї.

Перше згадування про міхурово-піхкові нориці належить знаменитому арабському цілителю Авіценні (Ібн-Сіна, 980-1037 рр.), який вважав це захворювання невиліковним [6, 30]. Першим європейцем, який в 1597 р. описав міхурово-піхкову норицю був Platter, а першу реальну спробу зашити норицю здійснив голландець Hendrik van Roonhuuse в 1663 р. з трансвагінального доступу за допомогою шовкових ниток та змащування піхви бальзамом [37, 41, 57, 58]. Швейцарець Johann Fatio в 1675 р. вперше виконав успішне зашивання міхурово-піхкової нориці трансвагінальним доступом з використанням техніки Hendrik van Roonhuuse у двох жінок [35, 57, 58]. John Peter Mettauer з Вірджинії у 1838 р. вперше успішно застосував металеві (свинцеві) шви. Вважається, що James Marion Sims є батьком хірургії міхурово-піхкових нориць у США, оскільки він запропонував у 1852 р. зашивання нориці за допомогою срібного дроту [37, 53, 60]. Трансабдомінальний

доступ для оперативного втручання вперше (1888) успішно застосував Trendelenburg, а концепцію інтерпозиції клаптя при зашиванні сечостатевих нориць запропонував Martius (1928), використавши жировий клапоть статової губи [53].

Сечостатеві нориці характеризуються наявністю сполучення між органами сечової та статової систем. За даними О.Ф. Возіанова, О.В. Люлька [5, 8], близько 85% сечостатевих нориць виникає після гінекологічних операцій, 11% – після пологів, 4% – після опромінення. За даними клініки Mayo (США), серед 303 операцій з приводу сечостатевих нориць, проведених у 1970-1985 рр., 82% – виникли після гінекологічних операцій, 8% – в результаті акушерських втручань, 6% – після променевої терапії, 4% – внаслідок травми чи припікань. Слід зазначити, що 88% післяоператійних нориць – наслідки гістеректомії [48, 53]. У країнах, що розвиваються, у 90-95% випадків основною причиною утворення сечостатевих нориць (міхурово-піхкових та сечівниково-піхкових) є акушерська травма – обструктивні (затяжні) пологи. Внаслідок тривалого стиснення голівкою плода задньої стінки сечового міхура та уретри виникає ішемія та некротизація останніх. Рідше акушерська травма та утворення сечостатевих нориць може бути викликана хірургічними втручаннями (кесарів розтин чи гістеректомія) з пошкодженням сечового міхура та сечоводів.

В економічно розвинених країнах основною причиною утворення сечостатевих нориць є хірургічна травма під час гінекологічних (рідше акушерських) втручань [12, 13, 19, 27, 32, 34, 39, 40, 44, 46, 47, 51]. Більшість урологів та гінекологів відмічає, що сечостатеві нориці частіше виникають після видалення доброкісних пухлин матки, ніж злоякісних, після абдомінальних втручань, аніж після трансвагінальних [44]. В.І. Краснопольський, С.М. Буянова [21] зазначили зворотне: частота нориць після пологів (у т.ч. оперативним шляхом) в 2,5 разу вища, ніж після гінекологічних операцій. Автори пов'язують цей факт з підвищением частоти хірургічних втручань (кесаревого розтину) під час пологів та з інтраопераційною травмою сечового міхура і сечоводів. Вони не спостерігали жодного випадку утворення міхуро-піхвової нориці через тривале стояння голівки плода в одній площині зі стисненням задньої стінки сечового міхура та уретри, що свідчить про покращення ведення пологів протягом останніх років. О.Б. Лоран та співавт. [24] виявили, що серед 2400 осіб з міхуро-піхвовими норицями в 1698 (65,3%) випадках вони утворилися після гінекологічних операцій, 608 (23,4%) – після пологів та акушерських втручань, 108 (4,5%) – внаслідок побутової, виробничої та дорожньої травми, 47 (2,0%) – операцій на товстому кишечнику, 14 (0,6%) – в результаті резекції сечового міхура з приводу пухлини.

Вважається, що гістеректомія є основною причиною утворення сечостатевих нориць, причому трансабдомінальне видалення матки в 3 рази частіше, ніж трансвагінальне, супроводжується пошкодженням сечового міхура [53]. За даними сучасної літератури, частота утворення сечостатевих нориць (міхуро-піхвових, сечовідно-піхвових та сечівниково-піхвових) після акушерсько-гінекологічних операцій становить 0,05-1,0% [53], хоча деякі автори [6, 18, 22] наводять значно більші (до 4-6%) цифри.

Частота пошкодження сечового міхура під час абдомінальної гістеректомії становить 0,5-1,0%, а міхуро-піхвові нориці утворюються у 0,1-0,2% випадків, що пов'язують із прошиванням сечового міхура, нерозрізаною травмою під час операції та неправильним зашиванням пошкодження [53].

Іншими причинами утворення міхуро-піхвових нориць можуть бути: хірургічні втручання у ділянці таза (на прямій кишці, судинах), запальні та злоякісні процеси або опромінення тазових органів, сторонні тіла та сексуальна травма піхви. Міхуро-піхвові нориці також виникають після конізації цервікального канала, передньої кольпорафії, операцій з приводу стресового нетримання сечі (антистресові або антиінконтинентні операції), резекції шийки сечового міхура, після хірургічного лікування кишечника, рідше – при абсцесах таза, каменях сечового міхура, сторонніх тілах піхви та

песаріях, тазовій травмі. Опромінення матки з приводу раку її шийки призводить до утворення міхуро-піхвових нориць у 0,6-2,0% випадків [53]. Щорічно лише в Англії виконують 140-150 операцій фістулопластики з приводу міхуро-піхвових нориць [53].

Причини утворення міхуро-піхвових нориць [53]:

1. Травматичні:

a) післяхірургічні:

- абдомінальна гістеректомія;
- вагінальна гістеректомія;
- антиінконтинентна хірургія;
- передня кольпорафія з приводу пролапса;
- вагінальна біопсія;
- трансуретральна резекція (біопсія) сечового міхура, у т.ч. і лазерна;
- інша тазова хірургія (операції на тазових судинах, прямій кишці).

b) травма передньої стінки піхви (у т.ч. і сексуальна).

2. Променева терапія.

3. Поширені пухлини тазових органів.

4. Інфекційні захворювання тазових органів.

5. Сторонні тіла піхви (у т.ч. песарії).

6. Акушерські:

- обструктивні (затяжні, тривалі) пологи;
- накладання щипців;
- розрив матки;
- кесарів розтин із пошкодженням сечового міхура.

7. Вроджені нориці.

Частота ятрогенних пошкоджень сечоводів під час акушерсько-гінекологічних операцій за даними літератури сягає 0,5-2,5% [10, 14-16, 45]. Причини утворення сечовідно-піхвових (уретеро-вагінальних) нориць представлено нижче.

Етіологія уретеро-вагінальних нориць [53]:

Гінекологічні операції:

- абдомінальна гістеректомія;
- вагінальна гістеректомія;
- радикальна гістеректомія;
- кесарів розтин;
- передня кольпорафія.

Інші тазові хірургічні втручання:

- операції на судинах таза;
- урологічні операції, включаючи залонну кольпопексію та кольпосуспензію;
- операції на товстому кишечнику.

Інші причини:

- місцево розповсюджені пухлини;
- променева терапія;
- травма кісток таза;
- хронічні запальні хвороби: актиноміоз та ін.

Сечівниково-піхвові (уретро-вагінальні) нориці утворюються після операцій на передній стінці піхви, при видаленні дивертикула уретри та парауретральної кісти, пошкодженнях уретри інструментами, а також під час антистресових операцій [31, 50, 56].



Основною причиною утворення міхуроматкової нориці є кесарів розтин, значно рідше вона виникає після розриву матки через обструктивні пологи, при транспозиції в сечовий міхур внутрішньоматкового контрацептива (спіралі), емболізації маткової артерії, травматичній катетеризації сечового міхура [53].

Розділення сечостатевих нориць на травматичні та трофічні є умовним, оскільки при травмі сечового органа та його зашиванні виникають порушення живлення тканин в зоні швів [4, 21, 24]. Найбільш вдалою в практичному використанні є класифікація сечостатевих нориць Ю.В. Цвелея та С.Б. Петрова [33].

Класифікація сечостатевих нориць (Цвелея Ю.В., Петров С.Б., 2006):

За походженням:

- Акушерські.
- Гінекологічні.

За патогенетичним принципом:

- Травматичні.
- Трофічні.
- Онкологічні.

За локалізацією:

- Міхурові:

- міхуроматкові;
- міхуропіхвові;
- міхуропридаткові.

- Сечовідні:

- сечовіднопіхвові;
- сечовідноматкові.

- Сечівникові:

- сечівникопіхвові.

- Комбіновані.

- Складні.

Заслуговує на увагу також **класифікація О.Ф. Волкова і О.В. Люлька** [8]:

За етіологічним фактором:

- Вроджені.

- Набуті:

- акушерські (після пологів, акушерських операцій);
- гінекологічні;
- травматичні (транспортні, вогнепальні, побутові);
- онкологічні;
- променеві.

За локалізацією:

- Міхуропіхвові:

- розташовані вище міжсечовідної складки;
- розташовані нижче міжсечовідної складки.

- Міхуроматкові.

- Міхуропридаткові.

- Сечовіднопіхвові.

- Сечовідноматкові.

- Сечівникопіхвові;

- Міхуроматково-сечівникові.

- Комбіновані та складні нориці:

- міхуроматково-сечовіднопіхвові;
- міхуроматково-сечівникові.

За ступенем змін функції нирок та верхніх сечових шляхів:

- Без порушення роздільної та сумарної функції нирок.
- З ознаками однобічного уретерогідронефрозу та піелонефриту.
- З ознаками двобічного уретерогідронефрозу та латентної ниркової недостатності.
- Із вираженою нирковою недостатністю.

На рисунку 1 представлено сечостатеві нориці, які найчастіше зустрічаються у жінок.

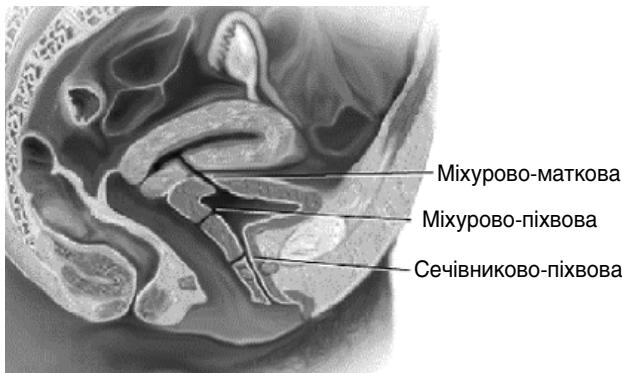


Рис. 1. Сечостатеві нориці у жінок [49]

W.G. Hurt розділяє сечостатеві нориці на прості (коли нориця з'єднує два органи) та комбіновані (три та більше органів); за етіологією – на гінекологічні, акушерські, онкологічні, променеві, інфекційні, травматичні та спонтанні (ідіопатичні). Складними, або ускладненими, міхуроматковими норицями називають рецидивні, післяпроменеві, з діаметром отвору > 3-5 см, а також онкологічні [46].

За даними О.С. Переверзєва [30], співвідношення частоти сечостатевих нориць є таким: міхуроматкові нориці становлять 56%, сечовіднопіхвові – 26%, сечовідноміхуроматкові – 7%, сечівниковопіхвові – 3%, міхуропіхвово-прямокишкові – 2%, міхуроматкові – 1%. У США частота міхуроматкових нориць в 5 разів вища, ніж сечовіднопіхвових [48].

Симптоматика

Основним симптомом захворювання є мимовільне виділення сечі – постійне нетримання її, характер та особливості якого залежать від розмірів, форми та локалізації нориці. Нетримання сечі відсутнє при міхуроматкових та міхуроматкових норицях з локалізацією в тілі матки. При міхуроматкових норицях з локалізацією в ділянці шийки матки жінки відмічають симптом постійного нетримання сечі, в ділянці тіла матки – циклічну меноурію або ж гематурію (синдром Youssef) [1, 21, 38].

Кількість виділеної сечі залежить від розмірів нориці: при невеликих дефектах сечовипускання природним шляхом може бути збереженим (часткове нетримання), при великих – вся сеча виділяється через піхву (повне нетримання). Якщо нориця має

звивистий хід, розташована в ділянці верхівки сечового міхура, то хворі можуть утримувати сечу у вертикальному положенні. При локалізації нориці в ділянці шийки сечового міхура вони утримують сечу тільки в горизонтальному положенні [8]. В останньому випадку лікар може вважати дану патологію як стресове нетримання сечі. У разі сечовідно-піхвової нориці жінка відмічає постійне виділення з піхви сечі при збереженні акту сечо-випускання. При сечівниково-піхвових норицях, які локалізуються дистально (в ділянці середньої та нижньої частини уретри), пацієнтки відмічають хибне нетримання сечі (гісевдоінkontиненцію) або виділення сечі з піхви після закінчення акту сечо-випускання та прийняття вертикального положення. Це пов'язано з потраплянням сечі у піхву через норицю під час сечо-випускання. Такі хворі виявляють також витончення струменя сечі через звуження уретри в ділянці нориці.

Міхурово-піхвові нориці внаслідок гістеректомії виникають через 1-3 тиж після операції, в результаті променевої терапії – через 2-12 міс [40, 47]. При трофічних норицях мають місце тривалі пологи чи акушерсько-гінекологічна операція в анамнезі, характерна наявність продромального періоду – часте та болюче сечо-випускання з імперативними позивами. В осіб з великими норицями мають місце запалення сечового міхура, піхви, гнійничкові ураження та мацерація шкіри стегон через хронічне подразнення сечею. При розташуванні нориці в ділянці вічка сечовода хворі відмічають симптоми порушення відтоку сечі з відповідної нирки у вигляді тупого болю, ознак загострення хронічного пілонефриту з гіпертермією.

Діагностика

У більшості випадків діагноз встановлюють при огляді піхви в дзеркалах. Виявляють локалізацію нориці, розміри, характер країв і слизової піхви та можливі лігатури після перенесених операцій (останні необхідно зразу ж видалити), а також виділення сечі з дефекту. Локалізація пошкодження на передній стінці піхви та знання топографо-анatomічних співвідношень нижніх сечовивідних шляхів із статевими органами допомагають встановити вид нориці: сечівниково-піхвова чи міхурово-піхвова (рис. 2). Сечівниково-піхвові нориці розташовані в дистальній третині піхви, сечовідно-піхвові та міхурово-піхвові – у проксимальній третині та склепінні (куксі) піхви.

Розміри нориці можуть бути різними: від крапкоподібних до повного дефекту міхурово-піхвової стінки з пролабуванням слизової сечового міхура та вічок сечоводів (рис. 3, 4). При бімануальному дослідженні визначають рухливість, болючість стінок піхви та сечового міхура, наявність можливих інфільтратів за ходом нориці.

Для підтвердження діагнозу деякі дослідники пропонують використовувати простий метод – введення металевих зондів через норицю і уретру



Рис. 2. Співвідношення нижніх сечовивідних шляхів із шийкою матки та піхвою при встановленні виду нориці [38]

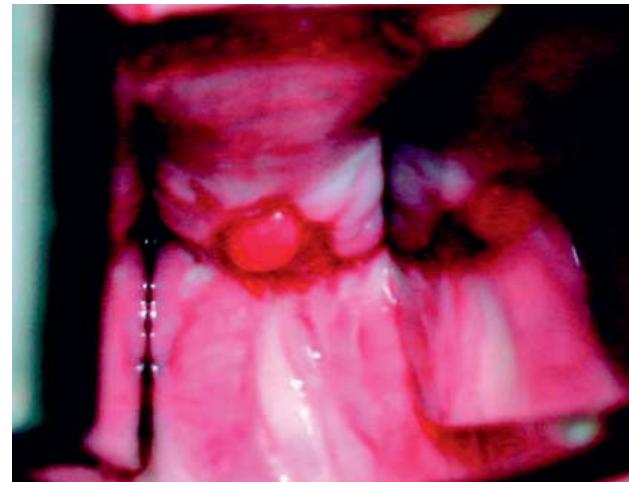


Рис. 3. Вагінальний огляд у дзеркалах: післягістеректомічна нориця з локалізацією в ділянці кукси піхви [53]

в сечовий міхур та їх співставлення для отримання характерного металевого звуку (відчуття) [7, 17]. Виявити норицю можна при наповненні сечово-го міхура забарвленим розчином (індигокармін, метиленовий синій) та подальшому спостереженні виділення його через пошкодження при огляді піхви у дзеркалах.

Для диференціальної діагностики сечовідно-піхвової, міхурово-піхвової нориці та стресового нетримання сечі застосовують тритампонний тест [6, 46]. Для цього піхву на всю її довжину тампонують трьома тампонами, а в сечовий міхур вводять забарвлений рідину. Хворій пропонують походити протягом



Рис. 4. Вагінальний огляд міхурово-піхвової нориці, яка утворилася після затяжних (тривалих) пологів
Відмічається втрата проксимальної уретри та шийки сечового міхура з пролабуванням його слизової та вічок сечоводів (закатетеризовані) у піхву [53]

10-15 хв. У випадку стресового нетримання сечі забарвленім буде найнижчий (третій) тампон. Якщо найвищий (перший) тампон буде забарвленім, діагностують міхурово-піхвову норицю, а якщо тільки мокрим – сечовідно-піхвову. Якщо індигокармін ввести внутрішньовенно та застосувати тритампонну пробу, то забарвлення у синій колір лише першого тамpons буде свідчити про наявність у пацієнтки сечовідно-піхвової нориці. Замість індигокарміну за кордоном використовують перорально piridium, який забарвлює сечу у жовтий колір [47]. Якщо за 10 год прийняти piridium, а в сечовий міхур ввести індигокармін, то при сечовідно-піхвовій нориці лише перший тампон буде мати жовтий колір, при міхурово-піхвовій – тільки другий (середній) матиме синій, а при комбінованій сечовідно-піхвовій та міхурово-піхвовій – перший тампон стане жовтим, другий – синім.

Екскреторну урографію застосовують при сечо-статевих норицях для виключення втягування вічок сечоводів у рубцевий процес з порушенням відтоку сечі з однієї чи обох нирок, що вимагає від хірурга не лише зашивання нориці, а й виконання уретеро-цистонеостомії (реімплантації сечовода). У разі сечовідно-піхвової нориці застосовують екскреторну урографію у бічній проекції, а також катетеризацію сечовода з ретроградною уретерографією (рис. 5-7). Дослідження в динаміці дає можливість виявити рубцованиння місця травми сечовода зі звуженням його просвіту, що проявляється посиленням уретерогідронефрозу та вимагає виконання спроби стентування сечовода чи нефростомії (черезшкірної пункційної чи відкритої хірургічної). Якщо у жінки через травму сечовода встановлена нефростома, то для виявлення сечовідно-піхвової нориці та місця пошкодження (по відношенню до сечового міхура) застосовують антеградну уретерографію (рис. 8). У ході дослідження (Возіанов О.Ф., 1991) порушення функції нирок та уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів виявили у 38,6% жінок з міху-



Рис. 5. Екскреторна урограма хворої з лівобічною сечовідно-піхвовою норицею

Відмічається розширення чашко-міскової системи та всього лівого сечовода до рівня нижньої третини [53]



Рис. 6. Екскреторна урограма в бічній проекції з нисхідною цистограмою хворої з лівобічною сечовідно-піхвовою норицею

Спостерігається потрапляння рентгеноконтрастної речовини з розширеного лівого сечовода в піхву [53]

рово-піхвовими та сечівниково-піхвовими норицями, а ниркову недостатність – у 19% [6]. За даними О.С. Переферезва [30], втягування одного вічка сечовода (частіше лівого) у рубцевий процес виникає у 16% пацієнтів, обох – у 9%, причому останній варіант частіше спостерігають в осіб із післяпроменевими норицями. Наявність уретерогідронефрозу та його моніторинг визначають також за даними ультразвукового дослідження.

Для діагностики міхурово-сечовідного рефлюксу (Кан Д.В., 1986) [17], (Возіанов О.Ф., Люлько О.В., 2001) [8] рекомендують виконувати вагінографію

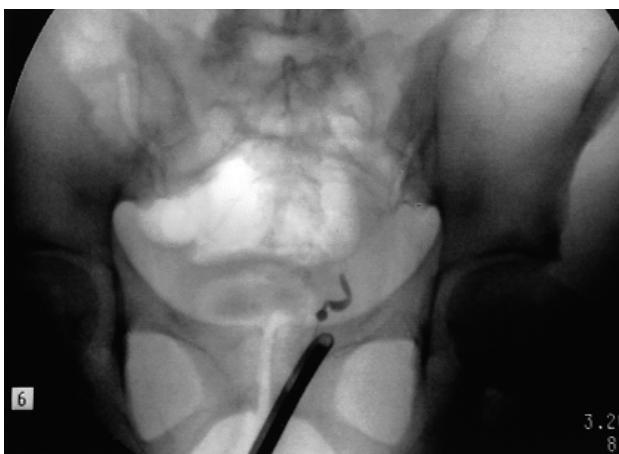


Рис. 7. Лівобічна ретроградна уретерограма хворої з лівобічною сечовідно-піхвовою норицею
У сечовий міхур введено катетеризаційний цистоскоп та у лівий сечовід – сечовідний катетрик – рентгеноконтрастна речовина заповнює лише нижню третину лівого сечовода та не потрапляє вище [53]

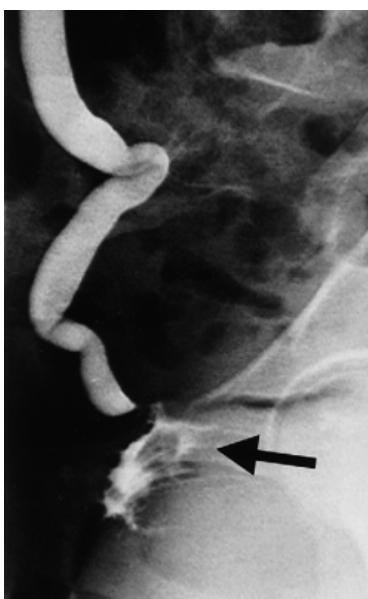


Рис. 8. Правобічна антеградна уретерограма

Рентгеноконтрастна речовина заповнює нижню третину розширеного правого сечовода та потрапляє у піхву (вказано стрілкою) [53]

шляхом введення в піхву катетера Фолея з великим об'ємом балончика та наповненням її 150-200 мл рентгеноконтрастної рідини. Остання щільно заповнює піхву, проникає в сечовий міхур, виповнюючи його і може потрапляти в сечоводи при порушенні вентильної функції вічок. За допомогою висхідної цистографії у прямій та бічній проекціях (рис. 9, 10) легко діагностують міхурово-піхвову норицю, а при виконанні мікційної цистоуретерографії у бічній проекції (рис. 11, 12) – сечівниково-піхвову чи міхурово-маткову.

Уретроцистоскопія має важливe значення для виявлення виду, локалізації та розмірів нориці, її відношення до вічок сечоводів, оцінки стану слизової міхура та наявності сторонніх тіл (лігатури, камені на них) (рис. 13-15). На думку О.Ф. Возіанова та співавт. [8], в усіх хворих із сечостатевими

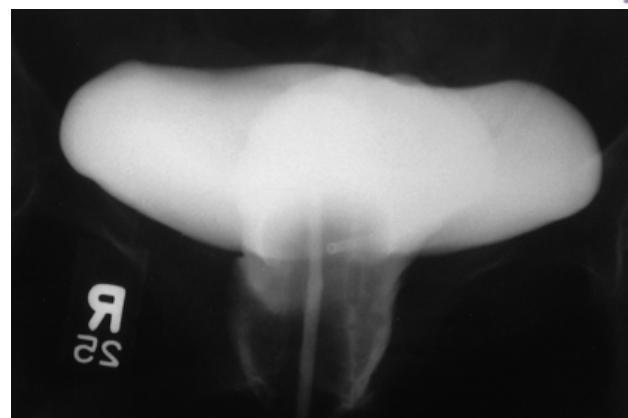


Рис. 9. Висхідна цистограма (пряма проекція, в уретрі знаходиться катетер) жінки з міхурово-піхвовою норицею
Відмічається потрапляння рентгеноконтрастної речовини із сечового міхура в піхву [53]

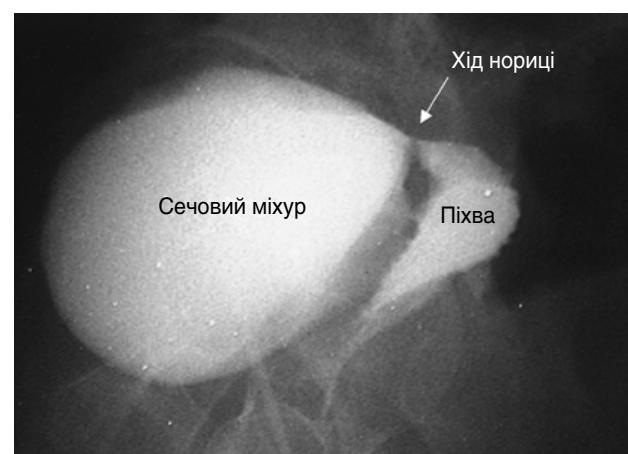


Рис. 10. Висхідна цистограма (бічна проекція) жінки з міхурово-піхвовою норицею
Спостерігається потрапляння рентгеноконтрастної речовини із сечового міхура в піхву через дефект (вказано стрілкою) [53]



Рис. 11. Мікційна цистограма у бічній проекції жінки із сечівниково-піхвовою норицею
Виявлено потрапляння рентгеноконтрастної речовини з уретри в піхву через дефект (вказано стрілкою) [53]

норицями необхідно виконувати уретроцистоскопію, оскільки часто проекція пошкодження на піхві та міхурі не співпадає. Для утримання розчину в сечовому міхурі виконують тампонування піхви різними способами – марлею, гумовим балоном. У жінок з міхурово-матковою норицею уретроцистоскопію виконують під час

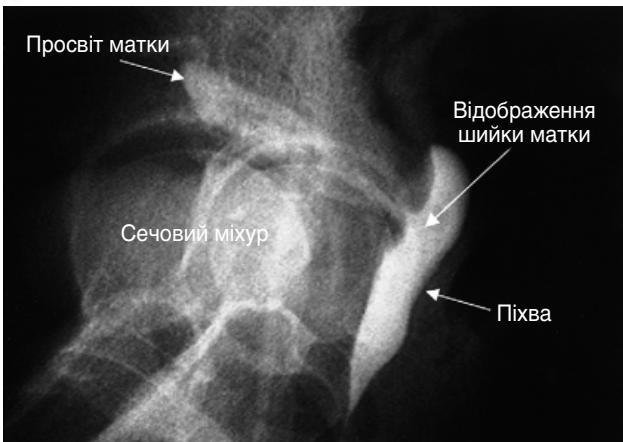


Рис. 12. Мікційна цистограма (після сечовипускання) у бічній проекції жінки з міхурово-матковою норицею
Відмічається потрапляння рентгеноконтрастної речовини із сечового міхура через дефект в матку, а через шийку матки в піхву [53]

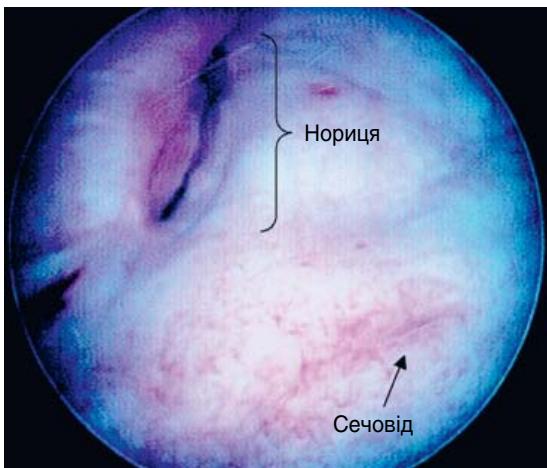


Рис. 15. Цистоскопічна картина у хворої з міхурово-матковою норицею, яка розташована на задній стінці сечового міхура
Стрілкою вказано вічко лівого сечовода [53]

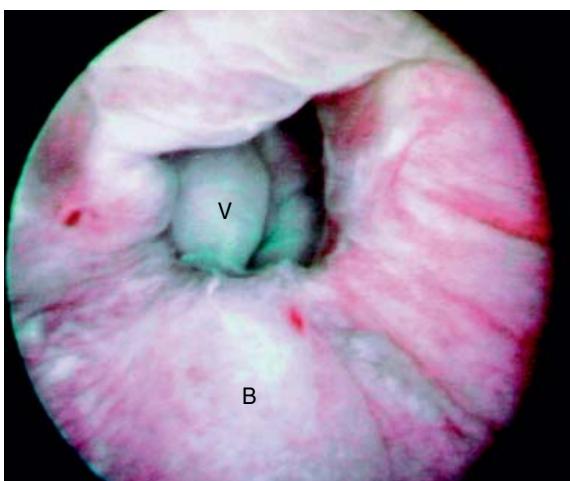


Рис. 13. Цистоскопічна картина міхурово-піхової норице: через отвір сечового міхура (В) видно слизову піхви (V) [53]

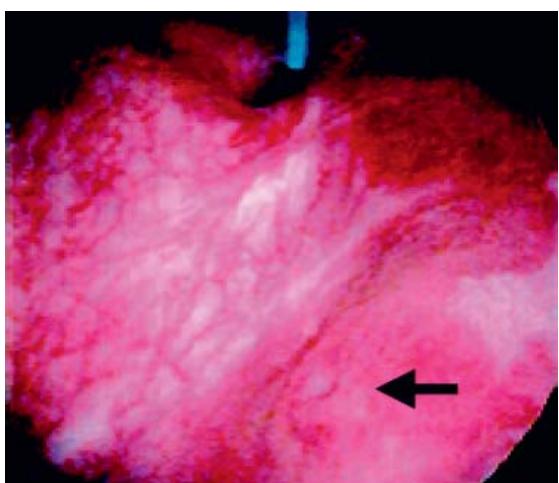


Рис. 14. Цистоскопічна картина у хворої з міхурово-піховою норицею

Стрілкою вказано вічко лівого сечовода, сечовідний катетерик заведений у норицю [53]

менструації: виявляють виділення крові з нориці в сечовий міхур. У таких хворих також застосовують метросальпінго- та пневмогістерографію [8].

Сучасні методи діагностики (комп'ютерна томографія з тримірним моделюванням та магнітно-резонансна томографія) дають змогу підтвердити чи встановити діагноз сечостатевої нориці (рис. 16, 17).



Рис. 16. Комп'ютерна томограма таза у бічній проекції з контрастуванням сечового міхура через катетер Фолея пацієнтки з міхурово-піховою норицею
Спостерігається потрапляння рентгеноконтрастної речовини через задню стінку сечового міхура у піхву [53]

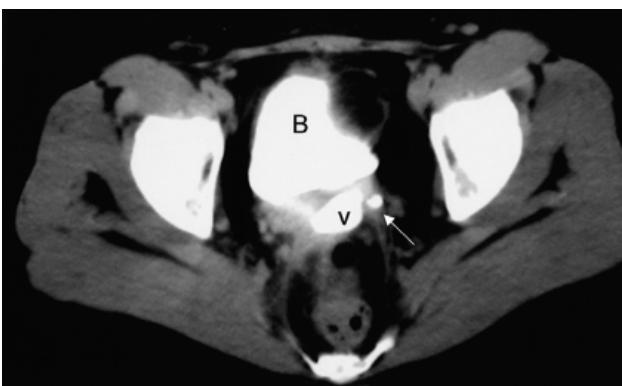


Рис. 17. Комп'ютерна томограма таза (поперечний зріз) з контрастуванням (екскреторна фаза) хворої з лівобічною сечовідно-піховою норицею [53]

Відмічається потрапляння рентгеноконтрастної речовини через

нижню третину лівого сечовода у піхву (вказано стрілкою).

B – сечовий міхур, V – піхва

Для діагностики сечовідно-піхвових нориць виконують катетеризацію сечовода та ретроградну уретеропіелографію (рис. 7). Зазвичай рубцеві зміни в сечоводі (стриктури та облітерації) локалізуються в нижній його третині. У зв'язку з пізніми зверненнями до уролога 5-20% осіб із сечовідно-піхвовими норицями підлягають нефректомії, а близько 60-70% з них стають інвалідами I-III групи [11]. Б.Н. Годунов та співавт. з 1980 по 1995 р. проводили дослідження за участю 300 жінок із сечовідно-піхвовими норицями, при цьому у 25 (8,3%) з них вони були двобічними [11]. Автори вважають, що пошкодження сечоводів під час акушерсько-гінекологічних операцій є наслідком недостатніх знань хірургів щодо топографо-анatomічних співвідношень сечостатевих органів, а передопераційне урологічне обстеження було виконано лише 14 (4,7%) жінкам, функція нирки на боці сечовідно-піхвової нориці не була порушена лише у 28 (9,3%) хворих.

Лікування

На думку більшості дослідників, консервативна терапія міхурово-піхвових нориць показана при невеликих (до 3 мм в діаметрі) розмірах та на ранніх строках їх виникнення. Сечовий міхур дренують катетером Фолея, у піхву вводять тампон із синтоміциновою емульсією, призначають ліжковий режим. Тривалість лікування – до 3-6 тиж [17, 33, 46]. У закордонних літературних джерелах описано випадки закриття нориці після електро-коагуляції та припалювання її у 10-50% пацієнтів [54, 60]. Інші автори відмічають самостійне заживання нориці лише у 2-3% таких хворих [8, 17]. На думку Д.В. Кана, якщо протягом 10-12 діб нориця не закривається, то від консервативної терапії необхідно відмовитись [17].

При сечовідно-піхвових норицях інколи вдається провести по сечоводу в нирку стент (зазвичай на 3-4 тиж) чи сечовідний катетрик та досягти закриття нориці [17, 20].

Відсутність запалення тканин навколо нориці є одним із важливих факторів успішного хірургічного лікування. Більшість урологів та гінекологів вважає, що оптимальними строками закриття післятравматичних сечостатевих нориць є 3-6 міс, післяпроменевих – 6-12 міс. Про нормальну епітелізацію в зоні нориці та можливість хірургічного втручання свідчать: відсутність кровоточивості, набряку і запальної реакції в ділянці дефекту; збережений колір епітелію; достатня рухливість тканини. У поодиноких випадках (до 24-48 год після утворення посттравматичної нориці) можливе хірургічне втручання з приводу закриття нориці у разі відсутності запальної реакції тканин, набряку, некрозу [33, 46, 53]. У зв'язку з фізичним та психологічним дискомфортом у жінки із сечостатевою норицею в літературі наведено багато випадків успішної фістулопластики (окрім післяпроменевих нориць) на ранніх строках (1-1,5 міс) [41, 43, 53].

Хірургічні принципи при зашиванні сечостатевих нориць [36, 47]:

- відсутність інфекції в сечових та статевих органах;
- попереднє видалення сторонніх тіл (лігатури, конкременти);
- адекватна експозиція операційного поля;
- наявність достатнього освітлення та відсмоктувача;
- обережна дисекція, анатомічне виділення (відсепарування) та мобілізація тканинних шарів органів у ділянці нориці;
- герметичне та пошарове закриття нориці за відсутності натягу тканин з використанням ввертаючих швів лігатурами, що розсмоктуються протягом тривалого часу (вікрил, дексон);
- ретельний гемостаз;
- у разі необхідності (складні нориці) рекомендовано використовувати гомологічні, добре васкуляризовані тканини (фіброзно-жировий клапоть з великої статевої губи, з очеревини, м'язово-шкіряний клапоть, сальник та ін.);
- адекватне дренування сечового міхура (при фістулопластиці міхурово-піхвових, сечівниково-піхвових та міхурово-маткових нориць) та сечовода (при фістулопластиці сечовідно-піхвових нориць);
- антибактеріальна терапія після операції для профілактики інфекційних та інших ускладнень.

О.С. Переверзев (2000) [30] виділяє такі фактори, що впливають на прогноз та кінцеві результати лікування міхурово-піхвових нориць, які зустрічаються значно частіше за інші:

- кількість та об'єм попередніх операцій;
- розміри нориці;
- відношення до вічок сечоводів;
- можливість адекватної мобілізації стінок піхви та сечового міхура;
- етіологія утворення нориці (акушерсько-гінекологічні операції з приводу доброкісних чи злойкісних пухлин, післяпроменеві);
- досвід хірурга.

Останній фактор, на нашу думку, є вирішальним при виборі хірургічного доступу фістулопластики міхурово-піхвових нориць.

Хірургічне лікування міхурово-піхвових нориць

При зашиванні міхурово-піхвових нориць застосовують черезпіхвовий (трансвагінальний), череззміхуровий, абдомінальний (трансперито-неальний) та комбінований доступи. Оскільки при абдомінальному доступі завжди розтинають сечовий міхур, окрім закордонні автори виділяють лише два принципових доступи – черезпіхвовий та абдомінальний. На нашу думку, це невірно, тому що більшість урологів [2, 3, 23, 26] відає перевагу череззміхуровому доступу без розкриття черевної порожнини. Комбіновані

доступи (фістулопластика з одночасним черезпіхвовим та черезміхуровим доступом або ж черезрепніховим та абдомінальним) застосовуються рідко. Натепер не існує найкращого доступу для зашивання міхурово-піхвової нориці [53]. Черезпіхвовий доступ є найбільш популярним навіть серед урологів [17, 24]. Він менш травматичний, застосовують його при норицях, що розташовані на значній відстані від вічок сечоводів та не в куксі піхви; достатніх розмірах піхви; ожирінні пацієнтки; за наявності супутнього пролапса тазових органів, який усувають черезпіхвовим доступом. Високі післягістеректомічні нориці є складними для зашивання черезпіхвовим доступом.

Переваги трансвагінального доступу при фістулопластиці післягістеректомічної міхурово-піхвової нориці [53]:

- відпадає необхідність лапаротомії та пов'язаної з нею морбідності;
- короткий період виконання фістулопластики;
- короткий післяопераційний ліжко-день;
- швидке одужання та повернення до звичної активності;
- мінімальний післяопераційний біль;
- мінімальна інтраопераційна кровотеча;
- відпадає необхідність широкого виділення сечового міхура, особливо у випадках попередніх абдомінальних тазових втручань;

- можлива супутня антиінkontinentna vagінальна хірургія та усунення пролапса тазових органів;
- при рецидиві нориці можливе повторне застосування трансвагінального доступу.

Черезміхуровий та абдомінальний доступи застосовують при складних (великих, рецидивних та післяпроменевих), розташованих поряд із вічком сечовода та комбінованих (сечовіднопіхвових та міхурово-піхвових) норицях; малих розмірах сечового міхура, що вимагає виконання аугментаційної цистопластики (збільшення розмірів сечового міхура стінкою кишki); для одночасного усунення інтраабдомінальної патології. Відмінності та особливості різних доступів при хірургічному лікуванні міхурово-піхвових нориць представлена в таблиці.

При фістулопластиці черезпіхвовим доступом при близькому розташуванні нориці до вічок сечоводів перед операцією вводять сечовідні катетрики в сечоводи до ниркової миски за допомогою катетеризаційного (операційного) цистоскопа. Це дає змогу профілактувати їх пошкодження при зашиванні нориці. При фістулопластиці черезрепніховим доступом одні фахівці [22, 52, 53] рекомендують зшивати стінку сечового міхура в поперечному напрямку, інші [17, 24, 35] – у поздовжньому. Багатошарова фістулопластика з лінією швів, що знаходиться не в одній площині,

Таблиця. Відмінності та особливості абдомінального та трансвагінального доступів при зашиванні міхурово-піхвової нориці [53]

Порівняльна ознака	Абдомінальний	Трансвагінальний
Термін фістулопластики після утворення нориці	Протягом 3-6 міс	Може бути виконана одночасно з утворенням нориці за відсутності інфекції та інших ускладнень
Операційне поле	Нориці, що розташовані в ділянці трикутника Льєто чи шийки сечового міхура, важкодоступні для фістулопластики	Нориці, що розташовані високо (в ділянці кукси піхви), важкодоступні для фістулопластики
Розташування сечоводів по відношенню до нориці	Нориці, що знаходяться поряд із вічком сечовода, вимагають виконання реімплантациї сечовода	Нориці, що знаходяться поряд із вічком сечовода, не вимагають виконання реімплантациї сечовода
Сексуальна дисфункція	Немає зміни довжини піхви після фістулопластики	Ризик зменшення довжини піхви у разі операції за Latzko
Використання (інтерпозиція) клаптя при виконанні фістулопластики	Сальник, очеревина, клапоть прямих м'язів живота	Жировий клапоть статової губи (операція за Martius), очеревина, шкіра сідниці чи m. gracilis
Супутні показання	Велика нориця, що розташована високо у звуженій піхві; післяпроменеві нориці; рецидив нориці після трансвагінальної фістулопластики; невеликі розміри міхура, які вимагають його аугментації; необхідність реімплантациї сечовода (-iv); неможливість знаходження пацієнтки у положенні Тренделенбурга (анкілоз кульшових суглобів)	Неускладнені низько розташовані нориці



на думку всіх авторів, сприяє найкращому результату операції. Техніка фістулопластики міхурово-піхвової нориці за Ф. Хінман [35, 55] представлена на рисунках 18-22.

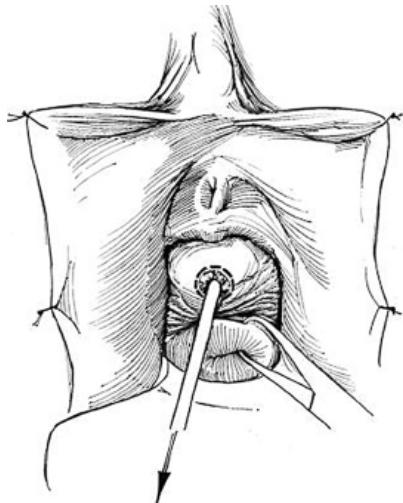


Рис. 18. У гінекологічному положенні пацієнтки через нориці в сечовий міхур вводять катетер Фолея (№ 8Ch)

За його допомогою виконують тракцію нориці, куксу піхви підтягують щипцями з метою кращої мобілізації нориці та розщеплення тканин навколо неї [35, 55]

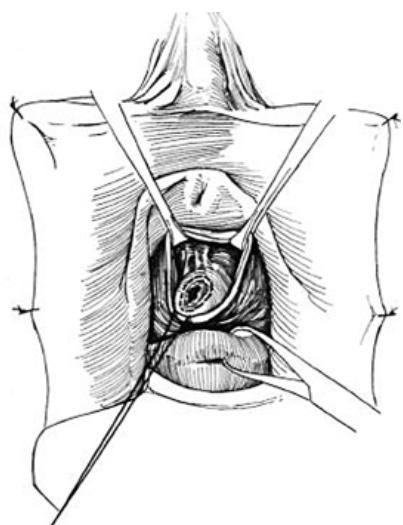


Рис. 19. Розщеплення тканин навколо нориці без висічення норицевого ходу [35, 55]

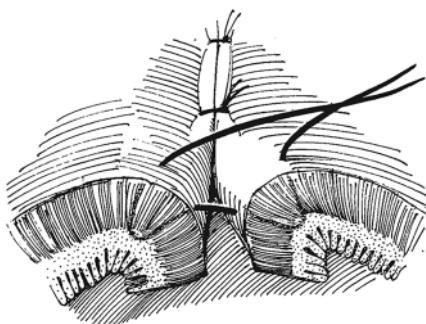


Рис. 20. Техніка накладання швів, що ввертаються (без захоплення слизової), за Lembert, які застосовують в абдомінальній хірургії та при зашиванні сечостатевих нориць [35, 55]

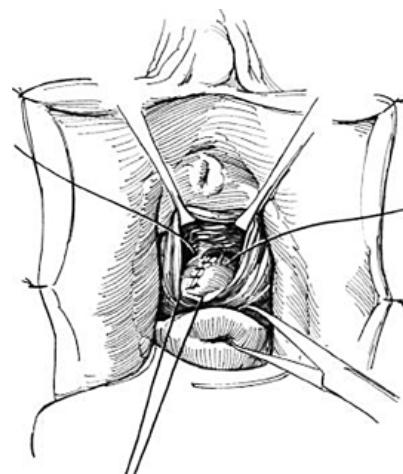


Рис. 21. Зашивання стінки сечового міхура лігатурами, що розсмоктуються протягом тривалого часу (похромований кетгут чи вікріл 3-0), за Lembert у поздовжньому напрямку (при цьому слизова міхура ввертається в його просвіт) [35, 55]

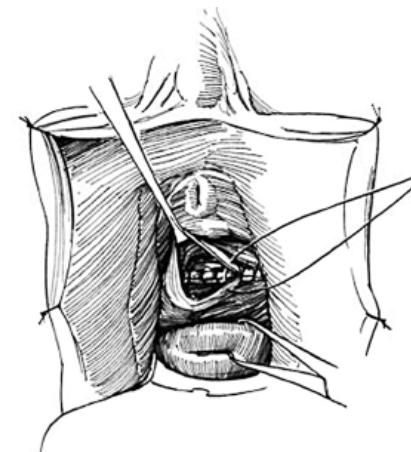


Рис. 22. Накладання другого (в глибині рани) ряду швів (лобково-шийкова, або паравезикальна, фасція) у поперечному напрямку та зашивання слизової передньої стінки піхви (третій ряд швів) [35, 55]

Техніка фістулопластики міхурово-піхвової нориці за K. Ganabathi et al. [53] представлена на рисунку 23.

V. Nitti [52] при фістулопластиці через піхвовим доступом рекомендує застосовувати J-подібний розріз слизової піхви у разі високого (в ділянці кукси піхви) (рис. 24) та у вигляді перевернутої букви J – низького розташування нориці (рис. 25). Зашивання стінки сечового міхура та лобково-шийкової фасції проводять у поперечно-му напрямку (рис. 26-28).

У 1942 р. W. Latzko запропонував просту операцію часткового кольпоклізису при зашиванні високо розташованих міхурово-піхвових нориць. Після висічення слизової навколо нориці виконують зашивання (зшивання) передньої та задньої стінок піхви (без зашивання дефекту), тим самим штучно зменшують довжину органу. О.Б. Лоран та співавт. використали дану методику у 174 хворих із післяпроменевими міхурово-піхвовими норицями і отримали 81% видужання [24].

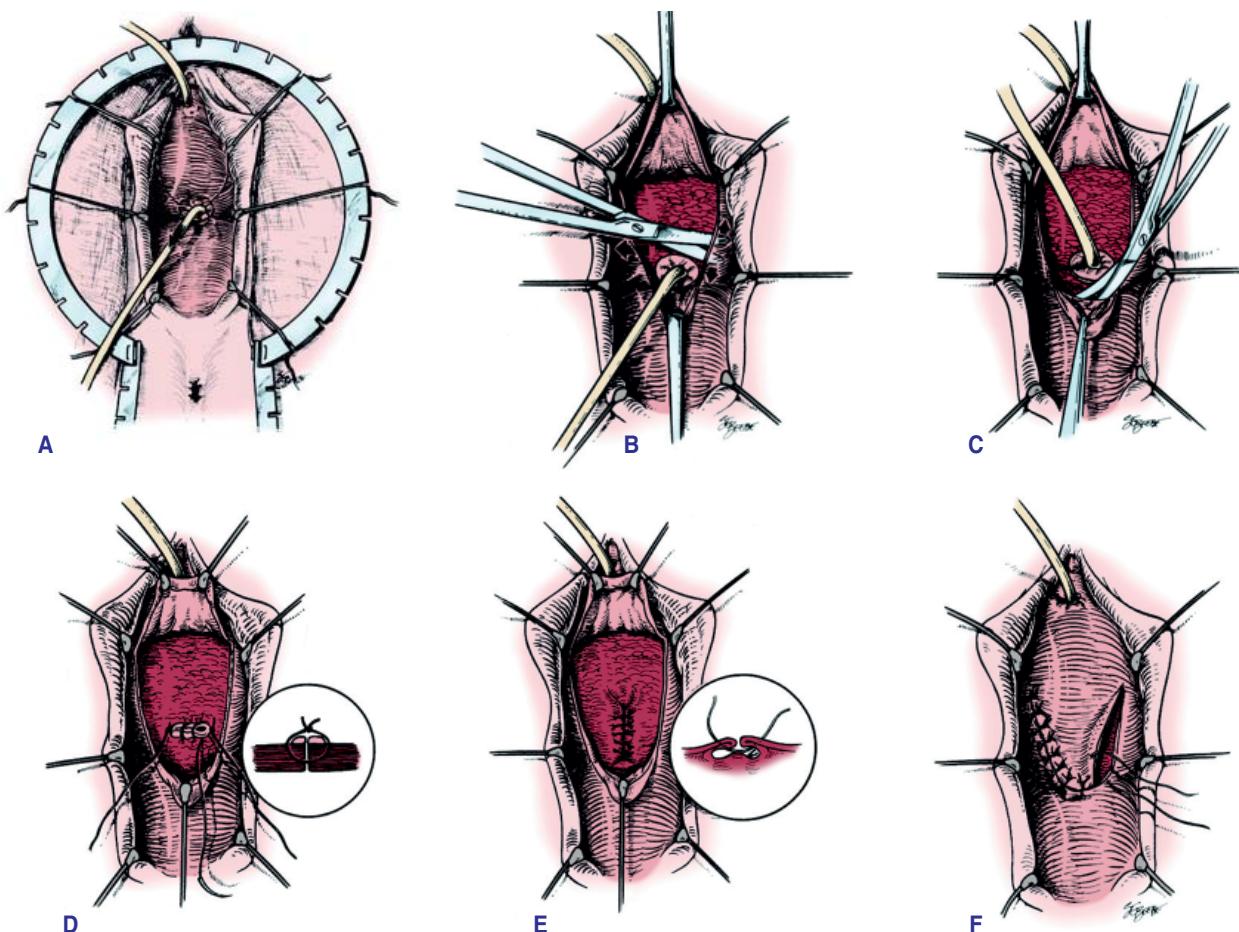


Рис. 23. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці за K. Ganabathi et al. [53]

А – через норицю в сечовий міхур вводять катетер Фолея (№ 8Ch); В – мобілізація U-подібного клаптя слизової передньої стінки піхви; С – виділення нориці без висічення її країв; Д – зашивання стінки сечового міхура (без захоплення слизової) окремими лігатурами, що розсмоктуються протягом тривалого часу (вікріл або дексон 3-0, 4-0), за Lembert у поперечному напрямку; Е – накладання швів за Lembert (вікріл або дексон 2-0, 3-0) на лобково-шийкову (паравезикальну) фасцію у повздовжньому напрямку та перпендикулярно до лінії первого ряду швів; Ф – зашивання клаптя слизової передньої стінки піхви окремими (вікріловими або дексоновими) швами

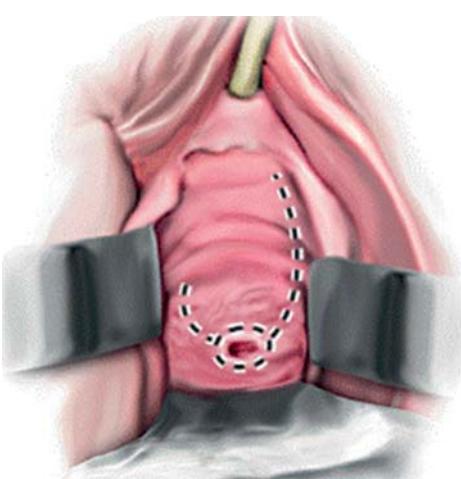


Рис. 24. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці черезрівновим доступом за V. Nitti [52] – J-подібний розріз слизової піхви у разі високого (в ділянці кукси піхви) розташування нориці

Етапи фістулопластики міхурово-піхвової нориці за Latzko представлені нижче (рис. 29). Автори українських діючих протоколів надання медичної допомоги (розділ «Міхурово-

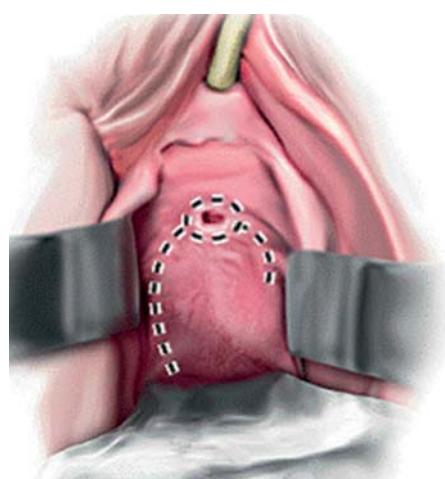


Рис. 25. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці черезрівновим доступом за V. Nitti – розріз слизової піхви у вигляді перевернутого букви J при низькому розташуванні нориці

вагінальна нориця») [9] рекомендують зашити слизову піхви кетгутом, проте закордонні спеціалісти вважають доцільним використовувати вікріл або дексон (3-0, 4-0).

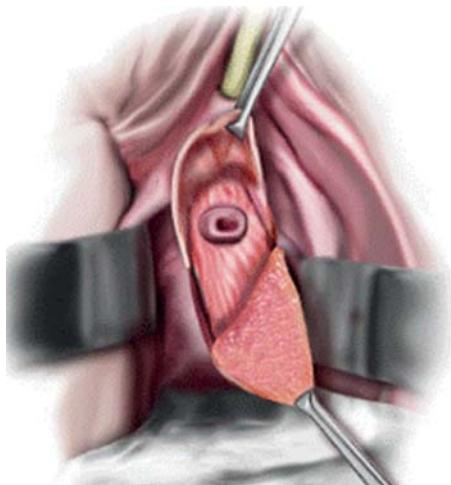


Рис. 26. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці через піхвовим доступом за V. Nitti – мобілізація слизової піхви та нориці

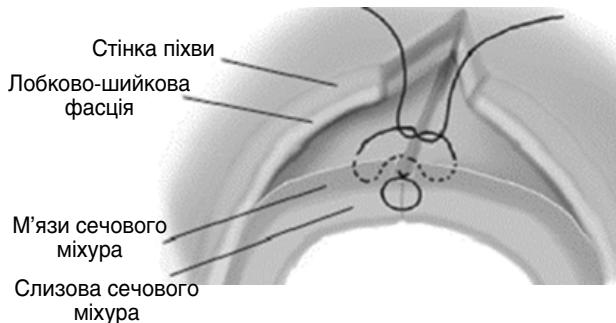


Рис. 27. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці через піхвовим доступом за V. Nitti – техніка багатошарового зашивання нориці

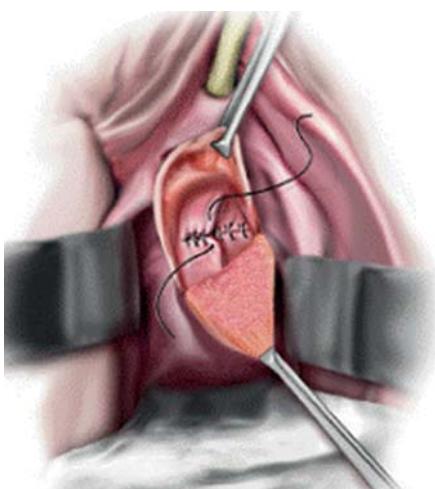


Рис. 28. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці через піхвовим доступом за V. Nitti – поперечне зашивання стінки сечового міхура та лобково-шийкової фасції

При складних (рецидивных, великого диаметра та писляпроменевых) міхурово-піхвовых норицях під час фістулопластики застосовують інтерпозицію тканин між лінією швів. При низько розташованих норицях використовують багатоваскуляризований жировий клапоть із великої статевої губи

(бульбокавернозний жировий клапоть) за Martius (рис. 57), а при високорозташованих – клапоть очеревини (рис. 30).

В українській медичній літературі представлено результати хірургічного лікування міхурово-піхвових нориць із використанням багатокомпонентного біологічного ранового покриття «Тахоком» між лінією швів [23].

Черезпіхвовий доступ протипоказаний при виражених рубцевих змінах та деформації піхви, а також анклозі кульшових суглобів. У таких випадках застосовують черезміхурний або ж абдомінальний (трансперitoneальний) доступ. О.Ф. Возіанов та співавт. вважають, що при зашиванні більшості міхурово-піхвових нориць, особливо рецидивних, доцільно застосовувати черезміхурний доступ [6]. Протипоказаннями до черезміхурового доступу є мала ємність сечового міхура (застосовують абдомінальний доступ з аугментацією сечового міхура стінкою кишки), рубцеві зміни в навколо міхуровому просторі, ожиріння. При виконанні пластики міхурово-піхвової нориці через піхвовим доступом необхідно підняти передню стінку піхви догори, що дає змогу краще виконати розщеплення тканин сечового міхура та піхви навколо нориці. Для цього застосовують різні ретрактори, вводять в піхву металеву кульку, використовують утримувачі та довгий затискач з марлевою серветкою (рис. 32).

На думку П.І. Пивоварова та співавт. [26], для покращення розщеплення стінок сечового міхура та піхви слід використовувати конусоподібні чашки (рибалські дзвіночки) з різними кутами скосу в залежності від розміру нориці (рис. 37).

Для неспівпадання лінії швів рану піхви зазвичай зшивають у поперечному напрямку (вікріл або дексон 2-0, 3-0), а рану сечового міхура – у повздовжньому з використанням матрацних (вертикальних П-подібних швів за Донаті, вікріл або дексон 3-0) (рис. 40). Операцію завершують епіцистостомією. О.С. Переверзєв не вважає обов'язковим виконувати повздовжньо-поперечний перехрест швів, а наголошує на тому, що шви повинні бути накладені без натягу та забезпечувати герметичність анастомозу [30].

Техніка фістулопластики через міхуром доступом представлена на рисунках 31-35.

Протягом останніх 20 років ми застосовуємо лише черезміхуромий доступ при фістулопластиці міхурово-піхвової нориці за П.І. Пивоваровим [26] з використанням риболовецького дзвоника. Останній фіксуємо до металевого дроту, який виводимо через норицю в міхур, а риболовецький дзвоник вводимо у піхву. Тракція дзвонника за дріт сприяє підняттю передньої стінки піхви та покращенню розшарування стінок двох органів. У залежності від діаметра нориці використовуємо дзвоники з різним кутом скосу. Обов'язково перед фістулопластикою проводимо катетеризацію вічок обох сечоводів з метою профілактики

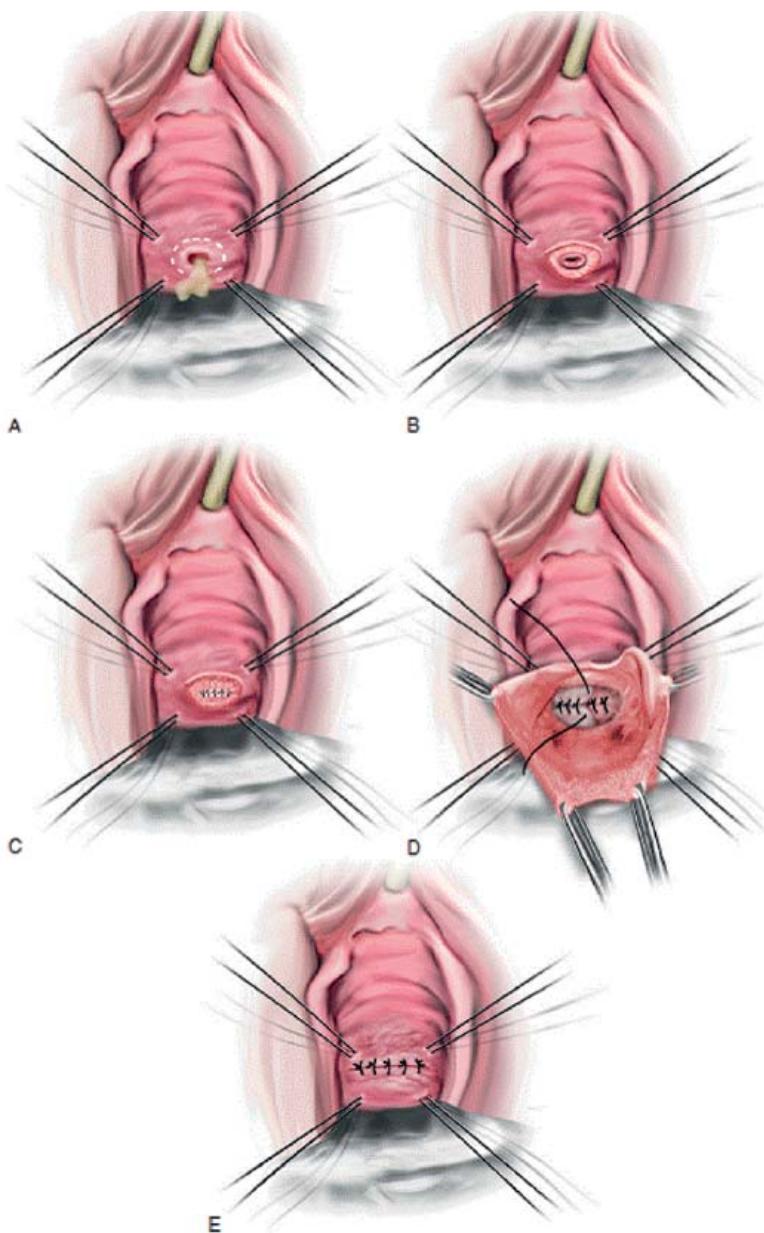


Рис. 29. Етапи фістулопластики міхурово-піхвової нориці за Latzko [1, 38]

А – еліпсоподібний розріз слизової піхви навколо нориці; В – висічення слизової піхви навколо нориці; С – перший ряд поперечних швів на передню та задню стінки піхви; Д – другий ряд поперечних швів на передню та задню стінки піхви; Е – накладання швів на слизову піхви



Рис. 30. Фістулопластика складної міхурово-піхвової післягістеректомічної нориці через піхвовим доступом із використанням клаптя очеревини [53]

А – сагітальний кінцевий вигляд операції з інтерпозицією клаптя очеревини між лінією швів; В – клапоть очеревини, фіксований до лобково-шиякової фасції перед зашиванням слизової піхви

пошкодження (прошивання) останніх та вводимо у сечовий міхур надлобковий дренаж на 2-3 тиж. Техніка операції представлена нижче (рис. 36-41).

Абдомінальний доступ показаний:

- у разі коли потрібно відкривати черевну порожнину для виконання супутніх симультанних операцій;
- при складних норицях;
- при втягуванні в рубцевий процес сечоводів та необхідності їх реімплантації;
- при комбінованих норицях.

Абдомінальний доступ детально описав та популяризував O'Conor et al. (1951, 1973) [53]. При абдомінальному доступі з метою герметизації зашитої нориці використовують клапоть очеревини або ж сальник (рис. 44). О.Ф. Возіанов та співавт. (1991) застосували черезміхурний доступ у 52,3% хворих, черезпіхвовий – у 36,6%, абдомінальний – у 7,1% та комбінований – у 4% пацієнтів [6]. Техніка операції фістулопластики міхурово-піхвової нориці абдомінальним доступом представлена на рисунках 42-47.

Успіх фістулопластики простих міхурово-піхвових нориць, за даними літератури, досягає 90-100% [53].

Ми проаналізували результати хірургічного лікування

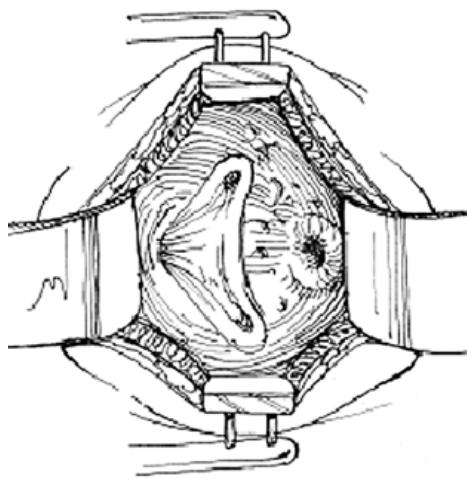


Рис. 31. Поперечним чи повздовжнім надлобковим доступом виділяють та розтинають передню стінку сечового міхура

На задній стінці сечового міхура розташована міхурово-піхвова нориця [35, 55]

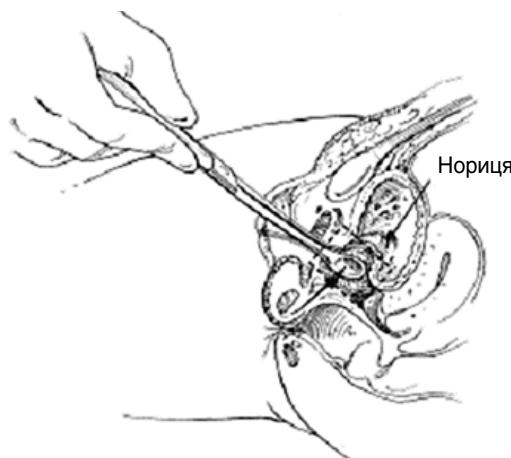


Рис. 32. Тракція нориці у бік сечового міхура за допомогою затискача з марлевою кулькою [35, 55]

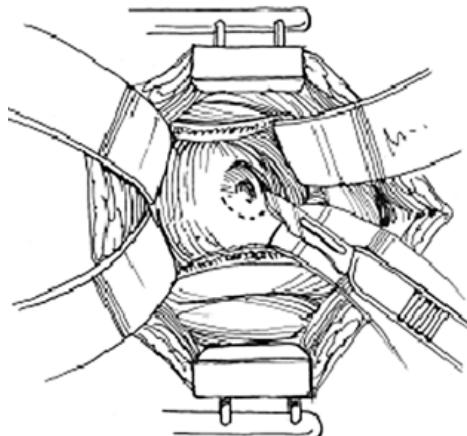


Рис. 33. Розсічення слизової сечового міхура навколо нориці [35, 55]

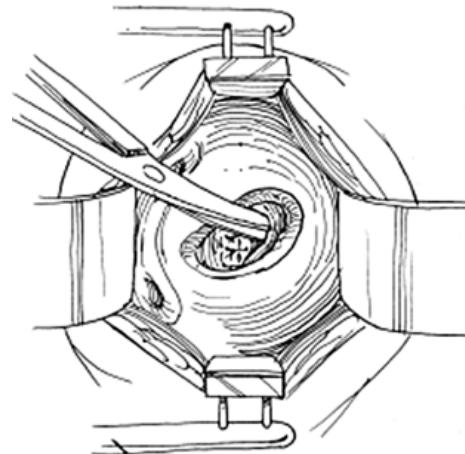


Рис. 34. Розщеплення стінок сечового міхура та піхви навколо нориці і зашивання стінки піхви (у глибині рани видно поперечно накладені шви) [35, 55]

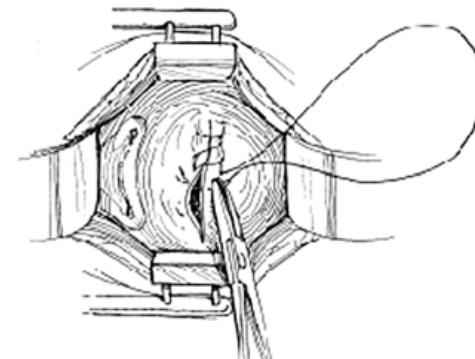


Рис. 35. Зашивання слизової сечового міхура у поперечному напрямку

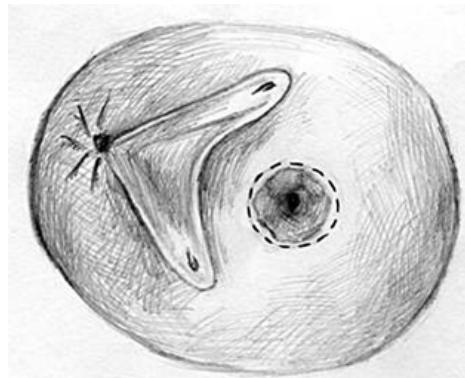


Рис. 36. Циркулярне розсічення слизової сечового міхура в ділянці нориці



Рис. 37. Риболовецький дзвоник із фіксованим до нього металевим дротом

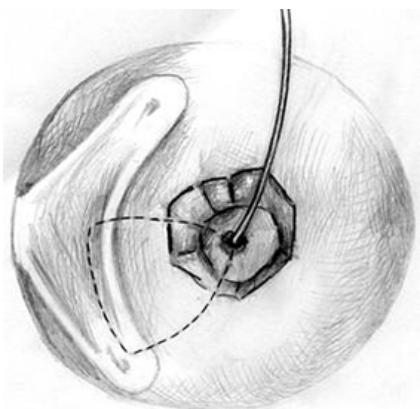


Рис. 38. Використання риболовецького дзвоника, розташованого у піхві, для підняття її передньої стінки в рану та покращення розщеплення з сечовим міхуром впродовж 1-1,5 см навколо нориці

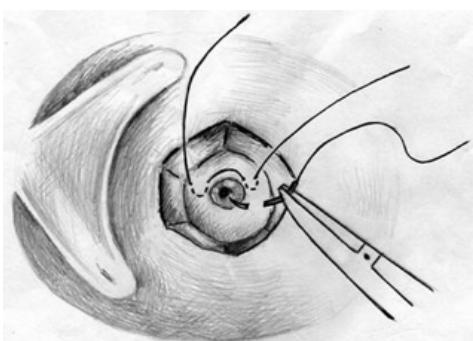


Рис. 39. Зашивання стінки піхви ввертаючими швами (вікріл або дексон 3-0, 2-0) за Lembert у поперечному напрямку без захоплення слизової

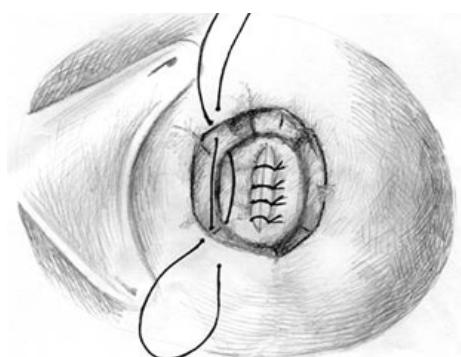


Рис. 40. Зашивання стінки сечового міхура матрацними швами (вікріл або дексон 3-0) у повздовжньому напрямку

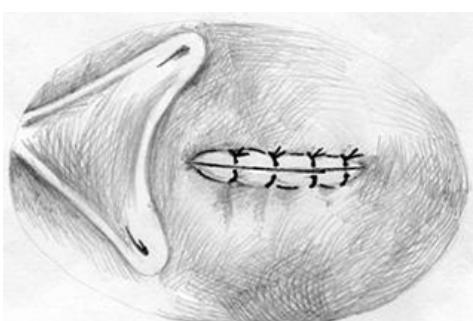


Рис. 41. Кінцевий вигляд через міхурову фістулопластику міхурово-піхвової нориці



Рис. 42. Повздовжній надлобковий доступ при абдомінальній фістулопластиці міхурово-піхвової нориці [35, 55]

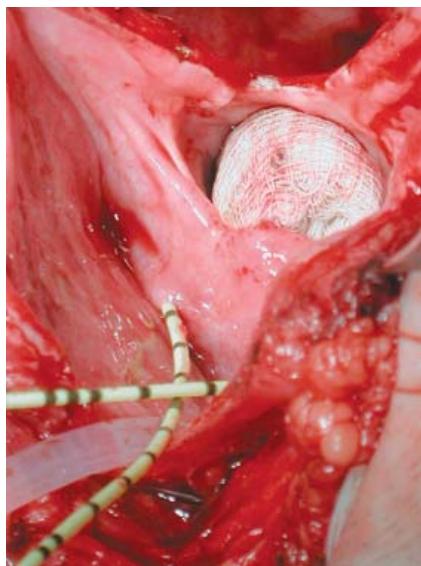


Рис. 43. Вигляд рани сечового міхура та великої міхурово-піхвової нориці (у ній знаходиться тампон) при абдомінальній фістулопластиці [53]

66 міхурово-піхвових нориць протягом останніх 20 років: 58 (87,9%) з них утворилися після гінекологічних операцій, 8 (12,1%) — після акушерських. Лише одна нориця була складною (після-променева) зі звуженням нижньої третини обох сечоводів; окрім фістулопластики хворій виконали пересадку обох сечоводів. Усі жінки були оперовані через міхуровим доступом. Рецидив нориці після фістулопластики відмітили у двох (3,0%) жінок — одній з них успішно виконали повторну фістулопластику, інша (з після-променевою норицею) відмовилась від повторної операції. Застосування риболовецьких дзвоників з різними кутами скосу сприяло кращому відділенню нориці, розщепленню тканин піхви та сечового міхура, а також накладанню швів без натягу.

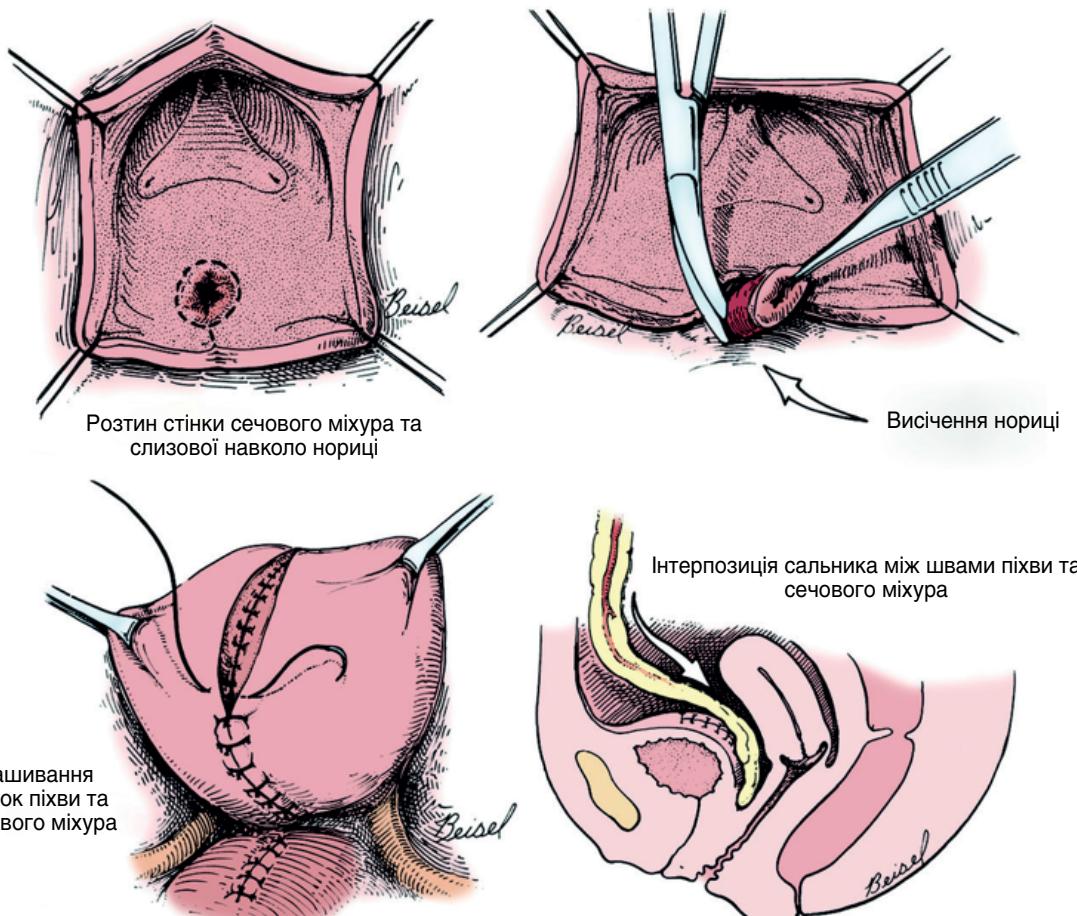


Рис. 44. Фістулопластика міхурово-піхвової нориці абдомінальним доступом [53]

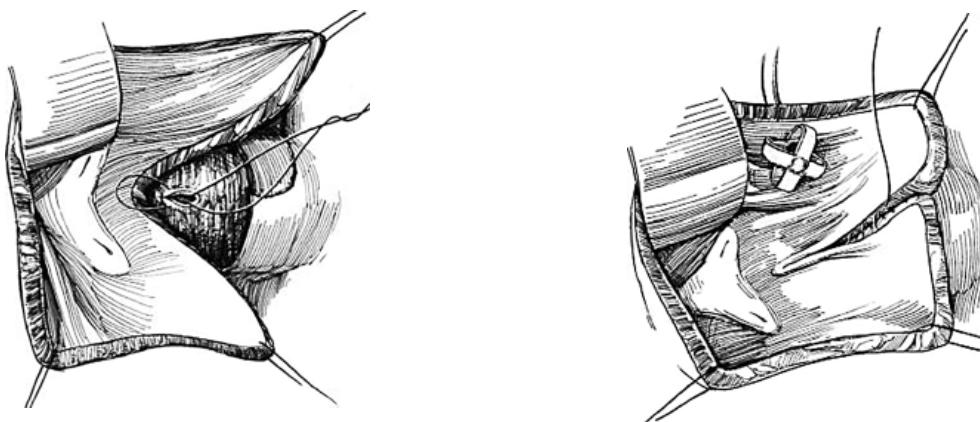


Рис. 45. Зашивання передньої стінки піхви швами з розташуванням вузлів на слизовій (у просвіті) піхви [35, 55]

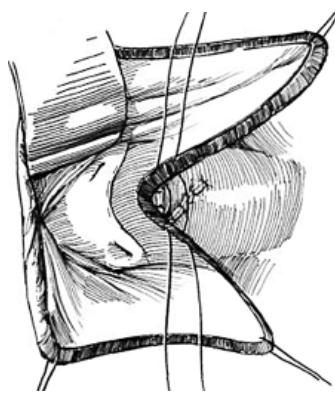


Рис. 46. Накладання швів на стінку сечового міхура [35, 55]

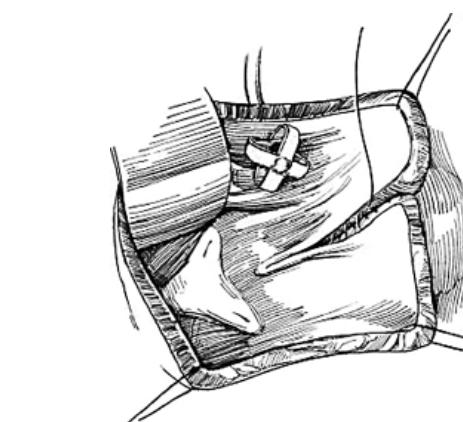


Рис. 47. Накладання другого ряду швів на стінку сечового міхура та дренування сечового міхура катетером Малеко [35, 55]

Хірургичне лікування сечовідно-піхвових нориць

Реконструктивно-пластичні операції при сечово-піхвових норицях виконують трансперито-неальним, екстраперитонеальним або комбінованим доступами. Б.Н. Годунов та співавт. (1997) перший доступ використали у 193, другий – у 73 осіб із сечівниково-піхвовими норицями [11]. У зв’язку з низьким розташуванням нориці в сечоводі (зазвичай у нижній третині) та втягуванням останнього у рубцевий процес проводять реімплантацию сечовода. Застосовують

уретероцистонеоанастомоз за Politano – Leadbetter при звуженні нижньої третини сечовода вздовж 4-5 см (рис. 48-51). Якщо рубцеве звуження сечовода має довжину до 6-10 см уретероцистонеоанастомоз поєднують із psoas-hitch пластикою сечового міхура (рис. 52), якщо рубцованиння простягається на 10-15 см, виконують операцію за Боарі [25, 28-30, 36, 45] (рис. 53-55). Поєднання операції за Боарі із psoas-hitch пластикою сечово-го міхура дає можливість усунути дефект сечовода до 12-16 см [42, 47, 59].

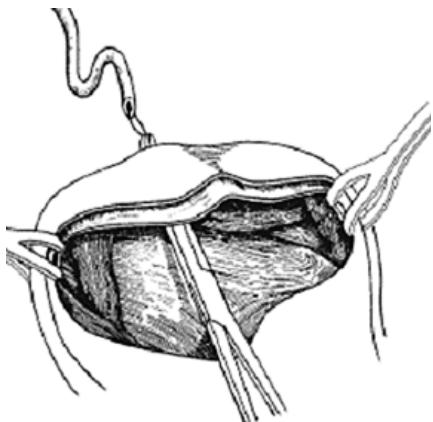


Рис. 48. Уретероцистонеоанастомоз за Politano – Leadbetter – проведення термінального відділу правого сечовода в порожнину сечового міхура за допомогою затискача [49]

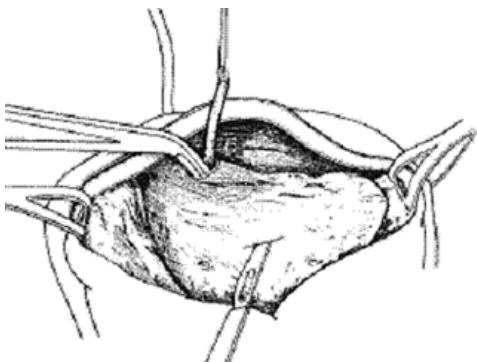


Рис. 49. Уретероцистонеоанастомоз за Politano – Leadbetter – виконання підслизового тунелю в сечовому міхури [49]

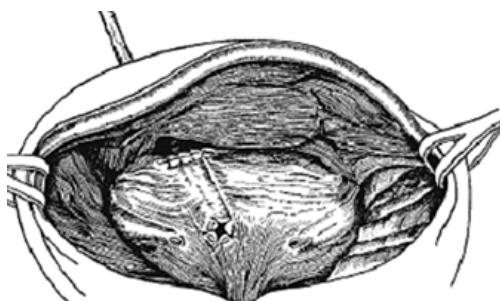


Рис. 50. Уретероцистонеоанастомоз за Politano – Leadbetter – кінцевий вигляд реімплантациї правого сечовода [49]

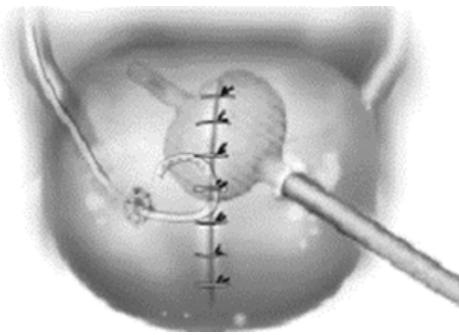


Рис. 51. Уретероцистонеоанастомоз за Politano – Leadbetter – правий сечовід дренований стентом, а сечовий міхур – надлобковим дренажем (катетер Фолея) [1, 38]

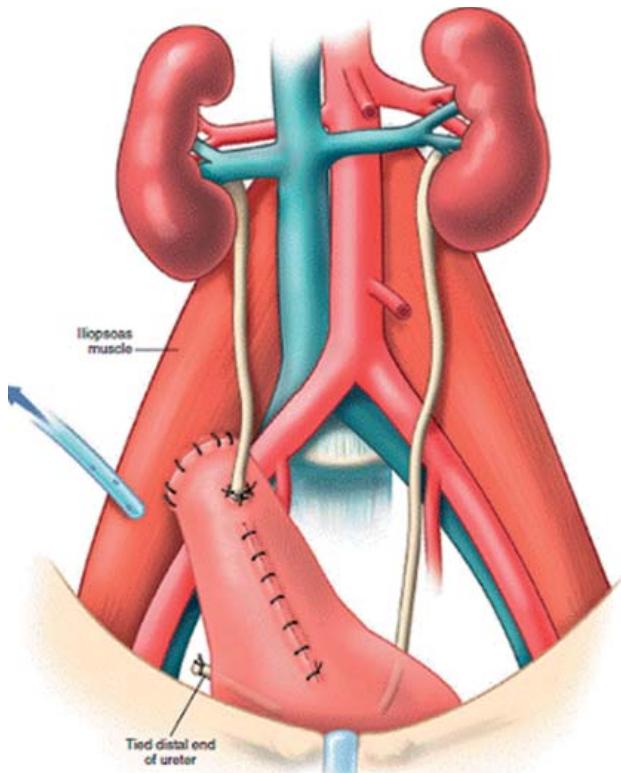


Рис. 52. Правобічний уретероцистонеоанастомоз із psoas-hitch пластикою сечового міхура [49]

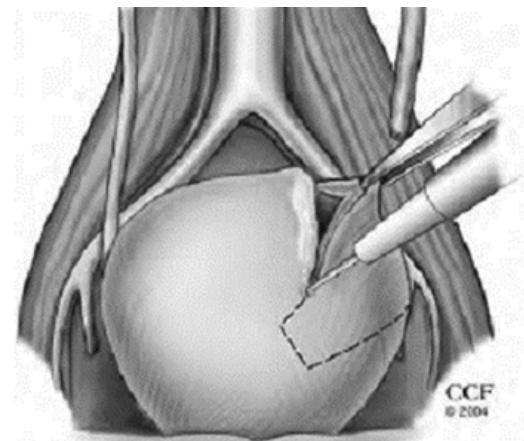


Рис. 53. Поєднання операції за Боарі з psoas-hitch пластикою сечового міхура – мобілізація клаптя з передньо-бічної стінки сечового міхура для відновлення дефекту лівого сечовода [49]

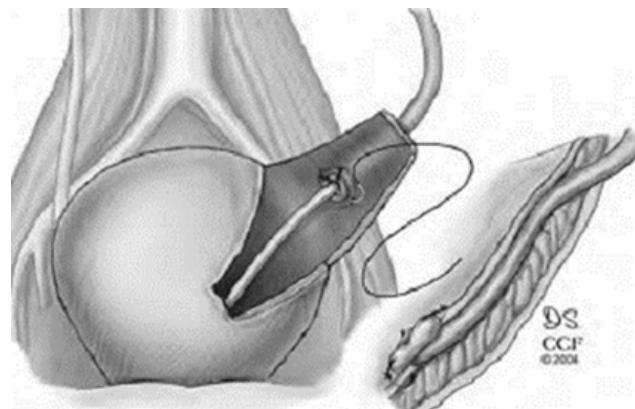


Рис. 54. Поєднання операції за Боарі з psoas-hitch пластикою – у клапоть із передньо-бічної стінки сечового міхура реімплантовано лівий сечовід із застосуванням підслизового тунелю [49]

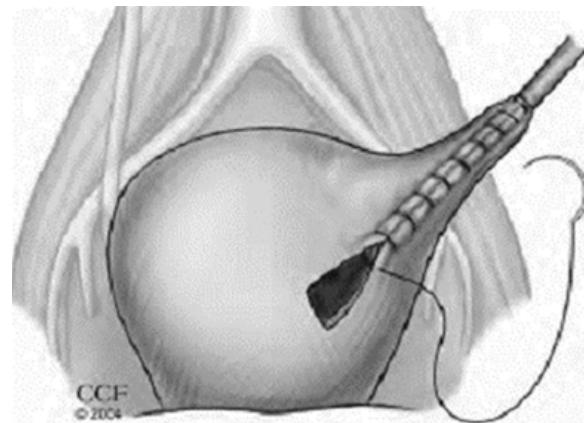


Рис. 55. Поєднання операції за Боарі з psoas-hitch пластикою – зашивання сечового міхура [49]

Через сечовідно-піхвову норицю успішну реімплантацію нижньої третини сечовода ми виконали шести жінкам, з них у двох випадках використали psoas-hitch пластику сечового міхура.

Хірургічне лікування сечівниково-піхвових нориць

За даними дослідження О.Ф. Возіанова та співавт. (1991), з усіх видів нориць сечівниково-піхвові найважче піддаються лікуванню і мають високу (понад 20%) частоту рецидивів [6]. Навіть після успішної пластики нориці у жінки може виникнути нетримання сечі, що змусить виконати у майбутньому парауретральне введення об'ємомформуючих препаратів чи субуретральний слінг [60]. При хірургічному лікуванні сечівниково-піхвової нориці застосовують черезпіхвовий доступ з дотриманням загальних принципів (рис. 56-58).

Хірургічне лікування міхурово-маткових нориць

Техніка фістулопластики міхурово-маткової нориці представлена на рисунках 59-62 [1, 38, 52].

Трансперitoneальним доступом виділена задня стінка сечового міхура та передня стінка матки (пунктиром показано розріз стінки сечового міхура).

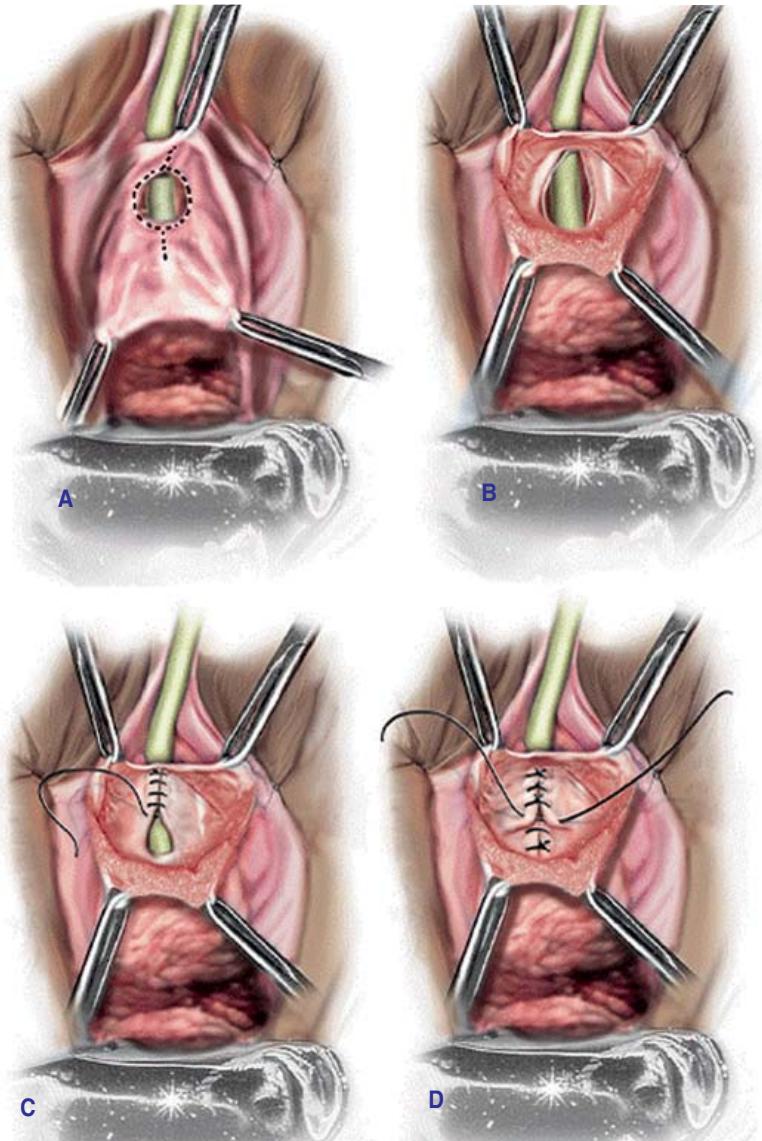


Рис. 56. Етапи фістулопластики сечівниково-піхвової нориці [1, 38]

A – розсічення слизової піхви навколо нориці; В – мобілізація нориці та слизової піхви навколо неї; С – зашивання стінки уретри (без захоплення слизової) та лобково-шийкової фасції неперервним швом (вікріл або дексон 4-0), можливе також використання вузлових швів при невеликих розмірах нориці; D – зашивання лобково-шийкової фасції другим рядом вузлових швів (вікріл або дексон 3-0)

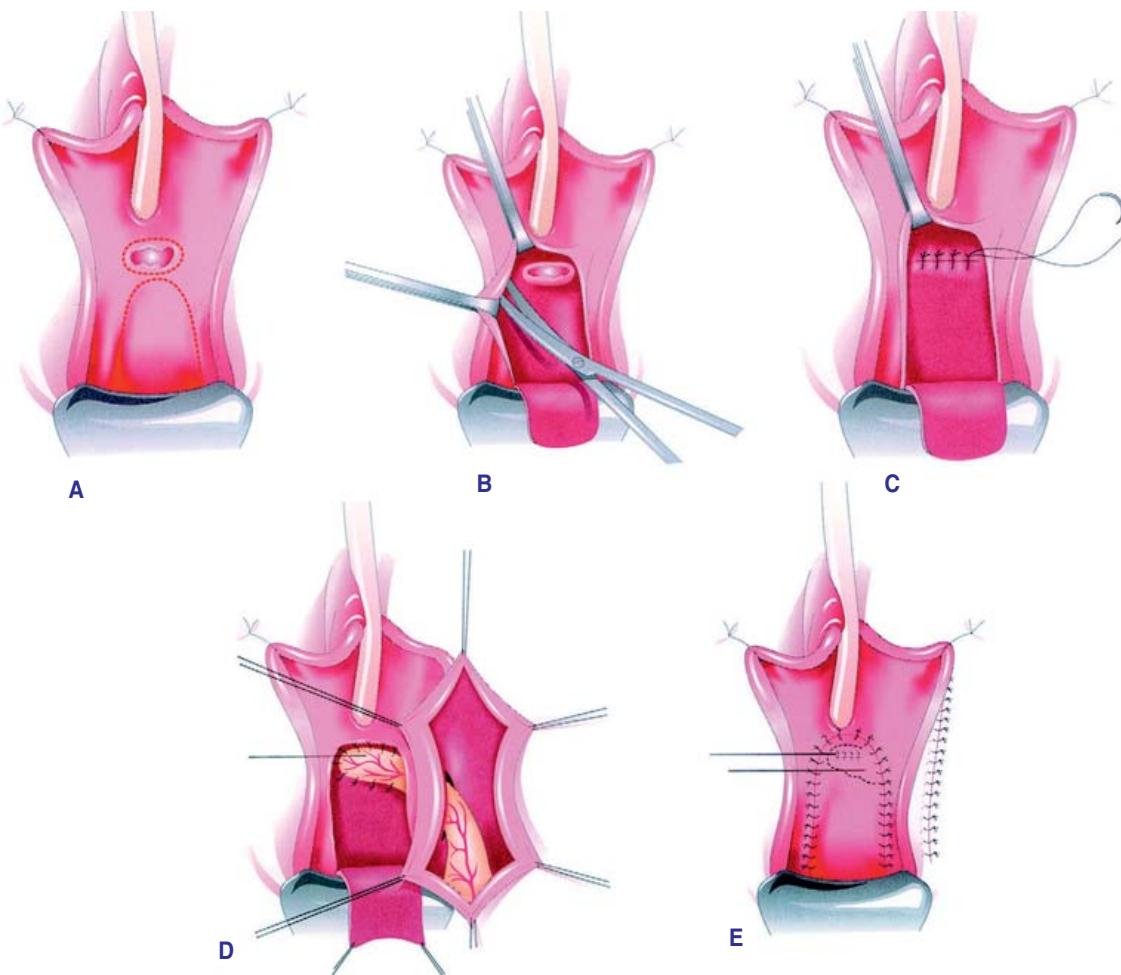


Рис. 57. Техніка фістулопластики сечівниково-піхвової нориці із застосуванням жирового клаптя статевої губи за Martius [53]

А – перевернутий У-подібний розріз передньої стінки піхви та розсічення слизової піхви навколо нориці; В – мобілізація клаптя передньої стінки піхви та нориці без висічення її країв; С – зашивання стінки уретри та лобково-шийкової фасції швами, які розсмоктуються протягом тривалого часу; Д – підведення та фіксація жирового клаптя до лінії швів через тунель статевої губи; Е – зашивання слизової передньої стінки піхви



Рис. 58. Застосування пубовагінального слінгу при фістулопластиці сечівниково-піхвової нориці та наявності стресового нетримання сечі

Встановлення слінгу виконують в ділянці проксимального відділу уретри після інтерпозиції жирового клаптя [1, 38]

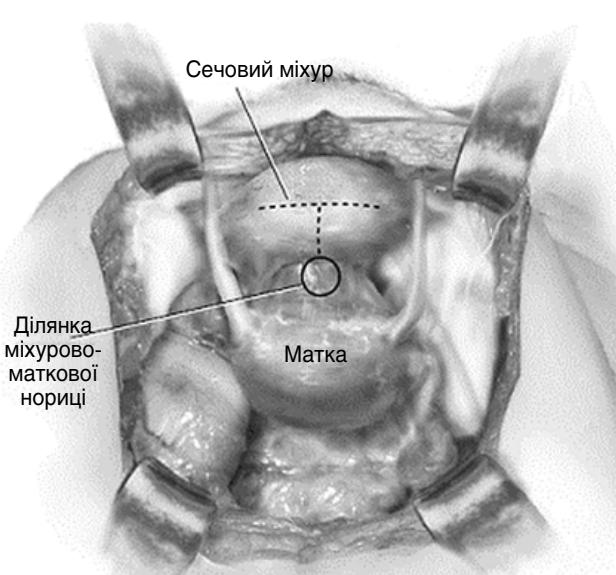


Рис. 59. Етапи фістулопластики міхурово-маткової нориці

Трансперитонеальним доступом виділена задня стінка сечового міхура та передня стінка матки (пунктиром показано розріз стінки сечового міхура)

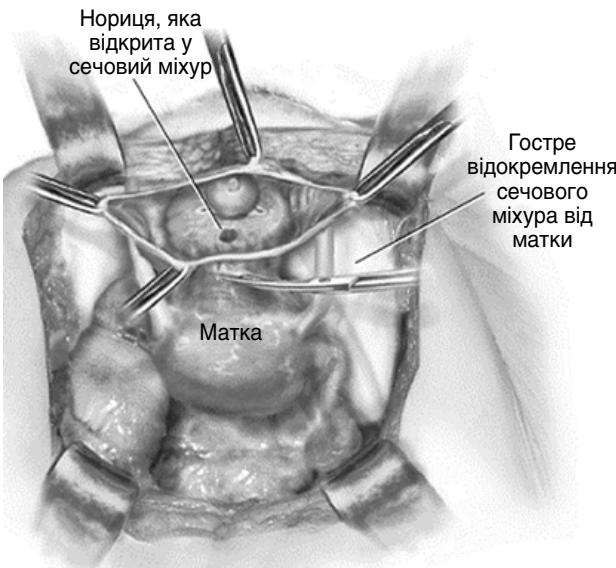


Рис. 60. Этапы фистулопластики міхурово-маткової нориці – відокремлення стінки сечового міхура від стінки матки

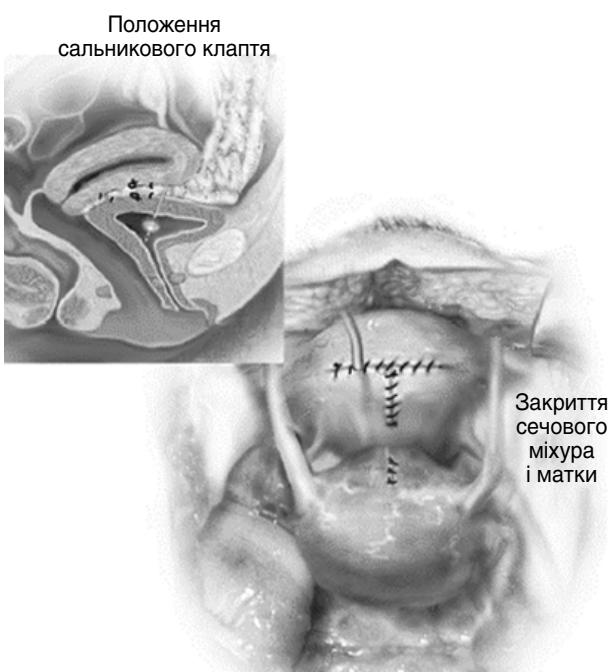


Рис. 62. Этапы фистулопластики міхурово-маткової нориці

Отвори в стінці сечового міхура та матки зашиті, сечовий міхур дренований надлобковим дренажем екстраперitoneально, інтерпозиція сальника між лінією швів

Таким чином, лікування сечостатевих нориць у жінок залишається складним питанням реконструктивної урогінекології, вимагає знань та практичного досвіду хірурга, а допомога повинна надаватись у спеціалізованих закладах високо-кваліфікованими урологами із залученням колег-гінекологів.

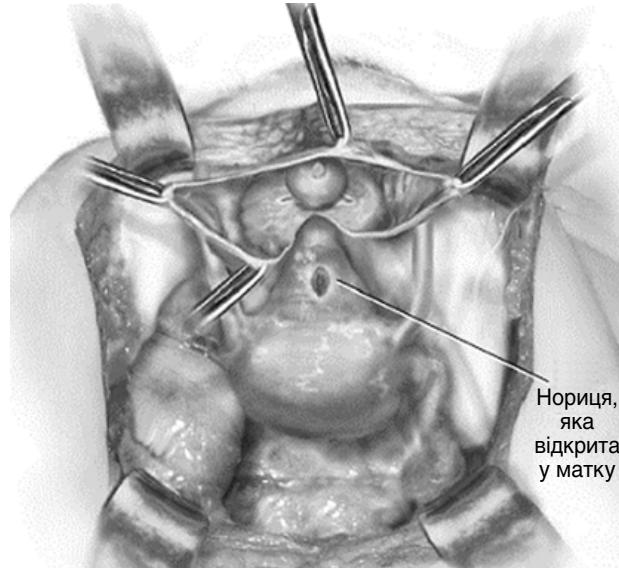


Рис. 61. Этапы фистулопластики міхурово-маткової нориці – висічення нориці

Список використаної літератури

- Багиш М.С., Каррам М.М. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии: Пер. с англ. – 2-е издание. – Лондон: Elsevier Ltd., 2009. – 1180 с.
- Барало І.В., Головенко В.П., Горовий В.І. та ін. Результати хірургичного лікування сечоміхурово-піхкових нориць після акушерсько-гінекологічних операцій / Матеріали з'їзду асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р. // Урологія. – 2010. – Т. 14, додаток (54). – С. 246.
- Боржевський Ц.К., Галун Н.М., Грицина Ю.Р. До питання про лікування сечостатевих фістул у жінок // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1987. – № 5. – С. 56-58.
- Буянова С.Н., Сенчакова Т.Н. Лечение мочеполовых свищей травматического генеза у женщин // Акушерство и гинекология – 2000. – № 1. – С. 44-46.
- Возіанов А.Ф. Пузирно- и уретрогенитальные свищи у женщин // Материалы IV съезда урологов Украинской ССР. – К., 1985. – С. 307-15.
- Возіанов А.Ф., Люлько А.В., Серняк П.С. Пузирно- и уретрогенитальные свищи у женщин. – К.: Здоров'я, 1991. – 118 с.
- Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник. – К.: Вища школа, 1993. – С. 679 - 690.
- Возіанов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – В 3 т. – 2-е изд., перераб. и доп. – Днепропетровск: РВА «Дніпро»-VAL, 2001. – Т. 2. – С.179-233.
- Возіанов О.Ф., Стаковський Е.О., Вукалович П.С. та ін. Протокол надання медичної допомоги «Міхурово-вагінальна нориця» // Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги / За ред. С.П. Пасечнікова. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – С. 296-310.
- Гайдай Ю.А. Вопросы этиопатогенеза и хирургической тактики при мочеточниково-влагалищных свищах // Материалы IV съезда урологов Украинской ССР. – К., 1995. – С. 375-379.
- Годунов Б.Н., Лоран О.Б., Газимамедов Г.А., Каприн А.Д. Диагностика и лечение мочеточниково-влагалищных свищ // Урология и нефрология. – 1997. – № 6. – С. 44-47.
- Горовий В.І., Веденюк Б.Г., Головенко В.П. та ін. Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю. – Вінниця: РВВ ВАТ «Вінблдрукарня», 2001. – 624 с.
- Запорожан В.М. Оперативна гінекологія. – Одеса: Одеськ. держ. мед. ун-т., 2006. – С. 315-324.
- Кан Д.В. Повреждения мочеточников в акушерской и гинекологической практике. – М.: Медицина, 1967. – 126 с.
- Кан Д.В. Восстановительная хирургия мочеточников. – М.: Медицина, 1973. – 200 с.
- Кан Д.В. Мочеточниково-влагалищные свищи // Урология и нефрология. – 1981. – № 2. – С. 32-34.
- Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1986. – 488 с.
- Кан Д.В., Пронин В.И. Урологические осложнения при лечении онкологических заболеваний органов таза. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
- Клепиков Ф.А., Россихин В.В., Кешиян А.А. Анализ неблагоприятных исходов и пути оптимизации хирургического лечения пузирно-влагалищных свищ // Материалы IV съезда урологов Украинской ССР. – К., 1985. – С. 330-332.
- Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Новиков А.И. и др. Оперативное лечение повреждений мочевых путей и их последствий в акушерско-гинекологической практике // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 39-42.

Клиническая лекция

21. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. – М.: МЕДпресс, 2001. – 192 с.
22. Кремлинг Х., Лутцайер В., Хайнц Р. Гинекологическая урология и нефрология: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1985. – 560 с.
23. Лісовий В.М., Єрмоленко Т.І., Демченко В.М. Хірургічне лікування сечоміхурово-піхвових нориць з використанням багатокомпонентного біологічного ранового покріття / Матеріали з'їзду асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р. // Урологія. – 2010. – Т. 14, додаток (54). – С. 349-352.
24. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Годунов Б.Н. и др. Хирургическое лечение пузирно-влагалищных свищ // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 4. – С. 57-59.
25. Мысько С.Я., Чепенко А.В., Закопадная Л.В. Некоторые особенности применения методики Hitch – psoas при лечении акушерско-гинекологической травмы мочеточника // Симптомы нижних мочевых путей: Материалы юбилейной научно-практической конференции урологов. – Харьков, 2007. – С.189-190.
26. Пивоваров П.І., Головенко В.П., Горовий В.І., Барало І.В. Оперативне лікування сечоміхурово-піхвових нориць // Питання медичної практики та теорії: 36. Наук. праць лікарів та вчених Вінниччини. – Вінниця, 2006. – С. 54-56.
27. Пепенин В.Р. Некоторые особенности оперативного лечения пузирно-влагалищных свищ // Повреждения органов мочеполовой системы: Тезисы XV научно-практической конференции урологов Днепропетровской обл. – Днепропетровск, 1986. – С. 32-33.
28. Переферез А.С. Пузирно-влагалищные свиши: этиология, выбор метода лечения и профилактика // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №3(20). – С. 60 – 65.
29. Переферез А.С., Мысько С.Я. Реконструкция мочеточников после острой акушерско-гинекологической травмы // Травмы мочеполовых органов: Материалы межрегиональной научно-практической конференции урологов. – Харьков, 1993. – С. 47-50.
30. Переферез А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков: Факт, 2000. – 360 с.
31. Перепечатай Д.Л. Уретровлагалищные свиши // Урология и нефрология. – 1985. – № 4. – С. 53-55.
32. Серняк П.С., Серняк Ю.П. Наш опыт лечения урогенитальных свищ // Симптомы нижних мочевых путей: Материалы юбилейной научно-практической конференции урологов. – Харьков, 2007. – С.100-101.
33. Урологическая гинекология (Практическое руководство для врачей) // Под ред. Ю.В. Цвелаева, С.Б. Петрова. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2006. – 272 с.
34. Херт Г. Оперативная урогинекология: Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О. И. Аполихина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С 189-198.
35. Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1192 с.
36. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2004. – 490-514.
37. Шапринский В.О., Мазорчук Б.Ф., Зайцев В.І., Горовий В.І. Інтраопераційна травма сечових органів при хірургічних та акушерсько-гинекологічних операціях. – Вінниця: ФОП Данилюк В.Г., 2008. – 150 с.
38. Baggish M.S., Kartram M.M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. – 3rd ed. – Elsevier Saunders, 2011. – P.1007-1126.
39. Benson R.C., Hinman F. Urinary tract injuries in obstetrics and gynecology // Am. J. Obst. Gynec. – 1955. – Vol. 70. – P. 467-485.
40. Cardozo L., Staskin D. Textbook of female urology and urogynaecology. – 2nd ed. – Informa Healthcare. – 2006. – P. 215-324.
41. Dmochowski R., Scarpero H. Vesicovaginal and urethrovaginal fistulas // Vaginal surgery for incontinence and prolapse / Zimmern P. et al. – Ch.19. – Springer-Verlag Limited, 2006. – P. 243-258.
42. Frohmuller H.G.W. Vesicovaginal fistula // Glenn's urologic surgery / Graham S.D., Glenn J.F. – Ch. 27. – Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 1998. – CD.
43. Ghoniem G.M., Khater U.M. Vesico-vaginal fistula // Pelvic floor dysfunction. A multidisciplinary approach / Davillia G.W., Ghoniem G.M., Wexner S.D. – Ch. 13. – Springer-Verlag Limited, 2006. – P. 321-324.
44. Harkki-Sireni P., Sjoberg J., Tittinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy // Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 92. – P.113-118.
45. Franke J.J., Smith J.A. Surgery of the ureter // Campbell's Urology / Walsh P. C. et al. – 7th ed., Vol. 3. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – P. 3062-3084.
46. Hurt W.G. Genitourinary fistulae // Clinical urogynecology / Stanton S.L., Monga A.K. – 2nd ed. – London-Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 247-258.
47. Kartram M.M. Lower urinary tract fistulas // Urogynecology and reconstructive pelvic surgery // Walters M.D., Kartram M.M. – 3rd ed. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007. – P. 445-460.
48. Lee R.A., Symmonds R.E., Williams T.J. Current status of genitourinary fistula // Obstet. Gynecol. – 1988. – Vol.72. – P. 313 – 319.
49. Noble M.J., Vasavada S., Lavery I.C. Repair of bladder fistulae // Operative urology at the Cleveland clinic / Novick A. et al. – Ch. 31. – Totowa, New Jersey: Humana Press, 2006. – P. 299-305.
50. Persson-Junemann C., Melchior H. Urethral lesions // Clinical urogynecology / Stanton S.L., Monga A.K. – 2 nd ed. – London-Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 345-355.
51. Richman M.B., Goldman H.B. Vesicovaginal fistula: abdominal approach // Female urology, urogynecology and voiding dysfunction / Vasavada S.P. et al. – New York: Marcel Dekker, 2005. – P.783-796.
52. Rosenblum N., Nitti V.W. Vaginal repair of urethrovaginal and vesicovaginal fistulae // Vaginal surgery for urologist / Nitti V.W., Rosenblum N., Brucker B.M. – Ch.14. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. – P. 167-181.
53. Rovner E.S. Urinary tract fistulae // Campbell – Walsh Urology . – 10th ed. – Ch. 77. – Elsevier Saunders, 2012. – P. 2233-2261.
54. Rutman M.P., Deng D.Y., Rodriguez L.V. Evaluation and management of vesicovaginal fistulas // Female urology. A practical clinical guide / Goldman H.B., Vasavada S.P. – Ch. 22. – Totowa: Humana Pess Inc., 2007. – P. 309-326.
55. Smith J.A., Howards S.S., Preminger G.M. Hinman's atlas of urologic surgery. – 3rd ed. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. – P. 197-204, 579-592.
56. Starkman J.S., Meints L., Scarpero H.M., Dmochowski R.R. Vesicovaginal fistula following a transobturator midurethral sling procedure // Int. Urogynecol. – 2007. – Vol. 18. – P.113-115.
57. Thompson J.D. Vesicovaginal and urethrovaginal fistulas // Te Linde's operative gynecology / Rock J.A., Thompson J.D. – 8th ed. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997. – P. 1175-1205.
58. Meeks G.R., Roth T.M. Vesicovaginal and urethrovaginal fistulas // Te Linde's operative gynecology / Rock J.A., Jones H.W. – 10th ed. – Ch. 39. – Philadelphia: Lippincott-Williams @ Wilkins, 2008. – P. 973-993.
59. Turner-Warwick R., Chapple C.R. Functional reconstruction of the urinary tract and gynaeco-urology. – Oxford: Blackwell Science Ltd., 2002. – 930 p.
60. Vasavada S.P., Appell R.A., Sand P.K., Raz S. Female urology, urogynecology, and voiding dysfunction. – New York: Marcel Dekker, 2005. – P. 761-810.

Мочеполовые свищи у женщин

В.И. Горовой, И.В. Барало

В статье представлены этиология, современные методы диагностики и лечения мочеполовых свищ, которые наиболее часто встречаются у женщин (пузырно-влагалищные, мочеточниково-влагалищные, уретро-влагалищные, пузырно-маточные). Авторы проанализировали результаты хирургического лечения 66 пузырно-влагалищных свищ за последние 20 лет: 58 (87,9%) из них образовались после гинекологических операций, 8 (12,1%) – после акушерских. Использование рыбачьих колокольчиков с разными углами среза способствовало лучшему выделению свища, расщеплению тканей влагалища и мочевого пузыря, а также наложению швов без натяжения. По поводу мочеточниково-влагалищного свища успешную реимплантацию нижней трети мочеточника выполнили шести женщинам, из них в двух случаях была использована методика psoas-hitch пластики мочевого пузыря.

Ключевые слова: мочеполовые свищи, недержание мочи, фистулопластика, гистерэктомия.

Urogynecologic fistulae

V.I. Gorovy, I.V. Baralo

Etiology, modern methods of diagnostic and treatment of more prevalence urogynecologic fistulae (vesicovaginal, ureterovaginal, urethrovaginal, vesicouterine) were presented. Results of surgical treatment of 66 vesicovaginal fistulae for the last 20 years were analysed: 58 (87,9%) appeared after gynecologic operations, 8 (12,1%) – after obstetric ones. Using of fishing bells with different angles led to better mobilization of fistula, bladder and vaginal walls and putting sutures without tension. Due to ureterovaginal fistulae successful reimplantation of lower party of ureter was performed in 6 women, in 2 patients was used psoas-hitch method.

Keywords: urogynecologic fistulae, incontinence of urine, repair of fistulae, hysterectomy.

Роль междисциплинарного подхода в лечении инфекций нижних мочевых путей*

Е.А. Прилепская; А.В. Зайцев, д.мед.н. профессор; Н.В. Тупикина

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – одна из наиболее распространенных бактериальных инфекций, развивающаяся преимущественно у женщин. Согласно данным ряда авторов, у 50–60% взрослых женщин в течение их жизни однократно отмечается клинический эпизод ИМП [1]. Как правило, ИМП проявляется в виде острого цистита с жалобами на учащенное мочеиспускание и ургентность, дизурию, в отдельных случаях – на примесь крови в моче. При этом достижение быстрого облегчения симптомов путем оптимального подбора антимикробной терапии с одновременным контролем возбудителя и проведением профилактических мероприятий рецидива заболевания в настоящее время представляет собой непростую задачу.

Рецидивирующая ИМП (РИМП) определяется как 2 неосложненных случая ИМП подряд в течение 6 мес или более традиционно – как получение 3 положительных культур в бактериологическом анализе мочи в течение предшествующих 12 мес [2]. Большинство рецидивов происходит в течение первых 3 мес после первичной инфекции. С.Е. Mabek et al. (1972) было установлено, что примерно у половины женщин после спонтанного разрешения неосложненной ИМП в течение последующего года развивается рецидив данного заболевания [3]. Среди женщин в возрасте от 17 до 82 лет, имевших в анамнезе ИМП, рецидив данного состояния был отмечен в 44% случаев в течение 1 года наблюдения (в 53% случаев – у женщин старше 55 лет и в 36% – у женщин младше 55 лет) [4]. Результаты проспективного исследования с участием 1140 женщин, проведенного В.Т. Haylen et al., показали, что общая распространенность РИМП составляет в среднем 19% [5].

Этиология и патогенез

Большинство рецидивов ИМП происходит в результате реинфицирования, хотя в ряде случаев процесс обусловлен персистенцией микроорганизмов на уротелии (формирование внутриклеточных бактериальных сообществ) или наличием очагов инфекции, таких как камни, инородные тела, дивертикулы уретры, инфицированные почки [2]. Как правило, заболевания верхних и нижних мочевых путей имеют восходящий тип инфицирования вследствие локального распространения фекальной флоры из перианальной области к мочеполовой. При этом почти в 85% случаев *Escherichia (E.) coli* оказывается возбудителем данного заболевания, *Staphylococcus saprophyticus* встречается в 10–15% случаев, и лишь малая доля приходится на такие возбудители, как *Enterobacteriaceae*, *Proteus* и *Klebsiella spp.*

E. coli является главным возбудителем ИМП вследствие наличия своих факторов вирулентности, которые не только оказывают влияние на сродство возбудителя к уротелию (адгезия к клеткам эпителия вследствие наличия fimбрий и ворсин), но и препятствуют развитию иммунного ответа пациента. Безусловно, помимо вирулентности и концентрации возбудителя, играют роль так называемые факторы риска развития обострения ИМП, к которым относятся:

1. Анатомо-физиологические особенности женского организма: короткая и широкая уретра; близость к естественным резервуарам инфекции – анусу, влагалищу; клиторо-уретральное расстояние; гипермобильность уретры; уретро-гименальные спайки [6, 10]; врожденные аномалии развития – эктопия мочевого пузыря, мочеточников [7, 12]; дистопия наружного отверстия уретры; гипоплазия седалищных костей [8, 11], в т.ч. неврологические состояния у пожилых пациенток,

*РМЖ, 2014, № 27. Печатается с сокращениями.

связанные с повреждением спинного мозга [9, 13] либо диабетической нейропатией. К этой группе можно отнести такие патологические состояния, как релаксация и выраженное опущение тазового дна, которое ведет к увеличению объема остаточной мочи, что также является риском развития РИМП [10, 14].

2. Частые сопутствующие гинекологические заболевания: воспалительные процессы во влагалище; гормональные нарушения (в т.ч. гипоэстрогенемия – ощелачивание pH влагалища и уменьшение количества *Lactobacillus*), приводящие к дисбиозу влагалища и размножению в нем патогенной микрофлоры [6, 11]; наличие шеечно-вагинальных антител [7, 9, 12, 13].

3. Поведенческие аспекты: частота половых актов (наличие инфекций, передающихся половым путем) и характер применяемых контрацептивов (спермицидов) могут ускорить колонизацию кишечной палочкой влагалища и периуретральной области [8, 14].

Наличие гематурии и ургентного мочеиспускания, по мнению ряда исследователей, свидетельствует о присутствии в высокой степени вирулентной микрофлоры [15, 16]. К факторам риска развития РИМП относятся предшествующий половой контакт, новый половой партнер и применение спермицидов [17-21]. Nonoxynol-9, наиболее часто применяемый спермицид, токсичен для лактобактерий, особенно H_2O_2 -продуцирующих, включая *Lactobacillus crispatus* [23]. Токсический эффект спермицидов менее выражен в отношении *E. coli*, при этом ее адгезивные свойства могут даже усиливаться. Наблюдается более частая колонизация *E. coli* влагалища у женщин, применяющих спермициды [24].

Кроме того, риск повышается у больных моложе 15 лет при наличии ИМП в анамнезе у матери. Продолжаются исследования индивидуальных генетических особенностей у больных РИМП, включая систему групп крови Lewis, основанную на параметрах 4 антигенов, кодируемых геном Le (локализован на хромосоме 19), и полиморфизм toll-like рецепторов [25, 26].

Поскольку *E. coli* остается наиболее распространенным уропатогеном, составляя 65-95% микроорганизмов, выделяемых из мочевыводящих путей (МВП), многие эпидемиологические исследования сфокусированы на изучении резистентности *E. coli* [27, 28]. Большое внимание сегодня уделяется связи между назначением антибиотиков, их коллатеральным повреждающим действием и развитием резистентности уропатогенов. В регионах с высоким уровнем назначения фторхинолонов, по разным показаниям, отмечается и высокий уровень резистентности к ним по сравнению с таковым в регионах, где препараты этой группы назначаются реже [29]. Несмотря на утвержденные рекомендации по лечению ИМП, проведенные в разных странах исследования свидетель-

ствуют о неправильном назначении антибиотиков как в госпитальной, так и в амбулаторной практике [30, 31].

Микроорганизмы обладают различными механизмами развития резистентности к антибиотикам. Приобретенная устойчивость характеризуется способностью отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при тех концентрациях антибиотиков, которые подавляют основную часть микробной популяции. Возможны ситуации, когда ее большая часть проявляет приобретенную устойчивость. Появление у бактерий приобретенной резистентности не обязательно сопровождается снижением клинической эффективности антибиотика. Формирование резистентности во всех случаях обусловлено генетически: приобретением новой генетической информации или изменением уровня экспрессии собственных генов. Известны следующие биохимические механизмы устойчивости бактерий к антибиотикам: модификация мишени действия, инактивация антибиотика, активное выведение антибиотика из микробной клетки (эффлюкс), нарушение проницаемости внешних структур микробной клетки, формирование метаболического «шунта». Важным элементом резистентности является локализация кодирующих генов: плазмидная или хромосомная. Эта характеристика определяет эпидемиологию резистентности. При плазмидной локализации генов происходит быстрое внутри- и межвидовое распространение резистентности, при хромосомной – наблюдают распространение резистентного клона.

Примером развития плазмидной резистентности является резистентность к карбапенемам *Klebsiella pneumoniae* и фторхинолонам *Enterobacteriaceae*. Плазмиды нередко содержат гены, кодирующие резистентность к различным препаратам, поэтому микроорганизмы, устойчивые к одному антибиотику, могут быть устойчивыми и к другим [32].

Наиболее распространенным механизмом устойчивости микроорганизмов к β -лактамам является их ферментативная инактивация в результате гидролиза ферментами β -лактамазами. К настоящему времени описано около 200 таких ферментов, среди которых особое внимание уделяется β -лактамазам расширенного спектра действия (БЛРС), которые встречаются у *E. coli* и *K. pneumoniae*. Частота экспрессии БЛРС варьирует в зависимости от региона, однако получить точные национальные и международные данные не всегда возможно. Известно, что плазмиды в настоящее время обнаруживаются в регионах, где ранее не выявлялись.

Карбапенемы в большинстве случаев остаются эффективными в отношении микроорганизмов, продуцирующих БЛРС. Вместе с тем отмечается повышение частоты встречаемости карбапенем-резистентных *Enterobacteriaceae* благодаря

экспрессии ферментов карбапенемаз. В клиническом отношении наиболее значимые карбапенемазы – *K. pneumoniae* карбапенемаза (KPC) и New Delhi metallo- β -lactamase-1 (NDM-1).

Экспрессия KPC обнаружена у многих *Enterobacteriaceae*, включая *E. coli* и *Proteus*, а также у неотносящейся к этому классу микроорганизмов *Pseudomonas aeruginosa*. Помимо β -лактамов (цефалоспоринов и карбапенемов), эти штаммы микроорганизмов обычно обладают резистентностью к хинолонам и аминогликозидам [33]. Долгое время считалось, что KPC-резистентность встречается только в США, где была впервые выявлена в 2001 г., однако в 2005 г. KPC обнаружена во Франции у больного, недавно госпитализированного в США. Этот энзим является хромосомальным сегментом, способным к внедрению в различные плазмиды, что способствует быстрой и межвидовой передаче [34].

Другая проблема – ненадежность определения резистентности с помощью стандартных методов. Выявить *in vitro* резистентность к карбапенемам, определяя чувствительность к меропенему и имипенему, не всегда возможно, потому что некоторые микроорганизмы-носители остаются в зоне чувствительности. Определение чувствительности к эртапенему дает лучшие результаты, чем выявление чувствительности к другим карбапенемам. При повышении минимальной подавляющей концентрации (МПК) к карбапенемам для дальнейшего выявления резистентности необходимо применять модифицированный тест Hodge [35]. Следует признать, что эта специальная техника трудна в применении, и, возможно, во многих лабораториях не выявляют экспрессию KPC.

Карбапенемаза NDM-1 впервые была выявлена у больного, госпитализированного в Нью-Дели (Индия) в 2007 г. Ее распространенность в этом регионе в настоящее время оценивается в 5-18%. В 2010 г. резистентность, обусловленная наличием NDM-1, отмечена во всем мире, за исключением Центральной и Южной Америки. В 2012 г. в США сообщили о 13 подобных случаях. Микроорганизмы с экспрессией NDM-1 обычно чувствительны к колистину и могут быть чувствительны к тигеклину и фосфомицину. Ген NDM-1 передается с различными плазмидами, нередко высокомобильными, между грамотрицательными микроорганизмами [36]. Они могут колонизировать органы человека и контактировать с водой и окружающей средой.

Определение локальной резистентности – трудная задача. Многие больницы мониторируют резистентность в своих микробиологических лабораториях. Эти данные могут отражать в большей степени спектр нозокомиальной инфекции, а не тот спектр, что встречается у амбулаторных пациентов. Поэтому больничные антибиотикограммы свидетельствуют о более высоком уровне резистентности в данном регионе [37]. Вместе

с тем Американское общество инфекционистов (IDSA) рекомендует избегать применения антимикробных препаратов при локальной резистентности к ним в 20%, допуская, что врачи в амбулаторной практике могут не всегда следовать этим рекомендациям. Изучение резистентности микроорганизмов в амбулаторной практике имеет большое практическое значение.

Уропатология остается золотым стандартом для подтверждения ИМП, однако получение результата требует более 24 ч. В большинстве случаев диагноз основывается на клинико-анамнестических, физикальных данных и результате анализа мочи. Применение для этого тест-полосок считается быстрым и экономически выгодным методом, позволяющим определить эстеразу лейкоцитов и наличие в моче нитритов. Этот метод имеет невысокую чувствительность – не все уропатогены могут превращать нитраты в нитриты. Даже при негативных показателях не всегда можно исключить ИМП. Вероятность ИМП возрастает при наличии гематурии и содержании в моче нитритов [38, 39]. Определяющим остается наличие характерных для ИМП симптомов, хотя при расстройствах мочеиспускания у женщин бактериурия может отсутствовать в 30-50% случаев. Вместе с тем невысокая бактериурия 10^2 КОЕ на фоне симптомов ИМП имеет определенную диагностическую ценность [40].

Когда диагноз не вполне ясен, допускается отсроченное назначение антибиотиков. В этих случаях выполняется посев мочи, при положительном результате через 48 ч назначается антимикробная терапия. В рандомизированном контролируемом исследовании данного подхода установлено, что больные в группе отсроченного назначения антибиотиков получали препарат реже, хотя в случае подтверждения ИМП симптомы у них сохранялись на 37% дольше, чем в группе больных, получавших немедленную антимикробную терапию. Выраженность симптомов в обеих группах существенно не различалась, а прогрессии ИМП и развития пиелонефрита у больных, получавших отсроченную терапию, не наблюдалось [41].

В связи с трудностью определения точного уровня географической резистентности во многих исследованиях изучались индивидуальные факторы риска развития резистентной ИМП. К этим факторам относятся возраст > 60 лет, недавние заграничные путешествия, наличие ИМП в анамнезе, хронические заболевания, недавняя госпитализация и предшествующая антибактериальная терапия [42-44]. Эти факторы риска должны рассматриваться при назначении эмпирического лечения, и при их наличии необходимо исследование уропатологии до выбора антибиотика.

Диагностика

У пациентов с РИМП проводится тщательный сбор анамнеза, включая выявление возможной

связи эпизодов ИМП с половым контактом и методом контрацепции. Необходимо проведение гинекологического осмотра для исключения воспалительных заболеваний органов половой системы, заболеваний уретры, оценки топографо-анатомических взаимоотношений нижних МВП (НМВП) и половых органов, наличия атрофии влагалища либо выраженного пролапса тазовых органов (цистоцеле или выпадение матки). Возможное наличие остаточной мочи исключается с помощью УЗИ или катетеризации мочевого пузыря. УЗИ МВП и уретроцистоскопия выполняются для исключения анатомических аномалий и новообразований мочеполовой системы. Скрининг на предмет наличия сахарного диабета с последующей консультацией эндокринологом показан при наличии сопутствующих факторов риска. Лабораторные исследования при осложненном или рецидивирующем цистите, помимо общего анализа мочи (с определением нитритов и лейкоцитов), включают:

- бактериологическое исследование мочи, которое проводится для точного выявления возбудителя и его чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам; обследование на инфекции, передающиеся половым путем (метод полимеразной цепной реакции из 2 локусов – уретры, цервикального канала);
- обследование на вирусные инфекции (иммуноферментный анализ для определения иммуноглобулинов к герпесу, цитомегаловирусу), мазок и посев отделяемого из влагалища с количественным определением лактобактерий для исключения дисбиоза.

Лечение

Выбор antimикробных препаратов для лечения неосложненного цистита проводится с учетом имеющихся рекомендаций по лечению ИМП (Европейская ассоциация урологов [EAU], IDSA, российские национальные рекомендации 2014 г.), в основу которых положены принципы доказательной медицины и результаты проведенных исследований [45-47]. В настоящее время доказанной эффективностью в лечении больных с инфекцией НМВП обладают несколько препаратов. **Нитрофурантонин** – неактивный антисептик, который активируется в моче микроорганизмами. Микрокристаллическая форма нитрофурантонина быстро всасывается и вызывает желудочно-кишечные расстройства, поэтому применяется редко. Макрокристаллический нитрофурантонин имеет более крупную молекулу, абсорбируется медленнее. Третья форма нитрофурантонина – моногидрат/макрокристаллы, или нитрофурантонин модифицированного высвобождения, состоит на 75% из нитрофурантонина моногидрата и на 25% из макрокристаллов. При этом в желудке формируется гелеобразный матрикс, и высвобо-

ждение препарата происходит медленно. Биоэквивалентность увеличивается при его приеме с пищей. Благодаря быстрой почечной экскреции терапевтическая концентрация в крови редко достигает оптимальных значений, и в лечении пиелонефрита или простатита препарат не применяется. Клиренс препарата пропорционален клиренсу креатинина, поэтому при наличии почечной недостаточности необходима корректировка суточной дозы.

Сравнительные исследования эффективности нитрофурантонина показали, что 3-дневный курс лечения ципрофлоксацином приводит к более высокому уровню эрадикации микроорганизмов, чем при лечении нитрофурантонином, однако клиническая эффективность оказалась одинаковой [48]. Пятидневный курс лечения нитрофурантонином сопоставим по результатам с 7-дневным курсом лечения ко-тримоксазолом [49]. Уропатогены редко вновь приобретают резистентность к нитрофурантонину, поэтому препарат назначают в случаях вероятного риска наличия резистентной к другим antimикробным препаратам микрофлоры. Вместе с тем менее распространенные при инфекции НМВП *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter* и *Klebsiella* обычно по своей природе резистентны к нитрофурантонину.

Наиболее часто наблюдающиеся нежелательные явления при приеме препарата связаны с ЖКТ: тошнота, рвота и диарея. Реже наблюдается реакция гиперчувствительности: озноб, лихорадка, изменения клеточного состава крови и гепатит. Макрокристаллический нитрофурантонин переносится больными лучше. Антациды, содержащие магнезию, могут нарушать абсорбцию нитрофурантонина и снижать его концентрацию в моче. Имеются сообщения о развитии на фоне лечения невропатий и пульмонита. Хронические легочные реакции при приеме нитрофурантонина в Великобритании, Швеции и Голландии за последние 30 лет составили 2,0; 5,3 и 3,4% соответственно. Не рекомендуется назначать нитрофурантонин вместе с флюконазолом в связи с усилением токсического воздействия на печень и легкие [50]. Недавно Французским агентством по фармакологической безопасности медицинских средств (AFSAPPS) было рекомендовано не применять нитрофурантонин для длительной профилактики РИМП из-за нежелательных явлений со стороны печени и легких, поэтому больные, принимающие этот препарат, должны находиться под наблюдением и быть информированы о возможных осложнениях [51].

В России широко применяется фуразидина калиевая соль с магния бикарбонатом основным (фуразидин), что обусловлено высокой чувствительностью основных уропатогенов (*E. coli* 96,8%, *Enterococcus spp.* 100%, *Staphylococcus spp.* 100%; ДАРМИС, 2011). В отличие от других нитрофуранов препарат создает более высокие концентрации действующего вещества в моче [52].

Ко-тимоксазол – комбинированный препарат, появившийся в клинической практике в 70-е годы прошлого века. Обладает бактериостатическим эффектом, быстро абсорбируется в ЖКТ, период полувыведения составляет около 10 ч, а почечная экскреция – 25-60% в течение первых 24 ч. Это препарат первой линии, традиционно использующийся для лечения в США. За прошедшее время отмечался существенный рост резистентности к нему. В Канаде уровень резистентности в настоящее время составляет около 16%, достигая 21,4% у женщин ≤ 50 лет [53]. Исследование ECO-SENS показало, что резистентность *E. coli* к ко-тимоксазолу при неосложненной ИМП в Португалии составила 26,7%, в Австрии – только 9,5% [27]. В Испании в 2004 г. среди 3013 уропатогенов резистентность к препарату отмечена в 33,8% случаев. По данным исследования ДАРМИС, в России уровень резистентности *E. coli* к ко-тимоксазолу превышает 20% [52]. Согласно рекомендациям ЕАУ и российским национальным рекомендациям, ко-тимоксазол не рассматривается в качестве препарата первой линии в лечении неосложненного цистита [45, 46].

Фосфомицин – ингибитор синтеза клеточной стенки микроорганизмов, структурно не похожий на другие антибиотики, проявляющий активность в отношении многих уропатогенов. Биоэквивалентность препарата составляет около 40%, а период полувыведения – 4 ч. Благодаря активной почечной экскреции создается высокая концентрация фосфомицина в моче, превышающая МПК для большинства уропатогенов [54].

Для лечения неосложненной инфекции НМВП рекомендуется однократная доза фосфомицина 3,0 г. Фосфомицин не связывается с белками плазмы, поэтому в первый день лечения оказывается в моче, превышая в 440 раз МПК *E. coli*. Такая концентрация сохраняется в течение 80 ч. Изменения дозы при нарушении функции почек или печени не требуется. Побочные эффекты включают тошноту, рвоту, диарею, головную и абдоминальную боль, вагинит. При наблюдении за более чем 800 больными умеренные нежелательные явления отмечены только в 6,1% случаев [55, 56]. Больные должны быть предупреждены, что после однократного приема препарата симптомы медленно регрессируют в течение 2-3 дней, и это не свидетельствует о его неэффективности. Применение балсалазида и метоклопрамида может привести к снижению концентрации фосфомицина в сыворотке крови и моче. Фосфомицин безопасен при беременности.

Резистентность к фосфомицину наблюдается редко и обусловлена нарушением транспорта препарата в бактериальную клетку или энзиматической модификацией препарата. Вместе с тем многие микроорганизмы, резистентные к другим антибиотикам, в т.ч. производящие БЛРС *E. coli*, сохраняют чувствительность к фос-

фомицину [57]. При тестировании 47 штаммов *K. pneumoniae*, производящих БЛРС (в 79% случаев КРС и/или СТХ-М β-лактамазы), которые были выделены из МВП у амбулаторных больных, установлено, что около 90% микроорганизмов были резистентны к ко-тимоксазолу и левофлоксацину, а 40% – к карбапенемам. В то же время в 92% случаев наблюдалась чувствительность этих микроорганизмов к полимиксину В, в 87% – к тигециклину и в 79% – к фосфомицину.

Сравнительные исследования эффективности фосфомицина в лечении неосложненной инфекции НМВП показали, что однократная доза препарата имеет такую же клиническую эффективность, как 5-дневный курс лечения ко-тимоксазолом [58]. Клиническая эффективность фосфомицина была сопоставима с 7-дневным курсом лечения нитрофурантоином; эрадикация возбудителя составила 78 и 86% в ранние сроки, а спустя 4-6 нед после окончания терапии – 96 и 91% соответственно [59].

Фторхинолоны. Ципрофлоксацин и левофлоксацин широко (и часто необоснованно) применяются в лечении ИМП. Бактерицидный эффект этих препаратов связан с воздействием на ДНК-гиразу и топоизомеразу IV. Фторхинолоны хорошо абсорбируются при приеме *per os*, имеют период полувыведения около 4 ч и являются время- и дозозависимыми препаратами. Прием фторхинолонов вызывает нежелательные явления в основном со стороны ЖКТ (17%). Среди фторхинолонов ципрофлоксацин чаще других вызывает развитие колитов, обусловленных *Clostridium difficile*. Иногда отмечаются симптомы со стороны ЦНС (умеренная головная боль, редко – эпилептические припадки, особенно при применении вместе с нестероидными противовоспалительными препаратами и теофиллином) и аллергические реакции (сыпь). Известны случаи разрыва сухожилий (особенно ахиллова) на фоне лечения фторхинолонами; частота этих осложнений составила 3,2 случая на 1 тыс. больных, преимущественно старше 60 лет [60].

Резистентность к фторхинолонам стремительно растет и находится в зависимости от частоты их применения. Резистентность может передаваться микроорганизмам с генами через плазмиды. При смене в связи с ростом резистентности ко-тимоксазола на левофлоксацин в лечении ИМП уровень резистентности к последнему в США повысился с 1 до 9% в течение 6 лет [61].

Анализ 11 799 случаев применения антибиотиков по поводу ИМП у амбулаторных пациентов в Швейцарии в 2006-2008 гг. показал, что причиной назначения лечения 10 674 (90%) больным был бактериальный цистит. Ко-тимоксазол был назначен 2 537 (22%) больным, а в 78% случаев для лечения были выбраны хинолоны [62].

Частота устойчивости к фторхинолонам в России превышает 15%, поэтому они не рекомендуются

как препараты первого выбора. Фторхинолоны как препараты с хорошим проникновением в ткани резервируются для лечения более серьезных инфекций паренхиматозных органов [46].

Другие антибиотики. Исследование цефалоспорина 3-го поколения цефпodoxсина для лечения ИМП показало его более низкую эффективность по сравнению с ципрофлоксацином и равную эффективность по сравнению с ко-тритомоксазолом [63, 64]. При сравнении амоксициллина/claveулановой кислоты с ципрофлоксацином установлено, что его эффективность была ниже даже при наличии чувствительности уропатогенов к амоксициллину/claveулановой кислоте. В рекомендациях IDSA применение β-лактамных антибиотиков ограничено в связи с опасностью роста резистентности, обусловленной селекцией штаммов микроорганизмов, продуцирующих БЛРС, и коллатеральным повреждающим эффектом этих препаратов [47]. В то же время исследования резистентности микроорганизмов в Испании в 2002-2004 гг. показали, что чувствительность основных уропатогенов (*E. coli*, *Proteus mirabilis*, *K. pneumoniae*) к цефексиму составляла 95,8-98,6% [65]. При невозможности использования рекомендуемых препаратов лекарствами выбора являются β-лактамные антибиотики: цефалоспорины 2-3-го поколения или ингибиторы-защищенные аминопенициллины.

Длительность лечения этими лекарственными средствами должна составлять не менее 5 сут. Рекомендуются: цефексим внутрь 400 мг 1 раз/сут, цефуроксим внутрь 250 мг 2 раза/сут, цефтибутен внутрь 400 мг 1 раз/сут в течение 5 дней или амоксициллин/claveулановая кислота внутрь 125-500 мг 3 раза/сут.

Лечение рецидива неосложненной ИМП аналогично лечению острых эпизодов. При частых рецидивах с профилактической целью рекомендуется длительный прием антимикробных препаратов в низких дозах [44]. В настоящее время доказана эффективность таких длительных курсов. Продолжительность терапии ко-тритомоксазолом составляет 2-5 лет, другими препаратами – до 6-12 мес. Вместе с тем длительный прием антимикробных препаратов в субингибирующих дозах приводит к селекции резистентных штаммов уропатогенов, развитию побочных эффектов, дисбиозов. К сожалению, после прекращения поддерживающего лечения в 30-50% случаев в течение 3-6 мес наблюдается рецидив ИМП. В российских национальных рекомендациях отмечается, что женщинам, четко связывающим рецидив ИМП с половым контактом, показаны посткоитальная антимикробная профилактика или лечение рецидивов ИМП полными курсовыми дозами антимикробных препаратов [46].

Оральные контрацептивы (ОК) и антибиотики. Поскольку больные, страдающие ИМП, – нередко женщины детородного возраста, многие из которых принимают ОК, вопрос о их взаимодействии

с антибиотиками остается открытым. Несмотря на публикацию более 200 статей по этой теме, во многих случаях трудно установить их точное взаимодействие. Некоторые антибиотики (в частности рифампицин), существенно подавляющие цитохром P_{450} 3A4, могут увеличивать метаболизм ОК, однако они не применяются для лечения неосложненной ИМП. Вместе с тем, учитывая серьезный характер этих последствий, рекомендуется применять альтернативные методы контрацепции в дополнение к ОК до первого менструального цикла после лечения антибиотиками [66].

Внутрипузырная фармакотерапия. Проведен ряд исследований, посвященных изучению эффективности различных препаратов для внутрипузырного введения, оказывающих протективное действие на уретелий и препятствующих адгезии уропатогенов [67]. M. Torella et al. (2013) сравнили количество эпизодов РИМП в течение 6-12 мес у 69 больных, разделенных на 3 группы, в зависимости от вида профилактики. В 1-й группе проводилось внутрипузырное введение 1,6% гиалуроновой кислоты и 2% хондроитина сульфата (Ialuril; IBSA). Раствор инстилировали в мочевой пузырь 1 раз/нед в течение 4 нед, затем 1 раз каждые 15 дней в течение 2 мес, затем 1 раз в 30 дней на протяжении 2 мес. Во 2-й группе больных введение препарата по этой схеме сочеталось с назначением фосфомицина по 3,0 г каждые 10 дней в течение 6 мес. В 3-й группе больные получали только фосфомицин. За время наблюдения эпизоды РИМП отсутствовали у 72,7% больных в 1-й группе, у 75% – во 2-й и у 30,4% – в 3-й. Авторы считают внутрипузырную фармакотерапию раствором гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата эффективным методом лечения и профилактики РИМП [68]. Вместе с тем необходимость регулярной катетеризации мочевого пузыря и стоимость препаратов этой группы ограничивают широкое клиническое применение данного метода.

Альтернативные методы лечения и профилактики РИМП. В связи с замедлением создания новых антибиотиков и ростом резистентности микроорганизмов к антибиотикам в настоящее время очевидна необходимость их более рационального применения. В рекомендациях EAU (2012) по лечению рецидивирующей неосложненной инфекции НМВП у женщин предлагается в первую очередь рассмотреть меры профилактики без использования антибиотиков, и только в случае их безуспешности проводить антбактериальную терапию (LE:1a, GR:A).

Результаты рандомизированного контролируемого исследования эффективности антибиотика (ципрофлоксацин) и симптоматического лечения (ибупрофен) у 79 больных с инфекцией НМВП показали, что сроки регресса симптомов заболевания были практически одинаковыми в обеих группах. На 4-й день лечения 58,3% больных, получавших ципрофлоксацин, и 51,5% пациентов, получавших

ибuprofen, отметили полный регресс симптомов (сумма баллов по шкале симптомов = 0), а на 7-й день лечения их число составляло 75 и 60,6% соответственно ($p = 0,306$). На 7-й день лечения негативная урокультура (бактериурия $< 10^2$ КОЕ) выявлена у 71,9% больных в группе ципрофлоксацина, и у 48,5% – ибuproфена. Лишь 33% больным, получавшим ибuprofen, в дальнейшем была назначена антимикробная терапия в связи с рецидивом заболевания. В остальных случаях наблюдалась асимптоматическая бактериурия, не требовавшая применения антибиотиков [69].

Наиболее изученным вариантом неантибактериальной профилактики ИМП является иммуноактивная профилактика, при которой антигены патогенных микроорганизмов применяются перорально или местно и стимулируют повышение иммунного ответа в местах инфицирования, таких как МВП. Лиофилизат бактериального лизата 18 штаммов *E. coli* (лизат бактерий *E. coli*) активирует неспецифический иммунитет слизистых оболочек и специфический иммунный ответ организма. Лекарственная форма представлена капсулами 6 мг для перорального применения. По данным клинических исследований, проведенных в соответствии с принципами доказательной медицины, отмечались уменьшение числа рецидивов цистита от 35 до 65% в результате применения лизата бактерий по сравнению с плацебо, а также сокращение потребления антибиотиков. При проведении метаанализа 11 слепых контролируемых исследований препарата продемонстрировано достоверное снижение частоты РИМП [70]. За 5 лет клинического использования лечение этим препаратом получили более 1 млн больных. Применение препарата включено в рекомендации ЕАУ с 2011 г. для лечения и профилактики рецидивов инфекций НМВП, независимо от вида возбудителя (GR: B, LE: 1A) [45].

Имеются сообщения о применении в комплексном лечении больных РИМП с положительным клиническим эффектом таких иммуноактивных препаратов, как гиалуронидазы с азоксимера бромидом конъюгат, аминодиоксотетрагидрофталазиндион натрия [71, 72].

Закономерный интерес представляет применение в лечении и профилактике РИМП фитопрепаратов. Опубликованный недавно анализ проведенных в странах Восточной Европы (включая Россию) и Центральной Азии исследований эффективности комбинированного препарата канефрон (в составе травы золототысячника, корень любистка и листья розмарина) подтвердил, что благодаря его диуретическому, спазмолитическому, противовоспалительному, антиоксидативному, антимикробному и нефропротективному действию препарат имеет положительный клинический эффект при РИМП. Необходимо дальнейшее изучение его действия в ходе хорошо спланированных, проспективных рандомизированных клинических исследований [73].

Альтернативным методом профилактики РИМП является также применение препаратов клюквы (действующее вещество проантоксианидин А). Механизм их действия заключается в подавлении синтеза фимбрий, при длительном воздействии на *E. coli* ее адгезивная способность снижается [74]. Ежедневное потребление продуктов клюквы, содержащих не менее 36 мг проантоксианидина А, может быть рекомендовано для профилактики РИМП [45, 46].

Применение пробиотиков в целях профилактики РИМП – популярная и давно обсуждаемая тема. Суспензии непатогенных штаммов *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* или *Saccharomyces* вводят во влагалище для колонизации эпителия, предотвращения адгезии и вытеснения патогенных микроорганизмов [75, 76]. Влагалище у больных РИМП в меньшей степени содержит H_2O_2 -продуцирующие лактобактерии и чаще колонизировано *E. coli*. В недавнем исследовании, проведенном в Сиэтле (США), 48 женщин с ИМП в анамнезе получали интравагинально *L. crispatus* в течение 10 нед. Это лечение значительно снизило частоту рецидивов ИМП по сравнению с таковым в контрольной группе, получавшей плацебо ($p < 0,01$) [77]. В другом рандомизированном исследовании эффективность H_2O_2 -продуцирующих лактобактерий оказалась ниже, чем эффективность антимикробной профилактики ко-тримоксазолом [78]. Необходимо проведение дальнейших, более крупных рандомизированных исследований. В руководстве ЕАУ отмечено, что регулярное интравагинальное применение пробиотиков, содержащих лактобактерии, может быть рекомендовано для профилактики РИМП (GR: C) [45].

Другой подход в отношении РИМП без применения антибиотиков заключается в использовании низковирулентных штаммов микроорганизмов для колонизации МВП и подавления их инфицирования патогенными штаммами, что показано в некоторых клинических исследованиях [79].

Хорошие перспективы применения в качестве антимикробной терапии при РИМП имеют препараты бактериофагов [80, 81]. Эти лечебно-профилактические средства содержат поликлональные фаги широкого спектра действия, чья активность распространяется в частности и в отношении бактерий, устойчивых к антибиотикам. Основные достоинства бактериофагов: высокая чувствительность условно-патогенной микрофлоры к бактериофагам, сочетаемость со всеми видами традиционной антибиотикотерапии, отсутствие противопоказаний.

Альтернативное лечение женщин в постклиматерическом периоде включает местную эстроген-заместительную терапию. Местное применение эстриола может привести к существенному снижению частоты возникновения ИМП и повышению содержания лактобактерий во влагалище, что способствует улучшению влагалищного биоценоза [82].

У пациенток с частыми посткоитальными циститами, наличием выраженных уретро-гименальных спаек, гипермобильности или влагалищной эктопии дистального отдела уретры патогенетическое лечение, помимо посткоитальной антимикробной профилактики (особенно в случаях ее невысокой эффективности), может включать проведение оперативной коррекции анатомических нарушений: транспозицию дистального отдела уретры, рассечение уретро-гименальных спаек вне обострения хронического воспалительного процесса [83, 84].

Заключение

Необходимо отметить, что в эру растущей резистентности микроорганизмов к антимикробным

препаратаам необходимо их осторожное и взвешенное применение с учетом возможных факторов риска развития резистентности. Клинические рекомендации должны способствовать более адекватному назначению антибиотиков больным ИМП. Предпочтение следует отдавать антибиотикам с более низким потенциальным риском повышения уровня резистентности. Фторхинолоны и антибиотики широкого спектра действия должны быть резервированы для терапии второй линии. Необходимо минимизировать профилактическое применение антибиотиков при РИМП, пытаться устраниить имеющиеся у больных факторы риска развития рецидивов и продолжить поиск альтернативных методов лечения и профилактики ИМП.

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Міністерство охорони здоров'я України

Міністерство освіти і науки України

Асоціація акушерів-гінекологів України

Асоціація перинатологів Тернопільщини

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації

Вельмишановні колеги!

Зaproшуємо вас взяти участь у роботі Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасного акушерства та гінекології», яка відбудеться **16-17 квітня 2015 р.** в ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», майдан Волі, 1, м. Тернопіль.

Наукова програма конференції

- Патологія вагітності, пологів і захворювання післяполового 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.

Пленарні, секційні засідання плануються на **16 квітня, 17 квітня** – екскурсія в Почаївську Лавру, замки Тернопілля.

Матеріали конференції будуть опубліковані у журналі «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології». Вартість публікації – 50 грн за сторінку.

Сплата організаційного внеску – 200 грн (з ПДВ).

Статті та тези слід надсилати в електронному варіанті на e-mail: appag@mail.ru. Друкований варіант в 2 екземплярах з реєстраційною картою, CD-диском з електронною версією і квитанцією про сплату – на адресу оргкомітету до **3 березня 2015 р.**

Просимо за місяць до початку заходу підтвердити свою участю, за 2 тиж до початку – вказати дату і час приїзду для організації зустрічі.

Контактна інформація:

- Кафедра акушерства і гінекології ННІПО (0352) 26-32-34, e-mail: appag@mail.ru.
- Бегош Богдан Миколайович (098) 907-06-24.
- Професор Бойчук Алла Володимирівна – (0352) 43-26-97, (067) 302-58-08.
- Науковий відділ – тел./факс: (0352) 52-04-79, e-mail: vonf_tdmu@ukr.net. Керівник Шевчук Оксана; спеціаліст Максимів Наталія.
- Кафедра акушерства та гінекології – (0352) 26-32-34, e-mail: appag@mail.ru.

Представлені на конференцію матеріали будуть розміщені на сайті <http://tdmu.edu.te.ua> у розділі Конгрес-центр → наукові форуми → план конференцій 2015 р.

Оргкомітет



Проблема генітального пролапса у жінок

Майстер-клас «Пролапс 2014»

У Києві на базі клініки «Оберіг» 11-12 грудня 2014 р. було проведено VI Міжнародний майстер-клас для лікарів-гінекологів «Пролапс 2014», присвячений проблемі опущення органів таза у жінок. Провідними експертами заходу стали І.З. Гладчук, д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету імені І.І. Мечникова та професор Р.Г. Ботчоришвілі, директор Міжнародного центру ендоскопічної хірургії (*Centre International de Chirurgie Endoscopique [CICE]*), керівник лікувально-діагностичного центру ендоскопічної хірургії госпіталю Клермон-Ферран (Франція). Учасники майстер-класу мали нагоду поповнити запас теоретичних знань, обмінятися думками стосовно практичних питань, що виникають у повсякденній роботі, безпосередньо переднятися майстерністю хірургів світового рівня.



Професор Р.Г. Ботчоришвілі виступив із доповіддю «Анатомія тазового дна для хірурга-гінеколога».

У 30-50% жінок, які народжували, виникає пролапс тазових органів. І хоча загрози для життя ця патологія зазвичай не несе, вона значно ускладнює нормальну життєдіяльність жінки. Доведено, що генітальний пролапс (ГП) виникає внаслідок недостатності підтримуючої функції тазового дна.

Як відомо, вибір методу і доступу оперативної терапії ґрунтуються на знаннях анатомії, оскільки відновлення анатомічних змін у ділянці тазового дна сприяє нормалізації його функції. Слід зауважити, що структури діафрагми таза постійно перебувають під дією динамічного навантаження, внаслідок чого легко виникають розриви зв'язок. Проте сьогодні відомо, що не лише механічне пошкодження є причиною опущення тазових органів. У декількох дослідженнях доведено, що у жінок із пролапсом знижена концентрація колагену. Виходячи з цього, зроблено висновок, що ГП – це набута патологія екстракелюлярної матриці. Професор Р.Г. Ботчоришвілі нагадав слухачам про особливості анатомічної будови тазового дна у жінок, функції окремих структурних

одиниць у підтримці органів, взаємовідношення зв'язок, фасцій та м'язів, яке потрібно враховувати для оптимізації хірургічної тактики. При цьому вкрай важливим є відновлення всіх анатомічних структур одночасно.

Професор І.З. Гладчук представив увазі слухачів доповідь «Генітальний пролапс: українські реалії та перспективи».

ГП – зміщення жіночих тазових органів з їх нормального положення у піхву або назовні через піхву. У медичній літературі зустрічається декілька синонімічних термінів: опущення та випадіння внутрішніх статевих органів, пролапс тазових органів, pelvic organ prolapse. ГП представляє собою своєрідну килу, яка має грижові ворота, грижовий мішок та його вміст, тому діагностика та лікування патології подібні до ведення вентральних і пахових кил.

Фактори ризику ГП

1. Підвищення внутрішньочеревного тиску:

- вік;
- важка фізична праця;
- вагінальні пологи;
- хронічний кашель;
- запори і підвищене газоутворення;
- надмірна маса тіла.

2. Порушення структури і функції тазової фасції:

- порушення синтезу статевих гормонів;
- дисплазія сполучної тканини;
- травматичне пошкодження тазового дна.

Для оцінки ступеня релаксації таза найбільш вживаною є система Бадена – Уолкера (Baden – Walker Halfway System), що ґрунтується на клінічних даних щодо положення тазових органів. Відповідно до цієї класифікації пролапс поділяється на чотири ступені. При нормальному положенні всіх органів визначається нульовий ступінь. Опущення на половину відстані до дівочої перетинки трактується як перший ступінь, до рівня hymen – другий, на половину відстані нижче – третій. Четвертий ступінь визначається у разі максимально можливого опущення з кожного боку. Більш сучасною класифікацією вагінального профілю є система кількісної оцінки опущення тазових органів Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q). У цій



класифікації використовують дев'ять анатомічних точок, між якими вимірюють відстань та визначають їх положення відносно дівочої перетинки. Стадію пролапса встановлюють, враховуючи ту частину стінки піхви, що найбільше випинається. Професор І.З. Гладчук навів конкретні приклади застосування дев'ятиточкової системи оцінки ступеня тазових пролапсів.

Особливу увагу доповідач приділив проблемі лікування ГП. До консервативних методів належать вправи для укрілення тазового дна, втрата зайвої маси тіла, відмова від паління, лікування хронічних захворювань, замісна гормональна терапія, песарії. На вибір терапевтичної тактики впливає ряд факторів: вік пацієнтки, її соматичний та психологічний стан, тяжкість симптомів і ступінь ГП, необхідність збереження сексуальної функції, репродуктивні на-міри, супутня гінекологічна патологія.

Порівнюючи прогностичну ефективність різних хірургічних втручань, І.З. Гладчук зазначив, що кожний вид операції має свої показання, переваги та недоліки.

Мета реконструктивного хірургічного втручання залежить від типу дефектів фасціальної підтримки стінки піхви. На передньому вагінальному сегменті проводяться такі хірургічні процедури: трансвагінальні (пластика за Келлі, субуретральний слінг, передня кольпорафія без і з алотрансплан-татом, вагінальна реконструкція паравагінальних дефектів), відкрита (абдомінальна) ретропупарна реконструкція, лапароскопічна паравагінальна сусpenзія.

Втручання з приводу дефектів задньої стінки піхви проводяться із застосуванням різних доступів: вагінального (задня кольпорафія, леваторопластика, вагінальна реконструкція ентероцеле, сакроспінальна, ілеококцигейальна, крижово-маткова кольпосуспензії), абдомінального (операції Мошковіца, Гальбана, плікація крижевоматкових зв'язок) та лапароскопічного.

При апікальних дефектах піхви виконуються вагінальна гістеректомія з кульдопластикою за Мак-Коллом, вагінальна та білатеральна сакроспінальна кольпосуспензія, ілеококцигейальна суспензія, крижово-маткова суспензія з фасціальною реконструкцією, манчестерська операція, лапароскопічна сакрокольпосуспензія. Останній метод є альтернативою відкритим і трансвагінальним операціям. Зокрема, доцільно рекомендувати лапароскопічний доступ сексуально активним жінкам, пацієнткам, які раніше перенесли гістеректомію.

Протягом останнього десятиліття для лікування ГП було впроваджено у практику сітчасті транспланрати (Prolift). Даний метод має високу ефективність (частота рецидивів становить всього 7%), однак натепер зібрано недостатньо даних про віддалені результати. З 2012 р. ця методика не рекомендована в США у зв'язку з виявленими серйозними побічними ефектами, які потребували оперативної корекції.

У доповіді професор І.З. Гладчук детально зупинився на описанні техніки окремих операцій. Насамкінець він зазначив, що після хірургічного лікування тазового пролапсу у 15,5% випадків виникають ускладнення. Третина з них пов'язана з розвитком інфекцій, рідше – з хірургічними травмами та у незначному відсотку – легеневими, кардіоваскулярними та рановими ускладненнями.

Слід зауважити, що частота рецидивів пролапса $\geq II$ ступеня становить 18% і зростає зі збільшенням його тяжкості. Найчастіше причинами рецидивів є помилки лікувальної тактики: недоліки у визначенні місцевого специфічного пошкодження, невірно обраний доступ і методика втручання, дефекти оперативної техніки, порушення режиму післяопераційної реабілітації.

У другій доповіді професора Р.Г. Ботчоришвілі «Місце лапароскопії у лікуванні пролапса. Лапароскопічна кольпосакропексія» висвітлено практичні питання хірургічного лікування ГП. Висока частота патології зумовлює необхідність розробки превентивних заходів та покращення лікувальних методик. Зважаючи на патофізіологічні механізми розвитку слабкості тазового дна, доповідач зупинився на перевагах лапароскопії для лікування пролапса. У доповіді було представлено матеріали, необхідні для проведення методики, детально описана техніка лапароскопічної кольпосакропексії, наведено головні етапи операції за J.C. Burch. Доповідач акцентував увагу слухачів на тому, що результати хірургічного втручання при ГП оцінюються протягом тривалого періоду часу, при цьому слід пам'ятати, що згодом терапевтичний ефект операції знижується. Він представив результати дослідження, у яких при порівнянні вагінальних операцій із лапароскопічною кольпосакропексією спостерігався вищий рівень задоволеності пацієнток після останньої та збереження ефекту протягом 2 років.

Доповідь «Нетримання сечі при напруженні» професор І.З. Гладчук присвятив проблемі, яка часто виникає у жінок із пролапсом тазових органів.

Група захворювань жіночої сечостатевої системи (пролапс тазових органів, нориці, нетримання сечі, гіперактивний сечовий міхур) належить до сфери діяльності двох наук – урології та гінекології, тому їх лікування потребує міждисциплінарного підходу.

Під нетриманням сечі при напруженні (НСПН) розуміють мимовільне підтікання сечі при напруженні, чханні або кашлі.

Симптоми захворювань нижніх сечових шляхів включають:

1. Порушення зберігання сечі:
 - стресове нетримання сечі;
 - ургентне (вимушене) нетримання сечі;
 - змішане нетримання;
 - часте сечовипускання;
 - ніктурія;
 - нічний енурез.

2. Аномальну чутливість сечового міхура:
- вимушене (ургентне) сечовипускання;
 - дизурія;
 - біль;
 - відчуття тиску;
 - зменшення чутливості.

3. Аномальний вміст сечового міхура:
- патологічний колір сечі;
 - патологічний запах сечі;
 - гематурія;
 - пневматуруя (виділення газу з сечею при кишково-сечовій фістулі);
 - камені сечового міхура;
 - змішані стани.

4. Аномальне випорожнення:
- затримка випорожнення;
 - напруження при випорожненні;
 - неповне випорожнення;
 - слабкий потік сечі;
 - витікання сечі краплинами;
 - гостра затримка сечі.

Причини нетримання сечі у жінок можна розділити на дві групи: екстра- та трансуретральні. До першої групи відносять вроджені аномалії (ектопія сечовода, екстрофія сечового міхура) та набуті порушення (фістули). Друга група включає недостатність сфінктера уретри, гіперактивність детрузора, змішане нетримання сечі, затримку з наступним нетриманням внаслідок переповнення сечового міхура, дивертикул та вроджені аномалії уретри, некореговану релаксацію уретри, функціональне і транзиторне нетримання сечі.

Діагностичні критерії, за якими визначають ступені тяжкості НСПН.

I ступінь – нетримання сечі лише при значному напруженні (кашель, чхання, струшування);

II ступінь – нетримання сечі при помірному напруженні (швидкі рухи, ходьба вгору і вниз сходами);

III ступінь – нетримання сечі при легкому напруженні (вставання). Пацієнта утримує сечу лише в лежачому положенні.

У лікуванні НСПН використовують консервативні та хірургічні підходи. Показаннями до консервативного лікування є: легкий та помірний ступінь тяжкості, протипоказання до операції, комбіновані форми нетримання сечі, планові пологи, відмова пацієнтки від операції. У терапії застосовують лікувальну фізкультуру (вправи Кегеля), песарії, медикаментозні засоби.

Професор І.З. Гладчук детально зупинився на хірургічних методах лікування. Відносно новою технікою є ін'єкція об'ємоутворюючих субстанцій, малоінвазивна процедура, яка може проводитись у режимі хірургії одного дня без застосування будь-яких розрізів. Проте суттєвим недоліком методу є низька довготривала ефективність – у 90% випадках спостерігаються рецидиви через 2 роки.

У доповіді наведено класифікацію реконструктивних операцій, що виконуються при стресовому нетриманні сечі.

I – передня кольпорафія з пластикою шийки сечового міхура за Келлі.

II – операції для корекції стресового нетримання сечі, пов'язаного з гіpermобільністю уретри:

- залобкові (ретропубарні) сусpenзії шийки сечового міхура;
- уретропексія за Маршаллом – Мартчettі – Крантцем (Marshall – Marchetti – Krantz);
- кольпосусpenзія за Берчем (Burch);
- паравагінальна сусpenзія шийки сечового міхура;
- паравагінальна пластика;
- вагінальні обтураторні процедури;
- голкові кольпосусpenзії (Перейри, Стамея, Раза, Гіттеза).

III – операції для корекції нетримання сечі, пов'язаного з недостатністю внутрішнього сфінктера уретри (з гіpermобільністю шийки сечового міхура або без неї):

- слінгові операції (петльова пластика);
- слінг органічними матеріалами;
- фасціальний аутологічний слінг (апоневроз прямих м'язів живота, широка фасція стегна);
- гетерологічний слінг;
- слінг синтетичними матеріалами;
- періуретральні ін'єкції (тефлон, колаген, цирконій, жир);
- штучний сфінктер уретри.

Сучасними методами хірургічного лікування є операції Tension-free Vaginal Tape (TVT). Ефективність різних варіантів цих методик (TVT-O і TVT-S) сягає 75-95%.

Тактика ведення пацієнток із поєднанням ГП та НСПН складається з обстеження на амбулаторному етапі, санації сечових шляхів і статевих органів, виконання операції з приводу опущення тазових органів, реабілітації із застосуванням лікувальної фізкультури, корекції наявних факторів ризику, повторного обстеження не раніше ніж через 3 міс після першого втручання, проведення операції з приводу НСПН за показаннями, контролного обстеження 1 раз на 6 міс.

Протягом двох днів роботи майстер-класу теоретичні доповіді чергувались з циклами «живої хірургії» (live surgery), під час яких проводилась трансляція роботи з операційних клінік «Оберіг». У режимі реального часу експертами майстер-класу представлено виконання п'яти хірургічних втручань, зокрема лапароскопічної сакропольпексії у двох модифікаціях із застосуванням сітчастого транспланата, трансобтураторної кольпопуретропексії з використанням системи TVT-O, манчестерської операції (видалення частини шийки матки, пластика піхви, перианальної зони та малих статевих губ).

Підготувала Вікторія Лисиця

Особенности микробного пейзажа влагалища у девочек со слипчивым процессом в наружных половых органах*

Н.В. Спиридонова, д.мед.н.; А.В. Казакова, к.мед.н.

Кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Проведено исследование микробиоценоза влагалища у 26 девочек периода гормонального покоя (нейтральный период) в возрасте от 6 мес до 8 лет. Первую группу составили девочки с синехиями наружных половых органов с отсутствием жалоб, неизмененным цветом слизистой оболочки влагалища, физиологическими выделениями из половых путей. Вторая группа включала пациенток с наличием синехий и с жалобами на жжение, дискомфорт в сочетании с патологическими выделениями. Контрольная группа (3-я) была представлена здоровыми подростками, проходившими профилактический осмотр. Всем девочкам с синехиями вульвы была проведена консервативная терапия, заключающаяся в местном применении эстрогенсодержащего крема с 1,0 мг эстриола. В группе девочек с признаками воспалительного процесса вульвы в качестве комплексного противовоспалительного средства был использован Полижинакс Вирго.

При изучении количественных параметров микробиоценоза в обследованных группах были обнаружены различия, свидетельствующие о преобладании дисбиотических процессов у девочек с наличием синехий. При сравнительном анализе жалоб и визуальных признаков было выявлено, что исходно сумма клинических, патологических маркеров была выше во 2-й группе пациенток с наличием воспалительного процесса, тогда как после антибактериальной терапии Полижинаксом Вирго достоверной разницы между группами по количеству жалоб и визуальных признаков воспаления не отмечалось. Представленные результаты свидетельствуют о том, что достоверно чаще слипчивый процесс наружных гениталий у девочек сопровождается преобладанием анаэробной флоры и тенденцией к преобладанию аэробных микроорганизмов (*Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae*), что можно расценивать как состояние дисбиотического процесса. Высокую клиническую эффективность, выражющуюся в уменьшении количества жалоб и визуальных патологических признаков воспалительного процесса вульвы, показал антибактериальный препарат в виде лекарственной эмульсии Полижинакс Вирго.

Ключевые слова: девочки периода гормонального покоя, синехии наружных половых органов, неспецифический вульвовагинит, количественная полимеразная цепная реакция, микробиоценоз влагалища, антимикробная терапия, Полижинакс Вирго.

Воспалительные заболевания вульвы, влагалища, синехии малых половых губ являются наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями у девочек дошкольного и младшего школьного возраста. Частота вульвовагинитов, по данным разных авторов [7], колеблется от 12 до 93%, причем 60% патологии имеет рецидивирующий характер. Этиология возникновения последних наиболее часто связана именно с наличием дисбиотических процессов во влагалище, приводящих к избыточному росту условно-патогенной и присоединению патогенной флоры [4, 6, 8, 10].

На данный момент представления о вагинальном биотопе со времен Додерлейна претерпели кардинальные изменения, а современные методы исследования характеризуют микроэкосистему влагалища как весьма динамичную и многокомпонентную по видовому составу.

Микробиологическая картина биотопа влагалища девочек до менархе представлена контаминацией более 20 видов микроорганизмов, титр которых колеблется на низком уровне (10^3 - 10^5 КОЕ/мл). Колонизационную резистентность влагалища обеспечивают ассоциации 4-5 видов факультативных и строгих анаэробов. Наиболее распространенными

*Российский вестник акушера-гинеколога, 2014, № 2.

микроорганизмами, выявляемыми у девочек с вульвовагинитами, по мнению многих исследователей, являются коагулазоотрицательные стафилококки, стрептококки, энтерококки, коринебактерии, кишечная палочка, гарднереллы. Из их числа наиболее патогенными свойствами обладают микроорганизмы кишечного происхождения (энтеробактерии и колиморфные бактерии). Аналогичные качества довольно часто имеют неферментирующие бактерии (синегнойная палочка), а также грамположительные кокки (золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, микрококк, стрептококки, пневмококк), представители ряда коринебактерий. Из строгих факультативных анаэробов наиболее патогенными являются пептострептококки, бактероиды, фузобактерии, мобилункусы и др. [7].

В последние годы все большее значение в генезе неспецифических вульвовагинитов приобретают микробные ассоциации с участием 2-6 возбудителей аэробного и анаэробного происхождения [9]. На долю смешанных инфекций приходится примерно 20-30% инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей.

Заболевания, вызванные смешанной инфекцией, имеют более длительное течение, протекают клинически тяжелее, часто рецидивируют, на их фоне нередко возникают различные осложнения.

Одним из осложнений хронического рецидивирующего вульвовагинита является формирование синехий (*synechia labiorum minorum subtotalis*) – слипчивое воспаление малых половых губ, «спайки» вульвы: сращение малых и больших половых губ, возникающее в раннем детстве: от 1 года до 6 лет [2].

На современном этапе имеются разноречивые данные по поводу причин и факторов, способствующих формированию синехий наружных половых органов и микробиологического состава влагалищного биотопа, сопровождающего данную патологию [1-7, 10, 11].

В связи с тем, что часто этот патологический процесс протекает на фоне рецидивирующего вульвовагинита, вызванного ассоциациями разных микроорганизмов, становится интересным поиск комбинированного препарата, способного активно влиять на те микроорганизмы, которые могут составлять этиологическую структуру инфекций нижних отделов генитального тракта [12].

Цель настоящего исследования – изучение характера микробиоценоза влагалища у девочек с синехиями.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено обследование находящихся в периоде гормонального покоя (нейтральный период) 26 девочек в возрасте от 6 мес до 8 лет.

По результатам исследования девочки были разделены на три группы: 1-ю группу составили девочки с синехиями и отсутствием жалоб, неизмененным цветом слизистой оболочки влагалища, физиологическими выделениями из по-

ловых путей. Девочки 2-й группы с наличием синехий жаловались на жжение, дискомфорт в сочетании с патологическими выделениями. При осмотре вульвы у них отмечались гиперемия и отек слизистой. В 3-ю, контрольную, группу были включены здоровые девочки с отсутствием жалоб, проходившие профилактический осмотр, имевшие неизмененную слизистую оболочку влагалища, а также физиологические выделения из половых путей.

Критериями отбора в группы были: возраст от 6 мес до 8 лет, отсутствие экстрагенитальных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем.

Исследование состояния влагалищного микробиоценоза проводили при помощи комплексной количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-систем Фемофлор-17. Материалом для исследования методом комплексной количественной ПЦР у девочек являлся соскоб эпителиальных клеток, который забирался из заднего свода влагалища через гимнальное кольцо.

Спектр диагностируемых показателей включал контроль взятия материала, определение общей бактериальной массы (ОБМ), наличия микроплазм (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp.*), дрожжеподобных грибов (*Candida spp.*); *Lactobacillus spp.*, *Enterobacterium spp.*, *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas spp.*, *Eubacterium spp.*, *Sneathia spp.*, *Leptotrichia spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Megasphaera spp.*, *Veillonella spp.*, *Dialister spp.*, *Lachnobacterium spp.*, *Clostridium spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Atopobium vaginale*, а также идентификацию патогенных микроорганизмов (*Mycoplasma genitalium*).

Заключение по результатам диагностического теста Real-Time PCR получали в виде диаграммы, на которой был представлен вид микробной флоны влагалища.

Рассчитывали абсолютные (логарифмы полученных показателей бактериальной массы условно-патогенного микроорганизма – Lg10УПМ) и относительные (разница логарифмов полученных показателей общей бактериальной массы условно-патогенного микроорганизма и общей бактериальной массы всех микроорганизмов – Lg10УПМ- Lg10ОБМ) показатели. Оценку наличия *Candida spp.*, *M. hominis*, *Ureaplasma spp.*, *M. genitalium* проводили только в абсолютных показателях.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного программного пакета (Microsoft Office Excel 2007).

Результаты

При сравнительном изучении микробиоценоза влагалища в 1-й и 2-й группах девочек с синехиями не выявлено различий в количественном соотношении микроорганизмов в зависимости

от наличия или отсутствия клинических признаков воспаления (табл. 1), несмотря на то что микробный пейзаж соответствовал дисбиотическим процессам в одном, и в другом случае. На наш взгляд, клинические проявления, характерные для воспаления, связаны с индивидуальной реакцией организма на смещение динамического равновесия микробных ассоциаций.

При изучении количественного соотношения представленных популяций микроорганизмов в 1-й группе пациенток (с синехиями без клинических признаков воспаления) в сравнении с их популяциями у здоровых девочек мы отметили, что в группе девочек с синехиями отсутствовали *Lactobacillus spp.* и преобладали *Megasphaera spp.* ($p = 0,013$), а также имелась тенденция к превалированию *Eubacterium spp.* и *G. vaginalis*.

При сравнении количественного соотношения микроорганизмов во влагалищном биотопе у девочек 2-й и контрольной групп выявлено, что на фоне отсутствия *Lactobacillus spp.* превалируют *Eubacterium spp.*, *G. vaginalis*, *Mobiluncus*.

Достоверных различий в количественном соотношении микроорганизмов во влагалищном биоценозе в группах девочек с синехиями с наличием воспаления и без него мы не выявили и объединили эти две группы в общую (4-я группа).

Изучая количественные параметры микробиоценоза в общей (4-й) и контрольной (3-й) группах, мы обнаружили различия в количе-

ственном соотношении таких микроорганизмов, как *Lactobacillus spp.* ($p = 0,008$), *Megasphaera spp.* ($p = 0,015$), *Eubacterium spp.* ($p = 0,033$) и *G. vaginalis* ($p = 0,041$), и тенденцию к преобладанию аэробных микроорганизмов *Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae* (табл. 2). Обобщая эти данные, можно говорить о преобладании дисбиотических процессов у девочек с наличием синехий.

Микоплазмы встречалась только в группе здоровых девочек.

При анализе клинических особенностей наиболее выраженными жалобами (со слов родителей) у девочек 1-й группы были дискомфорт в области наружных половых органов (22,2%), беспокойство (11,1%) и у одной пациентки – зуд наружных половых органов. В группе со слипчивым процессом наружных гениталий и клиническими признаками воспаления (2-я группа) жалоб было значительно больше: у 67% девочек можно было отметить дискомфорт наружных половых органов, в каждом четвертом случае – выделения из половых путей, чувство беспокойства – примерно у 33%, а также у 11% выявлялись зуд и жжение наружных половых органов.

При гинекологическом осмотре вульвы в обеих группах наблюдалась патологическая картина в виде отека, гиперемии, а также атрофии. Экскориации встречались только во 2-й группе девочек (с синехиями на фоне воспалительных проявлений).

Таблица 1. Количественное соотношение микроорганизмов во влагалище у здоровых девочек и у девочек с синехиями без воспалительного процесса и с его наличием*

Микроорганизм	Контрольная (3-я) группа, $10^{M \pm m}$ (n = 8)	1-я группа, $10^{M \pm m}$ (n = 9)	2-я группа, $10^{M \pm m}$ (n = 9)	Статистическая значимость различий между группами		
				p1-3	p2-3	p1-2
<i>Lactobacillus spp.</i>	$10^{2,10 \pm 0,10}$	–	–	0,050	0,064	1,000
<i>Enterobacteriaceae</i>	$10^{3,43 \pm 0,19}$	$10^{4,30}$	$10^{3,00 \pm 0,00}$	0,152	0,183	0,562
<i>Streptococcus spp.</i>	$10^{4,00 \pm 0,28}$	$10^{4,45 \pm 0,25}$	$10^{4,77 \pm 0,29}$	0,121	0,134	0,885
<i>Staphylococcus spp.</i>	$10^{4,30}$	$10^{3,50 \pm 0,27}$	$10^{3,75 \pm 0,32}$	0,232	0,160	0,531
<i>G. vaginalis</i> , <i>P. bivia</i> , <i>Porphyromonas spp.</i>	$10^{5,22 \pm 0,25}$	$10^{5,88 \pm 0,23}$	$10^{5,54 \pm 0,36}$	0,090	0,064	0,923
<i>Eubacterium spp.</i>	$10^{4,79 \pm 0,33}$	$10^{5,62 \pm 0,27}$	$10^{5,34 \pm 0,32}$	0,060	0,074	0,594
<i>Sneathia spp.</i> , <i>Leptotrichia spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i>	$10^{4,57 \pm 0,39}$	$10^{4,18 \pm 0,63}$	$10^{4,66 \pm 0,32}$	0,957	0,369	0,388
<i>Megasphaera spp.</i> , <i>Veillonella spp.</i> , <i>Dialister spp.</i>	$10^{4,55 \pm 0,17}$	$10^{5,13 \pm 0,18}$	$10^{5,00 \pm 0,42}$	0,013	0,092	0,772
<i>Lachnobacterium spp.</i> , <i>Clostridium spp.</i>	$10^{3,65 \pm 0,38}$	$10^{4,10 \pm 0,23}$	$10^{3,93 \pm 0,23}$	0,509	0,088	0,435
<i>Mobiluncus spp.</i> , <i>Corynebacterium spp.</i>	$10^{4,10 \pm 0,22}$	$10^{4,51 \pm 0,23}$	$10^{4,96 \pm 0,26}$	0,100	0,056	0,412
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	$10^{4,68 \pm 0,21}$	$10^{5,02 \pm 0,41}$	$10^{5,10 \pm 0,34}$	0,287	0,091	0,736
<i>A. vaginae</i>	$10^{3,50}$	$10^{2,30 \pm 0,78}$	$10^{2,10 \pm 0,12}$	0,210	0,370	0,788
<i>Candida spp.</i>	–	$10^{3,30}$	–	0,346	1,000	0,346
<i>M. hominis</i>	$10^{1,00 \pm 0,00}$	–	–	0,121	0,143	1,000
<i>Ureaplasma</i>	–	–	$10^{5,90}$	1,000	0,317	0,289

*Здесь и в таблице 2: статистическую значимость отличий рассчитывали по критерию Манна – Уитни – Вилкоксона.

Всем девочкам 1-й и 2-й групп мы выбрали консервативную тактику лечения, заключающуюся в местном применении эстрогенсодержащего крема с 1,0 мг эстриола. Аппликации на область синехий проводились самостоятельно родителями 1 раз в сутки.

Во 2-й группе в качестве комплексного противовоспалительного средства был использован препарат Полижинакс Вирго. Выбор данного препарата связан с наиболее удобной формой введения, представленной в виде капсулы для вагинальных инстилляций, содержащей лекарственную эмульсию (Лаборатория Иннотек Интернасиональ, Франция). В ее состав входят неомицина сульфат 35 000 МЕ – аминогликозидный антибиотик широкого спектра действия; полимиксина В сульфат 35 000 МЕ – антибиотик полипептидной природы; нистатин 100 000 МЕ – противогрибковый антибиотик, обладающий фунгицидным и фунгистатическим действием, а также диметилполисилоксан в форме геля, обладающий обволакивающим, противоздушным действием, улучшающий трофические процессы в слизистой оболочке влагалища и способствующий проникновению активных компонентов препарата в складки слизистой оболочки влагалища.

Назначение препарата осуществлялось в день обращения при наличии жалоб и объективных признаков воспаления в качестве эмпирической терапии. Интравагинальная инстилляция выполнялась перед сном, после вечернего туалета в течение 6 дней.

При сравнительном анализе жалоб и визуальных признаков воспаления выявлено, что исходно сумма клинических, патологических маркеров была

выше в группе девочек с наличием воспалительного процесса, тогда как после проведенного лечения на 7-е сутки достоверной разницы между группами по количеству жалоб и визуальных признаков воспаления не отмечалось: в обеих группах девочки перестали предъявлять жалобы, и только у двух, пролеченных Полижинаксом Вирго, наблюдалась гиперемия, отек и атрофия вульвы (рисунок).

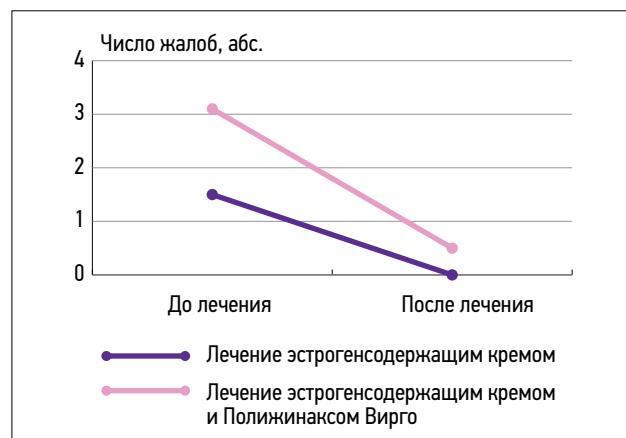


Рисунок. Сравнительная количественная характеристика жалоб до и после лечения

Расхождение синехий в группе девочек, пролеченных эстрогенсодержащим кремом в сочетании с эмульсией Полижинакса Вирго, в 67% случаев произошло на 7-е сутки, у 33% девочек – до 14 сут от начала лечения. В группе девочек с синехиями без воспаления, пролеченных эстрогенсодержащим кремом, расхождение синехий произошло в 89% случаев до 7-х суток, у одной – на 21-е сутки (у девочки наблюдалось рецидивирование процесса более 2 раз в год на протяжении последних 3 лет).

Таблица 2. Количественное соотношение микроорганизмов во влагалище у здоровых девочек и в общей группе девочек с синехиями

Микроорганизм	Контрольная (3-я) группа, $10^{M \pm m}$ ($n = 8$)	4-я (общая) группа, $10^{M \pm m}$ ($n = 18$)	p4-3
<i>Lactobacillus spp.</i>	$10^{2,10 \pm 0,10}$	–	0,008
<i>Enterobacteriaceae</i>	$10^{3,43 \pm 0,19}$	$10^{3,43 \pm 0,43}$	0,090
<i>Streptococcus spp.</i>	$10^{4,00 \pm 0,28}$	$10^{4,59 \pm 0,19}$	0,078
<i>Staphylococcus spp.</i>	$10^{4,30}$	$10^{3,63 \pm 0,20}$	0,154
<i>G. vaginalis</i> , <i>P. bivia</i> , <i>Porphyromonas spp.</i>	$10^{5,22 \pm 0,25}$	$10^{5,71 \pm 0,21}$	0,041
<i>Eubacterium spp.</i>	$10^{4,79 \pm 0,33}$	$10^{5,49 \pm 0,20}$	0,033
<i>Sneathia spp.</i> , <i>Leptotrichia spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i>	$10^{4,57 \pm 0,39}$	$10^{4,44 \pm 0,32}$	0,593
<i>Megasphaera spp.</i> , <i>Veillonella spp.</i> , <i>Dialister spp.</i>	$10^{4,55 \pm 0,17}$	$10^{5,07 \pm 0,21}$	0,015
<i>Lachnobacterium spp.</i> , <i>Clostridium spp.</i>	$10^{3,65 \pm 0,38}$	$10^{4,00 \pm 0,16}$	0,179
<i>Mobiluncus spp.</i> , <i>Corynebacterium spp.</i>	$10^{4,10 \pm 0,22}$	$10^{4,71 \pm 0,18}$	0,040
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	$10^{4,68 \pm 0,21}$	$10^{5,06 \pm 0,26}$	0,114
<i>A. vaginae</i>	$10^{3,50}$	$10^{2,21 \pm 0,42}$	0,232
<i>Candida spp.</i>	–	$10^{3,30}$	0,493
<i>M. hominis</i>	$10^{1,00 \pm 0,00}$	–	–
<i>Ureaplasma</i>	–	$10^{5,90}$	0,493

Представленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности лечения лекарственной эмульсией Полижинакс Вирго воспалительного процесса вульвы, сочетающегося с синехиями наружных половых органов. Благодаря антимикробному эффекту препарата быстро купировались клинические проявления воспаления вульвы в виде зуда, жжения и наряда с этим происходила быстрая эпителизация эрозированных участков слизистой оболочки преддверия влагалища.

Выводы

1. При сравнительном анализе микробного пейзажа наружных половых органов здоровых девочек и с наличием синехий нами выявлено, что достоверно чаще слипчивый процесс наружных гениталий сопровождается преобладанием анаэробной флоры (*Megasphaera spp.*, *Eubacterium spp.* и *G. vaginalis*) и тенденцией к преобладанию аэробных микроорганизмов (*Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae*), что можно расценивать как состояние дисбиотического процесса.
2. На фоне неспецифического вульвовагинита требуется более длительная терапия девочек с синехиями с подключением антибактериальных средств для санации влагалищного микробиоценоза.
3. Применение капсул Полижинакса Вирго дает положительный клинический эффект, выражющийся в уменьшении количества жалоб и visualных патологических признаков воспалительного процесса вульвы.

Список использованной литературы

1. Анатомо-физиологические особенности девочки в процессе созревания репродуктивной системы (нейтральный период, препубертат) [Электронный ресурс]. Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. Medichelp.ru: [сайт]. Режим доступа: <http://www.medichelp.ru>, свободный.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М: МИА, 2000.
3. Дмитриев Г.А., Глазко И.И. Бактериальный вагиноз. – М: БИНОМ, 2008.
4. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. – М: МЕДПРАКТИКА-М, 2006.
5. Кравченко М.Е. Характер микробиоценоза влагалища и коррекция различных клинических форм его нарушений у девочек в период полового созревания: Автореф. дис... канд. мед. наук. – СПб, 2003.
6. Маркин Л.Б., Яковleva Э.Б. Справочник детского гинеколога. – К: Интермед, 2004.
7. Руководство по гинекологии детей и подростков. Под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. – М: Триада-Х, 2005.
8. Спиридонова Н.В., Басина Е.И., Мелкадзе Е.В. Неспецифический вагинит у беременных: возможно ли лечение с сохранением вагинальных лактобацилл? Акуш гин репрод 2012; 6: 1: 6-13.
9. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш., Латыпова Н.Х. Влагалище как микроэкосистема в норме и при воспалительных

процессах различной этиологии. Репродуктивное здоровье детей и подростков 2005; 2: 26-38.

10. Уварова Е.В., Латыпова Н.Х., Муравьева В.В., Султанова Ф.Ш., Плиева З.А. Возрастные особенности диагностики и лечения бактериального вагиноза в детском и подростковом возрасте. Ресвест акуш-гин 2006; 6: 4: 57-61.
11. Яковлева Э.Б., Сергиенко М.Ю., Межова О.К. Оптимизация лечения и профилактики вульвовагинитов у девочек нейтрального периода. Медико-социальные проблемы семьи 2010; 15: 3: 65-68.
12. Joishy M., Ashtekar Ch.S., Jain A., Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; 330: 7484: 186-188.

The specific features of the vaginal microbial landscape in girls with an adhesive process in the external genitals

N.V. Spiridonova, A.V. Kazakova

Vaginal microbiocenosis was investigated in 26 girls aged 6 months to 8 years in the hormonal rest (neutral) period. Group 1 consisted of girls with external genital synechiae and none complaints, as well as unchanged vaginal mucosal color, and physiological discharge from the genital tract. Group 2 included patients with synechiae and complaints about burning sensations, discomfort concurrent with abnormal vaginal discharge. A control group (Group 3) comprised healthy adolescents undergoing a preventive examination. All the girls with vulvar synechiae received medical therapy involving the topical application of estrogen cream containing 1.0 mg of estriol. Polygynax Virgo was used as a combination anti-inflammatory agent in a group of girls with signs of a vulvar inflammatory process.

Examination of the quantitative parameters of microbiocenosis in the examined groups of girls revealed the differences suggesting that there was a preponderance of dysbiotic processes in the girls with synechiae. Comparative analysis of complaints and visual signs showed that the baseline sum of clinical, pathological markers was higher in Group 2 girls with an inflammatory process whereas there was no significant group difference in the number of complaints and visual signs after antibacterial therapy with Polygynax Virgo. The given results suggest that the adhesive process of the external genitals in the girls was significantly more frequently accompanied by a preponderance of the anaerobic flora and by a tendency for aerobic microorganisms (*Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae*) to prevail, which may be regarded as a dysbiotic state. The antibacterial agent Polygynax virgo as a therapeutic emulsion showed a high clinical efficacy in reducing the number of complaints and visual pathological signs of a vulvar inflammatory process.

Keywords: girls of the hormonal rest period, external genital synechiae, nonspecific vulvovaginitis, quantitative polymerase chain reaction, vaginal microbiocenosis, antimicrobial therapy, Polygynax Virgo.

Ефективність застосування експрес-тестів у пацієнток з недоношеною та переношеною вагітністю на фоні бактеріального вагінозу

І.А. Жабченко, д.мед.н., науковий керівник відділення патології вагітності та пологів;

І.С. Ліщенко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

У статті висвітлено питання щодо ролі бактеріального вагінозу в процесах структурних змін шийки матки за умов переношеної та недоношеної вагітності. Запропоновано сучасні методи діагностики за допомогою експрес-тестів (CITOLAB, actim Partus) та визначено їх інформативність і достовірність у різних клінічних ситуаціях. Відзначено більш тісний кореляційний зв'язок між pH вагінального вмісту та процесами дозрівання шийки матки саме в разі переношеної та пролонгованої вагітності порівняно з випадками загрози передчасних пологів.

Ключові слова: шийка матки, бактеріальний вагіноз, переношена вагітність, передчасні пологи, експрес-тести, CITOLAB, actim Partus.

Aктуальність проблеми зумовлена високою частотою бактеріального вагінозу (БВ) у вагітних, внаслідок якого можуть виникати ускладнення гестаційного періоду та пологів.

У здорових жінок репродуктивного віку загальна маса мікроорганізмів у піхві становить 6-8,5 lg КУО/мл. Вони представлені великою кількістю штамів: грампозитивні, грамнегативні аеробні, факультативно- та облігатно-анаеробні (лакто-, біфідо-, коринебактерії, різні стрептококки, ешеріхії і т.ін.). Їхнє загальне число може сягати понад 40, включаючи види, які за певних умов здатні стати патогенами та ініціювати запальний процес статевих органів [1]. Домінуючими бактеріями піхвового середовища є *Lactobacillus spp.* (палички Додерлейна), які у здорових жінок, у т.ч. вагітних, виявляються у 80-100% випадків і визначають ступінь неспецифічного захисту мікробіоценозу піхви [2, 3]. Для підтримки їхньої активної життєдіяльності необхідне кисле середовище, анаеробні умови та достатній вміст в епітелії піхви глікогену – основного субстрату метаболізму. Під час розпаду глікогену в епітелії накопичується молочна кислота та перекис водню, що сприяє підтримці оптимального рівня pH у піхві та забезпечує

ріст кислотостійких бактерій. Захисні властивості лактобактерій проявляються прямою антибактеріальною дією перекису водню на умовно-патогенні мікроорганізми, а також достатньо високою концентрацією молочної кислоти, яка визначає нормальний рівень pH в межах 4,0-4,7 [4].

У здорових вагітних паралельно зі збільшенням строку гестації під впливом гормонів жовтого тіла, а потім і плаценти слизова оболонка піхви потовщується, підвищується еластичність клітин проміжного шару, концентрація естрогенів, що сприяє збільшенню кількості лактобактерій у 10 разів. Цей факт сприяє зниженню колонізації піхви та шийки матки небажаними мікроорганізмами, адже саме лактобактерії є першим та основним фактором антиінфекційного захисту [10]. Некориговані якісні та кількісні патологічні зміни в піхві вагітної призводять до порушення мікробіоценозу, розвитку запальних процесів і, як наслідок, підвищують ризик розвитку акушерських та перинатальних ускладнень [5].

БВ – єдиний дисбіотичний стан, який увійшов до Міжнародної класифікації хвороб і потребує відповідної корекції, згідно з наказом МОЗ України. За даними різних авторів, він спостерігається

у 15-37% вагітних, виступаючи фактором ризику та частою причиною ускладнень під час вагітності, пологів та післяполового періоду [6, 11, 12].

За новітніми даними, при БВ середнє число домінуючих у піхві видів мікроорганізмів наближається до 13, у той час як при нормоценозі становить лише 3. У хворої жінки в 1 мл вагінальних виділень міститься в середньому 10^9 - 10^{11} КУО полімікробної мікрофлори — *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, *Fusobacterium spp.* та навіть *Clostridiales*. На думку професора С.І. Роговської, сьогодні саме цей мікроорганізм слід віднести до потенційних збудників БВ [13]. Проте основним патогеном, що спричиняє БВ, вважається *G. vaginalis*. Ця бактерія займає близько 90% біоплівки, розділяючи її лише з *Atopobium vaginae*. У 2010-2013 рр. Джек Собель визначив саме *G. vaginalis* як основного ініціатора БВ, докази якого ґрунтуються на вивчені faktorів вірулентності у всіх бактерій, асоційованих із БВ, зокрема на:

- вираженості адгезії на бактеріальних клітинах;
- здатності утворювати біоплівки;
- цитотоксичності (за рахунок продукції такого фактора патогенності, як фермент сіалідаза).

Саме при БВ найбільше проявляється вірулентність *G. vaginalis* у порівнянні з її коменсальним філотипом [13, 14]. Слід відмітити, що адгезія гарднерел до епітелію піхви дуже висока, її максимум настає при pH 5,4, оскільки чим більш лужним є середовище, тим комфортнішими є умови для умовно-патогенних мікроорганізмів [13].

На сьогоднішній день існує безліч методів для визначення наявності та ступеня вираженості БВ. Однак ще до мікроскопії та молекулярних методів діагностики слід проводити простий, але дуже інформативний тест — pH-метрію вагінального вмісту, оскільки саме кислотність піхвового середовища є одним із показників нормального біоценозу піхви [11-13]. У вирішенні даної діагностичної проблеми допомагають індикаторні тест-смужки CITOLAB pH виробництва компанії «Фармаско» (Україна).

Одна з проблем сучасного акушерства — висока частота передчасних пологів, що є наслідком істміко-цервіальної недостатності, інфікування нижнього полюса плодового міхура і його передчасного розриву [8]. За даними літератури, від 30 до 40% передчасних пологів зумовлені наявністю урогенітальної інфекції [9]. При цьому зміни біоценозу піхви з відповідними порушеннями pH можуть бути прийняті за фактор ризику передчасних пологів [4]. Також для визначення ймовірності передчасних пологів досить успішно в наш час використовується експрес-тест *actim Partus*, маркером якого є фосфорильовані ізоформи протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (фПЗІФР-1). На території України даний тест пропонує компанія «Фармаско». фПЗІФР-1 продукуються децидуальними клітинами, містяться

в цервіальному секреті жінок з інтактними плодовими оболонками і відрізняються від таких в амніотичній рідині. Коли шийка матки дозріває, децидуальна та плодова оболонки відокремлюються, і деяка кількість фПЗІФР-1 потрапляє до цервіального каналу. Негативний результат вказує на недостатню зрілість шийки матки та низький ризик розвитку спонтанної полової діяльності протягом 7 днів після проведення тесту. За даними виробника, прогностична цінність результату становить 94%, а діагностична специфічність — 100% [7].

Мета роботи полягала у визначені діагностичної значимості вимірювання pH піхви та експрес-тесту на виявлення фПЗІФР-1 у пацієнток із загрозою передчасних пологів та переношеною вагітністю.

Матеріали та методи дослідження

Упродовж 2013-2014 рр. було проведено динамічне спостереження за 31 вагітною з моменту їх госпіталізації до виписки після пологів.

Критерії включення до дослідження: одноплідна вагітність, відсутність тяжкої екстрагенітальної патології.

Усі пацієнтки були обстежені в повному клініко-лабораторному об'ємі. У ході роботи було використано загальноклінічні (клініко-анамнестичні, лабораторні), спеціальні (УЗД з доплерометрією, кардіотокографія), імунологічні та статистичні методи дослідження.

Усіх жінок ознайомили з метою та методами наукового дослідження та отримали письмову згоду на участь у ньому.

Для pH-метрії виділень з піхви використовували напівкількісні тести із сухим реактивом та еталонною кольоровою шкалою — CITOLAB pH. Для проведення експрес-тесту на наявність фПЗІФР-1 (*actim Partus*) були взяті зразки цервіального слизу за допомогою стерильних поліефірних тампонів, які залишались у шийці матки протягом 10-15 с. Потім проводили екстракцію зразка, занурюючи тампон у пробірку з реагентом та збочуючи протягом 20 с для адекватного змішування. Поява двох блакитних смужок у тестовій зоні свідчила про позитивний результат (пологи мають настати протягом найближчих 7 днів), однієї контрольної смужки — про негативний.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2014 р. було проведено динамічне спостереження за 31 вагітною, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці ДУ «ІПАГ НАМН України» з приводу загрози передчасних пологів (> 28 тиж) та пролонгованої і переношеної вагітності (> 40 тиж).

Переважна більшість (52%) пацієнток була віком від 26 до 30 років. Середній вік жінок, яким проводили pH-метрію та тест на визначення фПЗІФР-1, становив 28,5 року.

ЛАБОРАТОРІЯ В КИШЕНІ



ВАГІНАЛЬНИЙ рН ТЕСТ

CITOLAB®

Визначення рН
вагінального середовища

- Скринінг вагінальної інфекції
- Контроль біоценозу піхви
- Профілактика висхідного інфікування



actim™ PARTUS

Діагностика ризику
передчасних пологів

- Маркер визначення фПЗІФР-1 (фосфорильзований протеїн-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту)
- Прогнозування загрози передчасних пологів

Визначення тактики ведення вагітної
жінки



Свідоцства про державну реєстрацію № 11916/2012 від 11.10.2012, № 8850/2009 від 11.08.2009.

www.pharmasco.com

ДЛЯ ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я

Інформація призначена виключно для медичних установ і лікарів, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

ТОВ «ФАРМАСКО». ЛАБОРАТОРІЯ В КИШЕНІ

тел.: +38 (044) 537 08 04

e-mail: contact@pharmasco.com

У 17 (54,8%) пацієнток вагітність була першою, в 11 (35,5%) – другою і в решти трьох (9,7%) – третьою.

Одним із важливих чинників ризику пролонгованої та переношеної вагітності та, навпаки, загрози передчасних пологів є надлишкова маса тіла або ожиріння, що визначається шляхом розрахунку індексу маси тіла. Середній його показник в учасниць дослідження становив 28,1.

Із загального числа вагітних у 12 жінок мала місце загроза передчасних пологів, серед них у чотирьох (33,4%) – pH піхвового вмісту дорівнював 5,0, у восьми (66,6%) – 6,0. Тест на наявність фПЗІФР-1 в 11 (90,1%) осіб був негативним і лише в однієї (9,9%) – позитивним (пацієнтика народила дитину наступного дня після проведення тесту).

Необхідно зазначити, що всі вагітні, незважаючи на негативний результат тесту на фПЗІФР-1, мали істміко-цервікальну недостатність та ознаки інфекційного процесу в піхві. Тому вони отримували повноцінне лікування з приводу загрози передчасних пологів та санацію піхви і були вписані зі стаціонару з прогресуючою вагітністю.

З 19 жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю тест на наявність фПЗІФР-1 був позитивним у 13 (68,5%) осіб, із них у дев'яти (69%) – pH піхви становив 5,0, у чотирьох (31%) – 6,0.

Усі 13 пацієнток з пролонгованою вагітністю, у яких експрес-тест був позитивним, народили протягом 7 діб (100%): на 1-2-гу добу – дев'ять (69%) жінок, на 3-4-ту добу – дві (15,5%). Ще у двох (15,5%) пацієнток пологи відбулися на 5-7-му добу. Згідно з інструкцією виробника, діагностичний діапазон можливого розвитку спонтанної пологової діяльності при позитивному результаті тесту становить 7-14 днів.

Негативні результати тесту на фПЗІФР-1 отримано у шести (31,5%) жінок, з них у трьох (50%) – pH вагінальних виділень дорівнював 5,0, у трьох (50%) – 6,0. Аналізуючи ці дані, слід зазначити, що три пацієнтки з негативним результатом тесту на фПЗІФР-1 та pH піхви 5,0 народили протягом 2-3 діб завдяки індукції пологової діяльності, а ще три – розроджені шляхом операції кесарів розтин за показаннями з боку плода (дистрес плода). За даними Л. В. Посисєєвої та співавт. (2012), зсув pH піхви у лужний бік затримує підготовку шийки матки до пологів за рахунок порушення імунних процесів у ній та дозрівання колагену на фоні дисбіотичних змін [15]. Ця думка підтверджується й нашими дослідженнями, що дає можливість розглядати БВ як важливий чинник ризику переношування вагітності та потребує розробки алгоритму дій із санації піхви та підготовки шийки матки до початку адекватної пологової діяльності.

Слід також зазначити, що кореляційний зв'язок між pH вагінального вмісту та процесами дозрівання шийки матки більш тісний саме в разі переношеної та пролонгованої вагітності, ніж у

випадках загрози передчасних пологів. Водночас достовірність окремо взятого тесту actim Partus була однаково високою в обох категоріях вагітних.

Висновки

1. Тест на визначення готовності шийки матки до пологів actim Partus, що виявляє маркер фПЗІФР-1, та тест для оцінки pH вагінального вмісту СITOLAB pH є легкими у використанні та завдають менше дискомфорту вагітній, аніж піхвове дослідження або трансвагінальне УЗД.

2. Згідно з нашим дослідженням, інформативність експрес-тесту actim Partus становить 100% у пацієнток із загрозою передчасних пологів та істміко-цервікальною недостатністю, а також серед осіб із пролонгованою вагітністю. У жінок з переношеною вагітністю інформативність тесту було складно визначити, оскільки навіть за наявності негативного результату тесту більшість з них були розроджені в ургентному порядку за акушерськими показаннями.

3. Зсув pH піхви у лужний бік затримує підготовку шийки матки до пологів за рахунок порушення імунних процесів і дозрівання колагену на фоні дисбіотичних змін. За результатами визначення pH вагінального вмісту з використанням індикаторних тест-смужок СITOLAB pH ВВ можна розглядати як важливий чинник ризику переношування вагітності, що потребує розробки алгоритму дій із санації піхви та підготовки шийки матки до початку адекватної пологової діяльності.

4. Кореляційний зв'язок між pH вагінального вмісту та процесами дозрівання шийки матки є більш тісним саме в разі переношеної та пролонгованої вагітності, ніж у випадках загрози передчасних пологів. Водночас достовірність окремо взятого тесту actim Partus була однаково високою в обох категоріях вагітних.

5. Вищезгадані тести можна використовувати для вирішення питання щодо вичікувальної тактики або активної індукції пологової діяльності при пролонгованій/переношенні вагітності, прогнозуванні розвитку пологової діяльності за умов неденошеної вагітності, дисбіотичних змін у родових шляхах. У залежності від результатів цих експрес-тестів з урахуванням даних УЗД (стан плода), індивідуальних анамнестичних і клінічних особливостей вагітної має визначатися послідовність дій лікаря, спрямованих на найбільш вигідний для окремого гестаційного строку результат (збереження неденошеної вагітності, підготовка шийки матки до пологів при переношенні/пролонгованій вагітності, санація піхви та зсув pH її вмісту в кислий бік у всі строки гестації).

Список використаної літератури

1. Діагностика, лікування та профілактика патології слизових оболонок у жінок: нові відповіді на одвічні запитання (Матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною

- участю «Патологія слизових оболонок у жінок. Нове в діагностиці, лікуванні, профілактиці», 23 жовтня 2014 р., Київ) / Український медичний часопис. – 2014. – № 6 (104) – X/XII. – С. 28-29.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 1200 с.
 3. Радзинский В.Е. Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 472 с.
 4. Хамошина М.Б. Нарушения микробиоценоза урогенитального тракта: грани проблемы, перспективы коррекции и профилактики / М.Б. Хамошина, В.Е. Радзинский, А.С. Календжян, А.С. Рубцова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8, № 5. – С. 69-74.
 5. Тютюнник В.Л. Дисбиотические состояния при беременности и методы их коррекции / В.Л. Тютюнник // РМЖ. – 2003. – № 16. – С. 34-37.
 6. Кремец К. Современные представления о бактериальном вагинозе и некоторые аспекты терапии / Новости медицины и фармации. – 2012. – № 411. – С. 11-12.
 7. Застосування швидких тестів в акушерсько-гинекологічній практиці (методичні рекомендації) / Під ред. В.В. Каміньского. – К., 2009. – 34 с.
 8. El-Shazly S., Makhseed M., Azizieh F., Raghupathy R. Increased expression of pro-inflammatory cytokines in placentas of women undergoing spontaneous preterm delivery or premature rupture of membranes / Am.J. Reprod. Immunol. – 2004, Jul; 52 (1): 45-52.
 9. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D. Epidemiology and causes of preterm birth / Lancet. – 2008, Jan 5; 371 (9606): 75-84.
 10. Brown C.J. Preliminary characterization of the normal microbiota of the human vulva using cultivation independent methods / J. Med. Microbiol. – 2007, 56 (2): 271-276.
 11. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Перинатальні інфекції”». – К., 2006. – 12 с.
 12. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гинекологічної допомоги в Україні». – К., 2011. – 196 с.
 13. Савичева О.М., Балан В.Е., Роговская С.И. Вагинальная микробиота: лента новостей. Бактериальный вагиноз: от новых трендов науки к практическим решениям // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – № 4 (79). – С. 47-52.
 14. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А. и др. Коррекция нарушенний биоценоза влагалища: марш на месте или движение вперед? // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 4 (18). – С. 92-100.
 15. Посисеева Л.В., Кулида Л.В., Сытова Л.А. Сравнительный цитологический анализ мазков из половых путей женщин при подготовке шейки матки к родам / Тезисы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14-17 ноября 2012 г., Москва). – С. 72-74.

Эффективность применения экспресс-тестов у беременных с недоношенной и переношенной беременностью на фоне бактериального вагиноза

И.А. Жабченко, И.С. Лищенко

В статье рассматривается вопрос касательно роли бактериального вагиноза в процессах структурных изменений шейки матки при переношенной и недоношенной беременности. Предложены современные методы диагностики с помощью экспресс-тестов (CITOLAB, actim Partus) и определена их информативность и достоверность в разных клинических ситуациях. Отмечена более тесная корреляционная связь между pH влагалищного содержимого и процессами созревания шейки матки именно в условиях переношенной и пролонгированной беременности по сравнению со случаями угрозы преждевременных родов.

Ключевые слова: шейка матки, бактериальный вагиноз, переношенная беременность, преждевременные роды, экспресс-тесты, CITOLAB, actim Partus.

Efficiency of application of express tests for pregnant with prematurely born and postmature pregnancy on a background of bacterial vaginosis

I.A. Zhabchenko, I.S. Listchenko

In the article a question is reflected in relation to the role of bacterial vaginoses, in the processes of structural changes of cervix of the uterus at postmature and prematurely born pregnancy. The modern methods of diagnostics offer by means of express tests (CITOLAB, actim Partus) and their informing and authenticity is certain in different clinical situations. More close cross-correlation connection is marked between pH of vaginal content and processes of ripening of cervix of the uterus exactly in the conditions of postmature and prolonged pregnancy as compared to the cases of threat of premature lying-ins.

Keywords: cervix of the uterus, bacterial vaginosis, post pregnancy, premature lying-in, express tests, CITOLAB, actim Partus.

P

Назначение лекарственных средств беременным

Нередко при назначении лекарственных средств беременным врачи испытывают затруднения, обусловленные недостаточной информацией о их безопасности, переоценкой возможного риска препарата, учащением судебных исков в разных странах. Представляем вашему вниманию обзор статьи N. Mehta, K. Chen, R.O. Powrie, ведущих специалистов в области акушерства и гинекологии Университета Брауна, одного из наиболее престижных частных учебных заведений США.

Primum non nocere («Прежде всего – не навреди») – принцип, которому во всем мире обучают студентов-медиков. В дальнейшей повседневной работе врачи всегда оценивают возможный вред при любом вмешательстве. Больше всего этот вопрос волнует клинициста при назначении медикаментов беременной женщине, поскольку большинство пациенток негативно относится к медицинскому риску.

При наблюдении за беременной важно определить, должен ли ребенок быть высшим приоритетом, независимо от того, какая проблема возникает у женщины? Или стоит принять совершенно противоположную позицию: мать должна лечиться наилучшими средствами, не учитывая состояния ребенка?

Существует широко распространенное убеждение об уязвимости матери и плода во время беременности. Следовательно, в случае необходимости лечения женщина тоже оказывается перед выбором: должна она быть хорошей матерью и избегать любого риска для ребенка или быть ответственной матерью, которая следует советам врача, и принимать рекомендованное лечение?

В действительности путь принятия решения редко является таким двойственным. В большинстве случаев лучшее средство для матери является таковым же и для ребенка.

Ключевые аспекты назначения лекарственных средств беременным

Не существует защитного барьера между материнским и плодовым окружением

Плацента содержит полупроницаемую мембрану, через которую одни вещества поступа-

ют из материнской в эмбриональную кровь, а другие выводятся. Однако этот механизм нельзя назвать защитным, когда речь идет о медикаментах. Предполагается, что в определенной степени при их воздействии плод подвергается риску.

Препараты, обладающие липофильными свойствами, низким молекулярным весом или не ионизируемые при физиологическом уровне pH, лучше проходят через плаценту. Вместе с тем установлено, что гепарин и инсулин являются исключением из правила о проницаемости плаценты для большинства лекарственных средств.

От срока гестации зависит действие препарата на плод

У людей и животных воздействие тератогена на эмбрион или плод может привести к необратимым структурным или функциональным аномалиям. Самым опасным по формированию структурных мальформаций является влияние в I триместре беременности. Однако гибель плода, нарушение развития его нервной системы, функционирования отдельных органов могут произойти и в более поздние сроки. Например, действие ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) в раннем периоде беременности связано с незначительными врожденными пороками сердца, в то же время во II или III триместре это может привести к маловодию, неонатальной анурии, гипоплазии легких, задержке внутриутробного развития и смерти плода.

Физиологические изменения при беременности влияют на фармакокинетику лекарственных средств

Беременность ассоциируется с увеличенным объемом плазмы, возросшим уровнем клубочковой фильтрации и дилюционной гипоальбуминемией. Все эти факторы могут влиять на биодоступность лекарственных средств. Кроме того, всасывание пероральных препаратов также может измениться вследствие замедленной перистальтики желудка.

Хотя физиологические изменения обычно не требуют пересмотра дозы препарата, они должны учитываться при выборе подходящего средства. Например, многократный прием препарата

вероятнее обеспечивает более длительный эффект, чем его однократная доза, которая быстрее выводится из организма беременной.

Доверия только категориям безопасности может быть недостаточно

Для помощи клиницистам в назначении лекарственных средств беременным Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA, США) препараты раздены на пять категорий риска.

Категория А. Контролируемые испытания не выявляют значительных побочных эффектов, и возможный вред для плода оказывается незначительным.

Категория В. Доказательства риска для человека не получены в исследованиях на животных и в клинических испытаниях.

Категория С. Риск для плода не может быть исключен, принимая во внимание результаты исследований на животных или отсутствие данных клинических испытаний.

Категория Д. Положительные свидетельства риска для плода, но применение может быть позволено в некоторых случаях.

Категория X. Противопоказаны при беременности, доказательства риска для плода получены в исследованиях на животных или клинических испытаниях, на основании опыта применения; риск препарата при беременности превышает любую возможную пользу.

К сожалению, эта классификационная система имеет некоторые недостатки:

- категории часто рассматриваются как система градации, в которой риск возрастает от низшего в категории А до высшего в категории X, и информация о безопасности в сопровождающем препарат описании не всегда принимается специалистами;
- клиницисты неправильно понимают, что препараты в одной категории имеют одинаковый риск. Следует заметить, что 65-70% всех лекарственных средств находятся в категории С. В эту категорию включены медикаменты с неблагоприятными данными испытаний на животных или отсутствием таковых. Кроме того, результаты исследований могут варьировать по тяжести от малого веса плода до формирования больших структурных мальформаций и смерти;
- большинство данных о безопасности медикаментов при беременности основывается на изучении животных, описание клинических случаев, исследованиях методом случай-контроль или регистрах беременных, и каждый из этих источников имеет значительные ограничения;
- категории не учитывают различия между результатами исследований на животных и клинических испытаний. Например, для препаратов из категории В испытания на животных

могут не выявить риска, но результаты клинических исследований могут этому не соответствовать. Возможен и другой вариант: экспериментами на животных определен риск, а клиническими испытаниями – нет.

Необходимо отметить, что ни одна из классификационных систем не свидетельствует о потенциальном вреде отказа от медикаментов во время беременности.

Информационные ресурсы для оценки безопасности лекарственного средства при беременности

FDA предложены изменения маркировки лекарственных средств относительно беременности и лактации. Внесенные изменения устраняют существующие категории и взамен предусматривают краткое описание рисков, результатов влияния препарата на плод и клинические показания для применения при беременности. Кроме того, маркировка должна включать описание влияния медикамента на лактацию, количество препарата в молоке и возможное воздействие на младенца.

Следует отметить, что список веществ и лекарственных средств, обладающих тератогенным действием, которые абсолютно противопоказаны во время беременности, остается небольшим:

- алкоголь;
- ИАПФ;
- антидепрессанты (пароксетин);
- антиэpileптические препараты (фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал, валпроевая кислота);
- антineопластические препараты (циклофосфамид, метотрексат);
- андрогены;
- анксиолитики;
- карбимазол;
- кокаин;
- эстрогены (диэтилстилбестрол);
- флуконазол;
- литий;
- метимазол;
- мизопростол;
- пеницилламин;
- радиоактивный йод (йодид натрия-128);
- ретиноиды (изотретиноин);
- статины;
- группа тетрациклинов;
- талидомид;
- живые вакцины;
- варфарин.

**Вопросы, требующие решения
при выборе лечения беременных**

Симптом самокупируется или поддается немедикаментозному лечению?

В современном обществе принято считать, что каждый симптом требует своей таблетки.

Не может быть лучшего времени, чтобы переосмыслить эту практику, чем период гестации. Чаще всего во время беременности применяются препараты для лечения инфекций верхних дыхательных путей, головной боли или психологического дистресса. Вынашивание ребенка – идеальное время для информирования пациенток относительно ограниченной эффективности большинства средств от насморка и кашля, нецелесообразности антибиотиков при простуде и вирусных бронхитах. Это также самое подходящее время для пересмотра образа жизни, релаксации, поисков причины хронической головной боли и других проблем. В случае легкой и умеренной депрессии в период беременности можно рассмотреть пользу психотерапии по сравнению с лечением медикаментами.

Вариант, который должен рассматриваться врачом – предложение будущей матери возможности немедикаментозной терапии самокупирующихся симптомов или наблюдение без назначения лечения.

Как убеждения пациентки и врача влияют на выбор лечения?

Имеет ли женщина желание получать лечение? Каково ее мнение в отношении своей болезни?

Как у пациентки, так и у врача имеется много опасений и предрассудков касательно применения лекарственных средств во время беременности. Опыт женщины и ее окружения может представлять огромное препятствие необходимому применению медикаментов во время беременности. Неправильная информация в медиа и сведения, полученные от членов семьи, друзей, некоторых медицинских работников, являются еще одним препятствием. Единственный способ справиться с этой проблемой – непосредственное обсуждение с пациенткой ее страхов и опасений в отношении каждого выписанного рецепта. Врачам также необходимо обратить внимание на собственные предубеждения по поводу безопасности медикаментов при беременности. Проблемы специалиста могут возникнуть из единичного отрицательного опыта лечения беременной, неуверенности или убеждения, что такие женщины должны избегать любых рисков, даже если состояние матери требует фармакологического лечения.

Получение полной информации является основой для рациональных назначений при беременности.

Влияет ли беременность на заболевание женщины и каким образом?

На многие состояния беременность может влиять по-разному. Такие заболевания, как астма, мигрень, аритмия, часто обостряются при беременности, ставя мать и плод под угрозу повышенной заболеваемости. Проявления тиреотоксикоза и гипертензии могут уменьшаться при беременности, поэтому возможна отмена медикаментов.

Понимание влияния гестации на определенную проблему может помочь клиницисту принять информированное решение об использовании лекарственных средств в этот период.

Как заболевание женщины влияет на течение беременности?

Оценка риска нелеченого заболевания для беременной может помочь в принятии решения.

Многие медицинские состояния отрицательно влияют на внутриутробное развитие ребенка. Ярким примером является диабет с низким контролем гликемии, который ассоциируется с врожденными мальформациями, спонтанными abortами, смертью плода. Хронические состояния с периодическими обострениями, такие как астма или эпилепсия, повышают риск для плода в течение приступа. Для хронических состояний продолжение поддерживающей терапии является лучшей тактикой ведения. В этих случаях желательно провести замену на препарат с адекватными данными о безопасности перед беременностью. Именно поэтому решающим является консультирование со специалистом до зачатия. Если таким образом проведена коррекция, любого риска от обострения заболевания для матери или эмбриона можно избежать.

Для состояний, вновь возникающих во время беременности, основополагающие принципы остаются такими же: является ли риск фармакотерапии выше, чем риск нелеченого заболевания? Неизменно ответ на этот вопрос поддерживает использование лекарственных средств, и грамотный специалист сможет выбрать лечение, оправданное в большинстве случаев.

Выбор препарата

Благополучие плода зависит от хорошего состояния матери. Вследствие этого применение медикаментов во время беременности должно рассматриваться больше как оправданное, чем как безопасное. В таблице приведен список часто наблюдаемых при беременности состояний, препаратов выбора для их безопасного лечения и альтернативные варианты, применение которых оправданно в некоторых случаях.

Рекомендуемые стандарты при назначении лекарственных средств во время беременности

Назначение медикаментов при беременности осуществляется наиболее успешно, когда и пациентка, и врач учитывают пользу для плода, которая достигается путем улучшения здоровья матери. Рекомендуемые стандарты для обеспечения оптимальной терапевтической пользы при лечении беременной:

- вовлекать пациентку в процесс принятия решения, узнать ее опасения, тревоги и предпочтения в отношении болезни и ее лечения;

**Таблица. Избранные лекарственные препараты
для состояний, часто наблюдаемых во время беременности**

Состояние или заболевание	Препараты выбора	Альтернативные варианты	Комментарии
Акне	Местно эритромицин, бензоила пероксид, клиндамицин	Перорально эритромицин, местно третиноин	Изотретиноин противопоказан
Астма	Ингаляционные β-агонисты (длительного и короткого действия), кортикоステроиды, ипратропиум, кромолин, системные стероиды	Ингибиторы лейкотриена, омализумаб	
Запоры	Бисакодил, докузат натрия, глицерин, псилиум, гидроксид магния, минеральное масло		
Кашель	Гвайфенезин, кодеин, декстрометорфан		
Депрессия	Сертралин, амитриптилин, нортриптилин	Флуоксетин, флуоксамин, эсциталопрам, циталопрам, венлафаксин	Невысокий риск тератогенности и развития неонатальных синдромов при приеме пароксетина; назначение нежелательно
Диабет	Инсулин		Глибурид и метформин могут играть основную роль при лечении гестационного диабета. Целесообразно продолжать применение инсулина гларгин, если требуется высокий гликемический контроль
Диспепсия	Ранитидин, фамотидин, циметидин, сукральфат, антациды	Омепразол, лансопразол, эзомепразол	
Боль, в т.ч. головная	Ацетаминофен, кодеин, меперидин, морфин, метоклопрамид, кофеин		Нерегулярное периодическое применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) до 20 нед гестации может быть оправданно в некоторых случаях; некоторые эпидемиологические исследования предполагают, что использование НПВС, включая ибuproфен, может повысить риск кардиальных пороков и гастрошизиса; использование в поздние сроки нежелательно из-за опасения преждевременного закрытия артериального протока
Гипертензия	Лабеталол, нифедипин, метилдопа, гидralазин	Другие β-адреноблокаторы, кроме атенолола (из-за возможной ассоциации с задержкой внутриутробного развития)	Противопоказаны ИАПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина

Продолжение таблицы

Состояние или заболевание	Препараты выбора	Альтернативные варианты	Комментарии
Гипертиреоз	Пропилтиоурацил – в I триместре, метимазол – в более поздние сроки	β-адреноблокаторы посимвтомно	Хирургическое лечение возможно во II триместре; радиоактивный йод противопоказан
Инфекции	Пенициллин, цефалоспорины, азитромицин, нитрофурантоин, ванкомицин, изониазид, ацикловир, зидовудин и другие антиретровирусные препараты	Аминогликозиды, триметоприм, сульфонамиды, метронидазол	Назначение кларитромицина и фторхинолонов нежелательно
Заложенность носа	Оксиметазолин, назальные стероиды, кромолин, ипратропиум		Назначение псевдоэфедрина и фенилэфрина нежелательно
Тошнота и рвота	Метоклопрамид, прохлорперазин, дименгидринат, прометазин, доксилиамин плюс пиридоксин, ондансетрон		
Тромбоз	Гепарин (с низким молекулярным весом и нефракционный)		Некоторые специалисты считают, что известный тератоген варфарин имеет значение при ведении пациенток с искусственным клапаном сердца после I триместра; нет адекватных исследований, оценивающих использование при беременности новейших антикоагулянтов, однако фондапарин успешно применялся при гепарин-индукционной тромбоцитопении

- информировать беременную о риске нелеченого заболевания в противовес риску применения медикаментов;
- выбирать лекарственные средства с наиболее доступными данными о безопасности. Известить пациентку, какие ресурсы были использованы при выборе препарата;
- целесообразно проводить поиск оптимальных препаратов каждый раз при выдаче рецепта беременной или кормящей женщине;
- если возможно, провести обсуждение в предварительном периоде;

- рассматривать динамическую физиологию гестации и выбирать правильный препарат соответственно триместру;
- обсудить план лечения с пациенткой и другими специалистами;
- определить четкие критерии прекращения терапии.

Подготовила Виктория Лисица

По материалам: *Prescribing for the pregnant patient*
// *Cleveland Clinic Journal of Medicine*
2014. 81(6):367-372.

Эффективность использования управляемой баллонной тампонады матки как метода остановки послеродового гипотонического кровотечения

Н.С. Луценко¹, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой; С.П. Коломоец², главный врач; К.В. Островский^{1,2}, к.мед.н., доцент кафедры; В.Е. Галацкий², заведующий отделением патологии беременных; С.Д. Четвертушкина²; Н.В. Гайдай³, к.мед.н., доцент кафедры; М.В. Голубев²; Е.С. Любомирская^{3,4}

¹ Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

² УОЗ «Родильный дом № 3» г. Запорожье

³ Кафедра акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета

⁴ КУ «Областной перинатальный центр» ЗОС

Проведен ретроспективный анализ применения управляемой баллонной тампонады матки у 11 родильниц с однoplодной беременностью, ранний послеродовой период у которых осложнился гипотоническим кровотечением.

Ключевые слова: управляемая баллонная тампонада матки, послеродовое гипотоническое кровотечение, остановка кровотечения.

На современном этапе развития акушерства основными направлениями оказания помощи при послеродовом кровотечении являются: предотвращение патологической кровопотери, геморрагического шока и тяжелой материнской заболеваемости, а также максимальное сокращение количества хирургических вмешательств (лапаротомия, наложение компрессионных швов, перевязка сосудов, экстирпация матки) при вагинальных родах [1, 3]. В ряде перинатальных центров и клинических родильных домов Украины внедрение новых высокотехнологичных, эффективных и экономически выгодных методов лечения послеродовых кровотечений можно считать свершившимся фактом.

На фоне стабильно высокой частоты кровотечений в акушерской практике в нашей стране актуальность использования управляемой баллонной тампонады матки (УБТМ) обусловлена необходимостью повсеместного применения любых новых

эффективных методов борьбы с послеродовым гипотоническим кровотечением (ПГК), позволяющих женщине сохранить ее генеративную функцию [2].

Говоря об особенностях акушерского кровотечения, нельзя не вспомнить морфологические исследования, выполненные на обширном трупном материале в Медицинской школе университета Буэнос-Айреса аргентинским профессором J.M. Palacios Jaraquemada [2, 3]. Его неординарные анатомические изыскания, сделанные с педантичной скрупулезностью с использованием специальных вспомогательных методик, убедительно показали, что репродуктивная система женщины с точки зрения кровоснабжения имеет две отдельные, четко обособленные части [9]. На основе полученных результатов J.M. Palacios Jaraquemada первым в 2005 г. в номенклатуру репродуктивной анатомии женщины ввел новые термины – сегменты S1 и S2 [9]. Согласно

предложенной концепции, сегмент S1 представлен телом матки, а сегмент S2 составляют нижний сегмент и шейка матки, верхняя часть влагалища и прилегающие области параметрия [9]. Так, кровоснабжение тела матки (сегмент S1) обеспечивается в основном восходящей ветвью маточной артерии и в меньшей степени нисходящей ветвью яичниковой артерии, а сегмент S2 характеризуется определенной уникальностью кровоснабжения [9]. Наряду с тем, что в системе его кровоснабжения присутствует значительно большее число самостоятельных, имеющих разное происхождение, артерий, все они объединены многочисленными анастомозами в единую экстенсивную сосудистую систему, которая во время беременности функционирует с максимальной интенсивностью [9]. По плотности коллатералей и соединений сосудистая система органов малого таза не имеет аналогов в человеческом теле. Именно поэтому перекрытием кровотока в одном отдельно взятом сосуде в сегменте S2 ограничить объем кровопотери зачастую не удается [9]. Этим объясняется тот факт, что при успешной попытке любым известным способом редуцировать кровоток только в маточной артерии, коллатеральная циркуляция в других анастомозирующих с ней артериях (внутренняя срамная, нижняя пузырная, влагалищная, нижняя ягодичная и др.) будет вносить свой трудно контролируемый вклад в общую кровопотерю [9, 10].

Факт немедленного включения коллатерального кровообращения был подтвержден при перевязке артерий на различных уровнях: начиная с маточной артерии, далее внутренней подвздошной и вплоть до общей подвздошной артерии [8, 10]. Следует отметить, что чем дистальнее от матки пытаться блокировать ее перфузию, тем выше вероятность получения сопутствующей тяжелой ишемизации соседних органов и тканей: мочевого пузыря, ягодичной области и даже нижней конечности. При выборе конкретной тактики указанные риски осложнений, безусловно, перевешивают теоретическую возможность остановки маточного кровотечения таким способом. Для оперирующего акушера-гинеколога концепция сегментов S1 и S2 имеет громадное практическое значение [10]. Так, если при кровотечении из сегмента S1 (тело матки) адекватным вариантом лечения будет перевязка восходящей ветви маточной артерии и яичниковой артерии, а при вросшей в тело матки плаценте достаточно ампутации матки, то остановка кровотечения из сегмента S2 представляет собой значительно более сложную задачу [10]. Если, например, источником кровотечения является разрыв влагалища (сегмент S2), то хирургический подход – перевязка или эмболизация маточной артерии и даже экстирпация матки – не спасет женщину от смерти. Здесь требуются другие методы лечения [10].

Структурно-функциональными особенностями нижнего сегмента матки обусловлен целый ряд предрасполагающих к упорному кровотечению факторов: скучное количество мышечной ткани и ограниченная ее сократительная способность; малозначимое практическое влияние утеротоников на эту часть матки. Более того, кровотечение зачастую имеет место на фоне хорошо сократившейся матки [9]. При низком прикреплении плаценты в этой бедной мышечной тканью области происходит формирование новой, чрезвычайно активной системы маточно-плацентарного кровообращения. А остановка кровотечения из сосудов плацентарной площадки при отделении плаценты в первую очередь обусловлена мощным сокращением окружающих мышечных волокон, которых здесь недостаточно [9]. При этом чрезвычайно развитая система коллатералей в сегменте S2 обрекает на неудачу попытку остановки кровотечения в нижнем сегменте при лигировании отдельных сосудов [10].

При задаче такой сложности наиболее эффективным является проведение проксимального, максимально приближенного к матке, воздействия на источник кровотечения: оказание прямого компрессионного воздействия на открытые сосуды, смыкание их просвета, остановка кровотечения. Таким образом определяется возможность игнорировать все питающие их магистрали и коллатерали, поскольку уже не имеет значения, откуда только что кровоточащие сосуды получали кровоснабжение [9, 10]. Существует несколько акушерских методик лечения кровотечения, основанных на принципе прямого давления на кровоточащий сосуд. В первую очередь это использование внутриматочного баллона, оказывающего непосредственное давление на спиральные артерии плацентарной площадки при любой ее локализации на стенке полости матки [10].

Областью применения баллонной тампонады полости матки должно быть не только лечение кровотечений, но и их предупреждение, в первую очередь массивных акушерских кровотечений [5]. За последние 7 лет благодаря внедрению технологии УБТМ частота послеродовых кровотечений сократилась в 2,5 раза [5]. Наиболее эффективным в снижении частоты случаев ПГК является раннее начало терапии при кровопотере < 500 мл [5].

Алгоритм лечения при гипотоническом кровотечении определяется объемом кровопотери [4]. В случае если объем кровопотери только превысил 500 мл, проводят катетеризацию мочевого пузыря, назначают утеротоники, выполняют ручное обследование и бимануальную компрессию матки, восстановление целостности родовых путей [4]. Если принятые меры не оказали эффекта и кровотечение продолжается, но объем кровопотери не превысил 1500 мл, рекомендовано

проведение УБТМ. Эффективность данного метода, согласно результатам мировой практики, составляет 88-100% [4, 7].

Целью настоящего исследования была оценка эффективности использования УБТМ как метода остановки ПГК.

Материалы и методы исследования

На основе данных медицинской документации, а именно: обменных карт формы № 113/о, историй родов формы № 096/о – проведен ретроспективный анализ применения УБТМ у 11 родильниц с одноплодной беременностью, ранний послеродовой период которых осложнился гипотоническим кровотечением. Все пациентки были родоразрешены на базе УЗ «Родильный дом № 3» г. Запорожья в период с мая по ноябрь 2014 г. Статистическая обработка данных проведена с использованием программ Microsoft Office Excel – 2007, Statistica 6.0.

Для проведения УБТМ использовали катетер типа Бакри. Согласно приказу МЗ Украины от 24.03.2014 г. № 205, УБТМ проводят следующим образом. Специальный баллон или резиновую перчатку, присоединенную к урологическому катетеру, вводят в полость матки при помощи окончатого зажима (за границу внутреннего зева) (рисунок) [6]. Затем для контроля правильности установления системы проводят подтягивание с незначительным усилием. Это позволяет удостовериться, что баллонная часть системы находится в полости матки, а нижняя часть – перед внутренним зевом. При помощи шприца баллон заполняют стерильным физиологическим раствором в количестве 300-500 мл для обеспечения контрудавления с целью прекращения кровотечения [6].

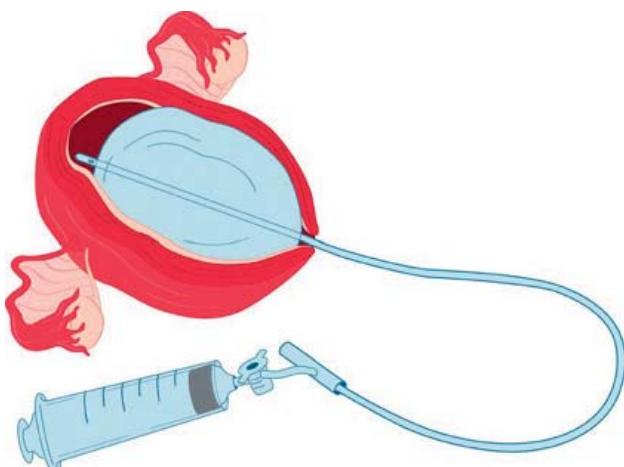


Рисунок. Управляемая баллонная тампонада матки

Для улучшения максимального тампонадного эффекта, противодавление также необходимо усилить уплотнением вагинального канала марлей, пропитанной йодом или антибиотиками.

Инфузия окситоцина длится в течение 24 ч. В случае продолжающегося кровотечения в бал-

лон дополнительно вводят стерильный физраствор. Если кровотечение остановилось, и родильница предъявляет жалобы на боль, выводят 50-100 мл раствора. Назначают антбактериальную терапию с целью профилактики гнойно-септических осложнений. Баллон оставляют на 24 ч. За состоянием женщины в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии осуществляют мониторинг. Затем постепенно выводят раствор в течение 2 ч, после чего баллон удаляют [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ данных показал, что средний возраст обследованных пациенток составил $24,54 \pm 5,84$ года.

Различные экстрагенитальные заболевания были выявлены у семи (63,6%) женщин. При этом пациентки чаще страдали заболеваниями мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит 27,3%), органов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит 18,2%), варикозной болезнью нижних конечностей (9,1%); наличие в анамнезе перенесенного вирусного гепатита А или С имело место в 9,1% случаев.

Гинекологические заболевания выявлены у шести (54,5%) женщин. У них чаще встречались заболевания шейки матки – 45,5%, патология молочной железы (фиброаденома) – 9,1%.

Среди обследуемых семь (63,6%) пациенток являлись первородящими. Самопроизвольный выкидыш в анамнезе был у одной (9,1%) женщины. Артифициальными abortами предыдущие беременности завершились у трех (27,3%) лиц.

Течение настоящей беременности было осложненным у восьми пациенток, что составило 72,7%. Структура осложнений гестационного процесса представлена следующим образом: угроза прерывания беременности, преждевременный разрыв плодных оболочек – у 27,3% беременных, низкое прикрепление плаценты, маловодие/многоводие, ОРВИ – у 18,2% пациенток, угроза преждевременных родов, истмико-цervикальная недостаточность, гестационный диабет, анемия беременных – в 9,1% случаев.

Роды per vias naturalis произошли у 100% женщин. У четырех (36,4%) рожениц они осложнились первичной (9,1%) и вторичной (27,3%) слабостью родовой деятельности, которая поддалась коррекции при введении тономоторной смеси. Преждевременные и запоздалые роды произошли у 9,1% пациенток.

Средняя общая продолжительность родов равнялась 9 ч 42 мин ± 2 ч 40 мин. Продолжительность первого периода родов в среднем составила 9 ч 7 мин ± 2 ч 29 мин, второго – 31,3 мин \pm 16,2 мин, третьего – 6,12 мин \pm 2,19 мин. Длительность безводного промежутка у рожениц с преждевременным разрывом плодных оболочек не превышала 24 ч (в среднем 7 ч 32 мин \pm 5 ч 8 мин).

В результате родилось шесть мальчиков и пять девочек. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой минуте составила $7,55 \pm 0,69$ балла, на пятой минуте – $8,36 \pm 0,81$ балла. Средняя масса новорожденных – $3357,27 \pm 422,1$ г. Роды крупным плодом (масса 4170-4180 г) произошли у двух (18,2%) пациенток. Врожденных пороков развития у новорожденных обнаружено не было.

Ранний послеродовой период 11 родильниц осложнился ПГК. Согласно приказу МЗ Украины от 24.03.2014 г. № 205, был соблюден следующий алгоритм действий оказания помощи при ПГК:

- введение утеротоников 1-й линии (окситоцин 20 Ед в 400 мл 0,9% раствора NaCl внутривенно);
- наружный массаж матки, ручное обследование полости матки;
- введение утеротоников 2-й линии (мизопростол 800 мкг *per rectum* – у 7 родильниц); 3-й линии (пабал 100 мкг внутривенно – 1 пациентке);
- УБТМ в условиях развернутой операционной с внутривенным введением транексамовой кислоты. Нами был использован отечественный препарат транексамовой кислоты Гемаксам (50 мг/мл) производства ООО НИКО, Украина.

Среднее время до применения баллона после ручного обследования полости матки в нашем исследовании составило $7,13 \pm 8,18$ мин. Объем жидкости, вводимой в баллон, варьировал от 200 до 400 мл и в среднем был равен $302,72 \pm 64,51$ мл. Время с момента введения баллона до полной остановки кровотечения и восстановления сократительной активности матки в среднем равнялось $2,8 \pm 1,2$ мин. Средняя общая продолжительность нахождения баллона в полости матки до момента извлечения составила $18,43 \pm 5,35$ ч. Всем родильницам была назначена

антибактериальная терапия: цефуроксим в дозе 1,5 г внутривенно во время проведения УБТМ, затем по 750 мг внутримышечно 2 раза в день в течение 3 дней с переходом на таблетированную форму, а также утеротоники. Эффективным применение УБТМ считалось в том случае, если не требовалось перехода к следующему – хирургическому этапу лечения ПГК. Эффективность применения УБТМ во всех случаях составила 100%. Средние объемы кровопотери по клиническим этапам отображены в таблице 1. Минимальная общая кровопотеря составила 750 мл, максимальная – 1000 мл. Среди и объемы проводимой инфузционно-трансфузионной терапии представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, большую часть заместительной инфузционной терапии составлял раствор Рингера-Локка (производства ООО НИКО, Украина), который использовали для повышения эффективности гемотрансфузионных мероприятий. Этот раствор, являясь полионированным и сбалансированным, оказывает более выраженное заместительное действие, отдельные его ингредиенты активно участвуют в клеточном метаболизме. Раствор Рингера – Локка относительно хорошо удерживается в кровяном русле, имеет питательную ценность, снижает ацидоз и восстанавливает водно-солевой баланс. Средний общий объем инфузционно-трансфузионной терапии составил 2214 ± 695 мл.

Об эффективности применения УБТМ также можно судить по гематологическим показателям, динамика которых представлена в таблице 3. Своевременное применение УБТМ позволило предупредить массивную акушерскую кровопотерю и развитие постгеморрагической анемии среднетяжелой и тяжелой степени.

Таблица 1. Средние объемы кровопотери (мл) на разных клинических этапах лечения ПГК

Показатель	Клинические этапы			Общая кровопотеря
	Перед проведением РОПМ*	После РОПМ*	После УБТМ	
M (SD)	400 (5 0)	341 (97)	0	741 (120)
Me [Q25-Q75]	400 [400-400]	300 [300-400]	0	750 [600-800]

*РОПМ – ручное обследование полости матки; M – среднее значение;

SD – стандартное отклонение; Me – медиана; Q25-25 квартиль (перцентиль); Q75-75 квартиль (перцентиль).

Таблица 2. Объем проведенной инфузционно-трансфузионной терапии

Показатель	Инфузционно-трансфузионные среды					
	Раствор NaCl 0,9%	Раствор Рингера – Локка	Гелофузин	Плазма свежезамороженная	Эритроцитарная масса	Гемаксам
N	11	11	7	2	1	10
M, мл	581,82	1045,46	500	470	638	10,45
SD, мл	315,65	369,77	0	325,12	0	4,72
Me, мл	400	800	-	600	-	10
[Q 25 – Q75] мл	[400-800]	[800-1500]	-	[100-710]	-	[10-10]
Min, мл	200	500	500	600	638	10
Max, мл	1200	1600	500	710	638	20

N – количество женщин.

Nikopharm®

НОВАТОРСКИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ГЕМАКСАМ

ТРАНЕКСАМОВАЯ КИСЛОТА
50 мг/мл



**ЭФФЕКТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
КРОВОТЕЧЕНИЙ**



**РИНГЕРА-ЛОККА
РАСТВОР ДЛЯ ИНФУЗИЙ**

① Для разміщення 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.

За дополнительной информацией обращайтесь: ООО «НИКО», 04070, Киевская обл., г. Киев, ул. Боричев Ток, 35 а.
Tel.: +38 (095) 282 66 10, www.nikopharm.com.ua

Таблица 3. Динамика гематологических показателей в процессе лечения

Время проведения исследования	Гематологические показатели									
	Hb, г/л		Эритроциты, Т/л		Цветной показатель		Ht, %		Тромбоциты, г/л	
	M (SD)	Me [Q25-Q75]	M (SD)	Me [Q25-Q75]	M (SD)	Me [Q25-Q75]	M (SD)	Me [Q25-Q75]	M (SD)	Me [Q25-Q75]
После УБТМ*										
	114,18 (13,77)	116 [104-127]	3,56 (0,49)	3,61 [3,22-3,98]	0,92 (0,02)	0,9 [0,9-0,93]	32,77 (4,48)	33,5 [33-35,5]	224,55 (23,31)	214 [208-242]
1-е сутки	96,18 (15,48)	96 [85-107]	3,09 (0,66)	2,92 [2,74-3,29]	0,94 (0,04)	0,94 [0,9-0,98]	28,36 (4,52)	28 [24,5-32]	-	-
2-е сутки	93,27 (16,01)	92 [84-108]	2,91 (0,50)	2,88 [2,52-3,36]	0,93 (0,04)	0,9 [0,9-0,96]	28 (5,39)	27 [24,5-34]	-	-

*Исследование проведено на cito.

Средняя продолжительность пребывания родильниц в стационаре составила $5,09 \pm 1,97$ койко-дня.

Выводы

Проведение УБТМ на ранних этапах развития ПГК позволяет в течение нескольких минут остановить кровотечение, не допуская развития массивной кровопотери. Это является обоснованием для применения данной методики в качестве обязательного этапа протокола консервативных мероприятий по борьбе с продолжающимся ПГК после ручного обследования полости матки.

Эффективность применения УБТМ в УЗ «Родильный дом № 3» г. Запорожья составила 100%, о чем свидетельствуют полная остановка кровотечения, отсутствие в послеродовом периоде постгеморрагической анемии среднетяжелой и тяжелой степени, продолжительность пребывания пациенток в стационаре в течение $5,09 \pm 1,97$ койко-дня.

На фоне стабильно высокой частоты кровотечений в акушерстве новые высокотехнологичные, эффективные и экономически выгодные методы борьбы с ПГК, такие как УБТМ, позволяющие сохранить женщине ее репродуктивную функцию, должны занять достойное место в арсенале врачебной практики.

Список использованной литературы

- Кукарская И.И. Управляемая баллонная тампонада матки – эффективный и экономически выгодный метод борьбы с кровотечением / И.И. Кукарская, Т.В. Попкова, Е.А. Баева // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – № 3. – С. 89-90.
- Жуковский Я.Г. Управление риском: режим тотального контроля. Баллонная тампонада и новая акушерская практика / Я.Г. Жуковский, И.И. Кукарская // Status Praesens: гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2013. – № 3. – С. 2-8.
- Жуковский Я.Г. Баллонная тампонада Жуковского в профилактике и лечении послеродовых кровотечений / Я.Г. Жуковский, И.И. Баранов, О.Р. Баев и др. // Эффективная фармакотерапия (XIV Всероссийский научный форум «Мать и дитя» / V съезд акушеров-гинекологов России). – 2014. – № 11. – С. 54-66.
- Баев О.Р. Обязательное звено / О.Р. Баев, Я.Г. Жуковский // Медицинский вестник. – 2013. – № 3. – С. 1-4.

5. Киличева И.И. Методы ранней профилактики массивной акушерской кровопотери в условиях перинатального центра / И.И. Киличева // Эффективная фармакотерапия (XIV Всероссийский научный форум «Мать и дитя» / V съезд акушеров-гинекологов России). – 2014. – № 11. – С. 63-64.

6. Наказ МОЗ України від 24 березня 2014 р. № 205 «Клінічний протокол "Акушерські кровотечі".

7. Bakri balloon effectiveness for postpartum hemorrhage: a «real world experience» / Olsen R., Reisner D.P., Benedetti T.J. // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2013. – Vol. 26. – № 17. – P. 1720-1723.

8. Study of the uterine blood supply and its application in minimal surgical procedures / Palacios-Jaraquemada J.M. // Minim Invasive Ther Allied Technol. – 2009. – Vol. 18. – № 6. – P. 1-2.

9. Accurate nomenclature of pelvic vessels / Palacios-Jaraquemada J.M. // Am J Obstet Gynecol. – 2009. – Sep; 201(3): e7.

10. Postpartum hemorrhage: new management? / Palacios-Jaraquemada J.M. // Fertil Steril. – 2008. – Sep; 90(3). – P. 895-896.

Ефективність застосування керованої балонної тампонади матки як метода зупинки післяпологової гіпотонічної кровотечі

Н.С. Луценко, С.П. Коломієць, К.В. Острівський, В.Є. Галацький, С.Д. Четвертушкіна, Н.В. Гайдай, М.В. Голубєв, К.С. Любомирська

Проведено ретроспективний аналіз використання керованої балонної тампонади матки в 11 породіль з одноплідною вагітністю, ранній післяпологовий період яких ускладнився гіпотонічною кровотечею.

Ключові слова: керована балонна тампонада матки, післяпологова гіпотонічна кровотеча, зупинка кровотечі.

Efficacy of controlled uterine balloon tamponade as a method of stopping postpartum hypotonic bleeding

N.S. Lutsenko, S.P. Kolomoets, K.V. Ostrovsky, V.E. Galatski, S.D. Chetvertushkina, N.V. Gaidai, M.V. Golubev, E.S. Lubomirskaia

The article presents retrospective analysis of using intrauterine balloon tamponade as a stop hypotonic postpartum bleeding method in 11 women.

Keywords: intrauterine balloon tamponade, postpartum hypotonic bleeding, stop of bleeding.

Профилактика инсульта у женщин*

Рекомендации Американской ассоциации сердца¹, Американской ассоциации по изучению инсульта² – 2014

Рекомендации созданы с целью обобщения данных о факторах риска инсульта, универсальных для женщин (имеющих отношение к репродуктивной функции, связанных с преэкламсией, приемом оральных контрацептивов [ОК], менопаузой и гормональной терапией) и чаще встречающихся нежели у мужчин (мигрень с аурой, ожирение, метаболический синдром, фибрилляция предсердий [ФП]), а также для дополнения данных, представленных в более ранних руководствах, посвященных ведению пациенток с инсультом и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин.

Группа экспертов, применявшая компьютеризированный поиск, разработала рекомендации на основе проанализированных источников медицинской литературы соответствующей тематики, содержащих данные о взрослых пациентах и опубликованных до 15 мая 2013 г. При анализе материалов, на основе которых разработаны рекомендации, рабочая группа использовала методологические подходы доказательной медицины. В соответствии с ними класс рекомендации является оценкой эффекта лечения с учетом соотношения рисков и преимуществ, а также доказательства и/или согласованности в отношении того, что данное лечение/процедура является или не является полезным/эффективным, либо же в некоторых ситуациях может причинить вред. Уровень доказательности представляет собой оценку достоверности или точности лечебного эффекта.

Последствия преэклампсии и беременности

Профилактика преэклампсии

1. Женщинам с хронической первичной или вторичной артериальной гипертензией (АГ) или предшествующей АГ, связанной с беременностью, следует принимать аспирин в низких дозах с 12-й недели гестации до родов (класс I, уровень доказательности А)³.

2. Для женщин с низким диетическим потреблением кальция (< 600 мг/сут) следует рассмотреть назначение добавок кальция (≥ 1 г/сут, перорально) с целью предотвращения развития преэклампсии (I, А).

Лечение АГ во время беременности и после родов

1. При тяжелой АГ во время беременности необходима терапия безопасными и эффективными антигипертензивными препаратами, такими как метилдопа, лабеталол и нифедипин, с учетом побочных эффектов для матери и плода (I, А).

2. При умеренной АГ во время беременности можно рассмотреть применение безопасных и эффективных антигипертензивных средств с учетом данных о возможном повышении риска инсульта при определенных на текущий момент предельных значениях систолического и диастолического артериального давления (АД), а также сведений о снижении риска развития тяжелой АГ при лечении (хотя соотношение риска и ожидаемой пользы для матери и плода не определено) (Pa, B).

3. Атенолол, блокаторы рецепторов ангиотензина, а также прямые ингибиторы ренина противопоказаны при беременности и не должны использоваться (III, C).

4. После рождения ребенка женщинам с хронической АГ следует продолжать антигипертензивную терапию, откорректировав дозу с учетом уменьшения объема распределения и снижения скорости клубочковой фильтрации после родов. Они также должны находиться под тщательным наблюдением из-за опасности развития послеродовой преэклампсии (Pa, C).

Профилактика инсульта у женщин с преэклампсией в анамнезе

1. Из-за повышенного риска развития в будущем (от 1 года до 30 лет после родов) АГ и инсульта у женщин с преэклампсией в анамнезе (B) целесообразно:

- рассмотреть возможность оценки наличия в анамнезе преэклампсии/эклампсии у всех женщин в период от 6 мес до 1 года после родов, а также у тех, кто старше детородного возраста, и при обнаружении задокументировать это как фактор риска;
- оценить наличие сердечно-сосудистых факторов риска, включая АГ, ожирение, курение и дислипидемию, и назначить лечение (Pa, C).

*Опубликовано в журнале «Рациональная фармакотерапия», 2014, № 3.

¹American Heart Association, AHA; ²American Stroke Association, ASA.

³Далее по тексту в скобках указаны класс рекомендаций и уровень доказательности.

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ)

1. Пациенткам с подозрением на ЦВТ следует выполнить стандартное исследование крови, включающее общий анализ крови, развернутый биохимический анализ, определение протромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени (I, С).

2. В рамках первичных клинических исследований рекомендовано проведение скрининга для выявления потенциальных протромботических состояний, предрасполагающих к ЦВТ (например использование противозачаточных средств, сопутствующее воспалительное заболевание, инфекционный процесс) (I, С).

3. Тестирование с целью выявления протромботических состояний, в т.ч. дефицита протеина C, протеина S или антитромбина; антифосфолипидного синдрома; мутаций генов протромбина G20210A и фактора V (Лейдена) может быть полезным при ведении пациентов с ЦВТ. Дефицит протеина C, протеина S и антитромбина обычно определяют через 2-4 нед после завершения антикоагулянтной терапии. Ценность тестирования очень ограничена в острой ситуации или у пациентов, принимающих варфарин (IIa, В).

4. У пациентов со спровоцированным ЦВТ (связанным с транзиторным фактором риска) прием антагонистов витамина К может быть продлен до 3-6 мес, с целевым значением международного нормализованного отношения (МНО) в пределах 2,0-3,0 (IIb, С).

5. У пациентов с неспровоцированным ЦВТ прием антагонистов витамина К может быть продлен до 6-12 мес, с целевым значением МНО в пределах 2,0-3,0 (IIb, С).

6. Для пациентов с рецидивирующими ЦВТ, венозной тромбоэмболией после ЦВТ или первым проявлением ЦВТ с тяжелой тромбофилией (т.е. гомозигот по мутациям генов протромбина G20210A и фактора V; страдающих дефицитом протеина C, протеина S или антитромбина; имеющих комбинированные генетические дефекты, ведущие к тромбофилическим состояниям, или антифосфолипидный синдром) может быть рассмотрено назначение антикоагулянтов на неопределенный срок с целевым значением МНО в пределах 2,0-3,0 (IIb, С).

7. У женщин с ЦВТ, развившимся во время беременности, следует продолжать антикоагулянтную терапию низкомолекулярным гепарином (НМГ) в полных дозах в течение всей беременности; прием НМГ или антагониста витамина K (целевое значение МНО в пределах 2,0-3,0) следует продолжать в течение ≥ 6 нед после родов (с общей продолжительностью терапии минимум 6 мес) (I, С).

8. Целесообразно информировать женщин с ЦВТ в анамнезе о том, что будущая беременность не противопоказана, но следует продолжать ис-

следования, касающиеся основной причины заболевания и получать консультации гематолога или специалиста-гинеколога (IIa, В).

9. Для лечения острого ЦВТ во время беременности предпочтительнее НМГ в полных дозах, чем нефрaccionированный гепарин (IIa, С).

10. Для женщин с ЦВТ в анамнезе обоснованно профилактическое применение НМГ во время будущих беременностей и в послеродовом периоде (IIa, С).

Прием оральных контрацептивов

1. ОК могут причинять вред женщинам, имеющим дополнительные факторы риска (например курение, предшествующие тромбоэмбolicкие осложнения) (III, В).

2. У женщин, принимающих ОК, может быть целесообразной агрессивная терапия факторов риска инсульта (IIb, С).

3. Проведение рутинного скрининга для выявления протромботических мутаций до начала гормональной контрацепции не целесообразно (III, А).

4. Рекомендован контроль АД до начала гормональной контрацепции (I, В).

Гормональная терапия в постменопаузальный период

1. Гормональная терапия (конъюгированный конький эстроген с/без медроксипрогестерона) не должна применяться для первичной или вторичной профилактики инсульта у женщин в постменопаузе (III, А).

2. Селективные модуляторы эстрогенных рецепторов, такие как ралоксифен, тамоксифен или тиболон, не следует использовать для первичной профилактики инсульта (III, А).

Мигрень с аурой

1. Поскольку существует связь между более высокой частотой мигрени и риском развития инсульта, может быть целесообразным лечение, направленное на снижение частоты приступов головной боли, хотя доказательств в пользу того, что это снижает риск первого инсульта, недостаточно (IIb, С).

2. Из-за повышенного риска развития инсульта у курящих женщин, страдающих мигренью с аурой, следует настоятельно рекомендовать им отказаться от курения (IIa, В).

Ожирение, метаболический синдром и факторы образа жизни

1. Для первичной профилактики инсульта у женщин с сердечно-сосудистыми факторами риска推薦ован здоровый образ жизни, подразумевающий регулярную физическую активность; умеренное потребление алкоголя (< 1 допустимой порции в сутки⁴ для небеременных женщин);

⁴45 мл спиртного крепостью 40° или 150 мл вина крепостью 12°, или 360 мл пива крепостью 5°.

воздержание от курения; диету, богатую фруктами, овощами, зерновыми, орехами, оливковым маслом, с низким содержанием насыщенных жиров (например DASH [Dietary Approaches to Stop Hypertension – диета с антигипертензивным эффектом]) (I, B).

2. Изменение образа жизни с акцентом на диете и физические упражнения рекомендовано для первичной профилактики инсульта у лиц с высоким риском его развития (I, B).

Фиброплаия предсердий

1. Для женщин с ФП рекомендована стратегия стратификации риска, учитывающая связанные с возрастом и полом различия в заболеваемости инсультом (I, A).

2. С учетом повышающейся с возрастом частоты ФП и повышенного риска инсульта у пожилых женщин с ФП рекомендовано проведение активного скрининга (особенно для женщин > 75 лет) в учреждениях первичной медицинской помощи с измерением пульса и последующим электрокардиографическим исследованием при необходимости (I, B).

3. Назначение пероральных антикоагулянтов женщинам в возрасте ≤ 65 лет только с ФП (без других факторов риска; количество баллов по шкале CHADS⁵ = 0 или по шкале CHA2DS2-VASc⁶ = 1) не рекомендовано (III, B). Антитромбоцитарная терапия является оправданным терапевтическим подходом для отдельных женщин с низким риском (IIa, B).

4. Новые пероральные антикоагулянты представляют собой приемлемую альтернативу варфарину для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у женщин с пароксизмальной или постоянной ФП и предварительно выявленными факторами риска (в соответствии с CHA2DS2-VASc), у которых нет гемодинамически значимых заболеваний клапана сердца (или его протеза), тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина 15 мл/мин), уменьшенной массы тела (< 50 кг) или заболевания печени в прогрессирующей стадии (нарушения свертываемости) (I, A).

Стратегии профилактики инсульта у женщин

1. Женщины с бессимптомным стенозом сонной артерии должны быть обследованы для выявления других поддающихся лечению факторов риска инсульта; следует назначить соответствующие изменения образа жизни и фармакотерапию (I, C).

2. Женщинам, которые должны подвергнуться каротидной эндартерэктомии (КЭА), при отсут-

ствии противопоказаний рекомендован аспирин, поскольку он применялся во всех крупных исследованиях, продемонстрировавших эффективность КЭА (I, C).

3. Профилактическая КЭА (с соотношением заболеваемость/смертность < 3%) может быть полезна для тщательно отобранных пациенток с бессимптомным стенозом сонных артерий (минимум 60% по данным ангиографии, 70% по подтвержденным результатам ультразвуковой допплерографии) (IIa, A).

4. Для женщин с недавней ТИА или ишемическим инсультом в течение последних 6 мес и выраженным (70-99%) ипсилатеральным стенозом сонной артерии проведение КЭА рекомендовано, если periоперационная заболеваемость и риск смертности составляют < 6% (I, A).

5. Для женщин с недавней ТИА или ишемическим инсультом и умеренным (50-69%) ипсилатеральным стенозом сонной артерии проведение КЭА рекомендовано в зависимости от индивидуальных особенностей (возраст и сопутствующие заболевания), если periоперационная заболеваемость и риск смертности составляют < 6% (I, B).

6. Если выполнение КЭА показано женщинам с ТИА или инсультом, целесообразно провести вмешательство в течение 2 нед, а не откладывать операцию, если нет противопоказаний к ранней рееваскуляризации (IIa, B).

7. Терапия аспирином (75-325 мг/сут) является оправданной у женщин с сахарным диабетом при отсутствии противопоказаний (IIa, B).

8. При высокой степени риска (10-летний прогноз риска сердечно-сосудистых заболеваний ≥ 10%) женщинам показан прием аспирина; при непереносимости аспирина – клопидогрел (I, B).

9. Терапия аспирином (81 мг/сут или 100 мг через день) может быть полезна женщинам ≥ 65 лет при условии контроля АД и в случае, если вероятная польза от профилактики ишемического инсульта и инфаркта миокарда превышает риск желудочно-кишечных кровотечений и геморрагического инсульта (IIa, B). Прием аспирина может быть целесообразным для женщин < 65 лет с целью профилактики ишемического инсульта (IIb, B).

Реферативный обзор подготовила Наталья Купко

По материалам: C. Bushnell, L.D. McCullough, I.A. Awad et al. Guidelines for the prevention of stroke in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45 (5): 1545-88.

⁵Шкала CHADS2 – клинический инструмент для прогнозирования и оценки риска ишемического инсульта у больных с ФП; название происходит от первых букв англоязычных названий индивидуальных факторов риска инсульта: Congestive heart failure – хроническая сердечная недостаточность, Hypertension – гипертоническая болезнь, Age – возраст ≥ 75 лет, Diabetes mellitus – сахарный диабет, Stroke – ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) в анамнезе.

⁶Шкала CHA2DS2-VASc – применяется для прогнозирования риска ишемического инсульта и системной тромбоэмболии при ФП; представляет улучшенный вариант шкалы CHADS2, расширяя последнюю путем добавления общезвестных факторов риска инсульта: Vascular disease – поражение сосудов (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты), Age – возраст 65-74 года, Sex category – пол (женский).

Обновленные требования к рукописям, направляемым в редакцию журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины»

1. Правила направления рукописи в редакцию

В печать принимаются статьи, написанные на украинском или русском языке, которые раньше не публиковались и не были переданы для публикации в другие издания (в т.ч. электронные). Ответственность за достоверность информации и оригинальность представленных материалов возлагается на авторов.

Материалы, отправляемые по электронной почте, следует предоставлять в формате MS Word (с расширением *.doc, *.rtf).

Объем статьи: оригинальной – не более 15 страниц, лекции или обзора литературы – 20, описания клинического наблюдения – 7.

В статье должны быть указаны: ее название; инициалы и фамилии авторов, их ученое звание, научная степень, должность; наименование учреждения (учреждений), из которого вышла работа; резюме и ключевые слова на украинском, русском и английском языках; список литературы; подписи таблиц, схем и рисунков.

Для печати следует использовать текстовый редактор Microsoft Word, шрифт Times New Roman размером 14, стиль «обычный», подзаголовки выделять жирным шрифтом, ключевые слова – курсивом.

Не следует заимствовать значительную часть текста из открытых общеизвестных источников (книги, журналы, интернет). В тексте могут встречаться отдельные цитаты, но с обязательными ссылками на источник.

NB! Поступление статьи в редакцию подтверждает полное согласие автора с требованиями журнала.

2. Основные требования к оформлению научной статьи

Название статьи должно отображать ее содержание и цель.

Тема должна соответствовать профилю журнала, научная аргументация – быть логичной и убедительной.

Кроме того, требования включают такие необходимые элементы (без выделения рубрик), как: изложение основного материала исследования с обоснованием полученных результатов;

выводы из проведенного исследования и перспективы дальнейших разработок в данном направлении; актуальность и практическая значимость рукописи; соблюдение целесообразности и качества ссылок и литературных источников.

Лекарственные препараты должны быть указаны в международных непатентованных названиях, дозировки тщательно выверены. Описания пострегистрационных клинических испытаний лекарственных препаратов, продуктов питания, биологически активных добавок и средств по уходу за детьми должны обязательно включать информацию о регистрации и разрешении к применению указанной продукции официальными разрешительными органами (регистрационный номер, дата регистрации).

При упоминании использованной в ходе выполнения работы лечебно-диагностической аппаратуры необходимо в скобках указать название фирмы и страну-производителя.

При употреблении малораспространенных терминов, а также аббревиатуры следует разъяснить их при первом упоминании в тексте.

NB! Редакция не согласовывает с авторами изменения и сокращения рукописи, имеющие редакционный характер и не затрагивающие принципиальных вопросов.

Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысл статьи (орфографические и стилистические ошибки, последовательность изложения мыслей, повторы используемых фраз, стилистические несоответствия, смысловая точность речи и нарушение лексической сочетаемости и т.п.).

Подготовленный к печати материал с внесенными редакцией правками, направляется авторам для одобрения по электронной почте.

3. Резюме, ключевые слова, фото

Резюме представляет собой краткую характеристику тематического содержания статьи. В нем необходимо указать, что нового несет в себе данный материал, четко отразить цель, объект и методы исследования, основные результаты и выводы. Рекомендуемый объем резюме – 500-800 печатных знаков. Ключевые слова должны содержать 8-10 слов и словосочетаний и быть уникальными,

информационными. Например, такие слова, как «лечение» или «беременность», не являются уникальными и не помогут в поиске и идентификации статьи. Резюме и ключевые слова должны быть изложены на трех языках: украинском, русском и английском.

Фото автора должно быть цветным и обязательно в деловом стиле. Для статьи в соавторстве фото не требуется.

4. Оформление таблиц, диаграмм, иллюстраций

Каждый иллюстративный материал (фотографии, рисунки, рентгенограммы, графики, диаграммы и таблицы) представляется либо в оригинальном исполнении (фотографии, рисунки), либо отдельным файлом на электронных носителях в формате TIF, EPS, текст-подпись – отдельно в формате Word (с соответствующей нумерацией).

Рисунки и фотографии должны быть четкими и контрастными. На каждой фотографии ставится ее номер, фамилия автора и название статьи, а также обозначается верх рисунка.

Однотипные иллюстрации должны быть одинаковыми по размеру, масштабу, характеру представления информации.

Чертежи, диаграммы и таблицы должны иметь принтерную распечатку.

Ссылки и примечания к таблицам, подписи к рисункам и фотографиям размещаются непосредственно под ними.

5. Оформление электронной рукописи

Электронная рукопись предоставляется с обязательным указанием использованного текстового редактора. Не следует разбивать статью на отдельные файлы. Не рекомендуется переносить слова в текстовом редакторе (отключить функцию переноса). Знаки, недоступные вашему текстовому редактору (греческие буквы, математические формулы и т.п.), не следует писать от руки, их необходимо обозначить унифицированным кодом (например, альфа, @, # и т.п. для греческой буквы α).

6. Оформление физических единиц и терминов

Все физические величины и единицы приводятся в СИ, термины – согласно анатомической и гистологической номенклатурям, диагностика – по действующей Международной классификации болезней, лекарственные препараты – по международным названиям, тест-системы, реактивы, оборудование, приборы – с указанием производителя, страны.

7. Список используемой литературы

Список использованных источников оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 7.1:2006.

На каждый источник в списке должна быть хотя бы одна ссылка в тексте статьи. Отсутствие таких ссылок может быть основанием в отказе публикации статьи.

Допускаются ссылки на собственные работы авторов статьи (самоцитирование), но не более 25% от общего количества источников.

Нумерация ссылок осуществляется в алфавитном порядке или в порядке упоминания в тексте. Список используемой литературы должен включать не менее пяти источников.

8. Правила и порядок рецензирования научной статьи

Все статьи, поступающие в редакцию, рассматриваются редакционной коллегией; при положительном решении статья публикуется.

Редакция оставляет за собой право сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала.

При обнаружении в рукописи более 25% заимствованного текста без соответствующих ссылок и использования кавычек статья квалифицируется как содержащая плагиат. В этом случае редакция оставляет за собой право отказать автору в публикации.

Отказ от публикации может не сопровождаться разъяснением его причины и не может считаться отрицательным выводом о научной и практической ценности работы. Направленные в редакцию материалы не возвращаются.

NB! Если статья возвращена автору на доработку или на согласование, она должна быть отправлена в редакцию в течение 5 дней. По истечении указанного срока считается, что текст авторами одобрен.

После публикации все авторские права принадлежат редакции.

Рукописи направляются в редакцию на e-mail: m_arefyeva@inbox.ru URL: <http://mazg.com.ua> или по почте: ул. Светлицкого, 35-а, г. Киев, 04123, редакция журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины».

Вся переписка с редакцией осуществляется по этим же адресам.

Рассылка выпуска производится согласно плану выхода журнала. После его выхода автору высыпается 1 экземпляр по почте.

Телефон для дополнительной информации: (044) 391-31-41.



ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Вельмишановні колеги!

У ВЦ «КиївЕкспоПлаза» 15-17 квітня 2015 р. відбудеться VI Міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації» – головна подія в галузі охорони здоров'я України, яка об'єднує потужну науково-практичну програму, школи, найбільші на теренах України спеціалізовані виставки та створює міжнародну платформу для обміну досвідом і підвищення кваліфікації фахівців охорони здоров'я. Враховуючи організацію, кількість і географію експонентів, масштабність експозиційної частини, насиченість науково-практичної та ділової програм, активність відвідування, форум справедливо вважається найбільш значущою подією у сфері охорони здоров'я України.

Форум проходитиме за підтримки Президента України та під патронатом Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.

Організатори – Національна академія медичних наук України, Компанія LMT.

Офіційна підтримка – Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів, Київська міська державна адміністрація. За сприяння медичних асоціацій, громадських об'єднань, вищих навчальних медичних закладів України та закладів післядипломної освіти, соціальних фондів.

Генеральний партнер форуму – Toshiba Corporation.

Партнери: ALT Україна, Amed, INTERO, UMT+, Експерт, EMCIMED, Мед Ексім, Поліпромсинтез, Протек Солюшенз Україна, Хімлаборреактив, Сінево Україна, Укрдіагностика.

Інтегрований підхід форуму об'єднує найбільші в Україні спеціалізовані виставки та створює простір для взаємодії науки, практики, техніки та бізнесу.

Міжнародна виставка охорони здоров'я MEDICAEXPO – повний спектр обладнання, техніки, інструментарію, засобів медичного призначення вітчизняного та зарубіжного виробництва.

Тематичні розділи виставки:

MEDRadiology – конвенціональна рентгенодіагностика, рентгенівська комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукова діагностика, ядерна медицина, променева терапія, радіаційна безпека.

MEDLab – комплексне забезпечення медичних лабораторій.

MEDTech – медична техніка та обладнання для амбулаторного та стаціонарного лікування.

MEDSolutions – комплексні рішення для закладів охорони здоров'я: проектування, інженеринг, автоматизація, телекомунікаційні та інформаційні технології в медицині.

MEDRehab & Physio – обладнання та технології для фізіотерапії і медичної реабілітації.

MEDCleanTech – чисті приміщення, клінінг, спецодяг та засоби індивідуального захисту.

MEDIInnovation – інноваційні розробки та перспективні проекти науково-дослідних установ медичного профілю і медичних ВНЗ.

MEDDent – обладнання, матеріали та технології у галузі стоматології.

New! HEALTH BEAUTY – професійне обладнання, матеріали та сучасні технології для естетичної медицини, пластичної хірургії. Напрямок anti-aging.

Міжнародна фармацевтична виставка

PHARMAEXPO – лікарські препарати, парафармацевтична продукція, товари медичного призначення, лікувальна косметика, комплексне оснащення аптек, послуги для фармацевтичного ринку.

Формат виставок включає спеціальний діловий пакет пропозицій – **BusinessPoint i BuyersProgram** – заплановані бізнес-зустрічі, у рамках яких учасники форуму обговорюють майбутні спільні проекти, укладають договори про закупівлю, поставку обладнання та інших товарів.

Форум – захід, у якому необхідно взяти участь, якщо ви прагнете досягти успіху в роботі, провести ефективні ділові переговори, укласти договори, знайти нових партнерів, розширити горизонти своєї професійної діяльності або просто бути в центрі подій галузі охорони здоров'я.

Три динамічних дні навчання та підвищення кваліфікації включають IV Міжнародний медичний конгрес «**Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України**», який внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, що проводитимуться у 2015 р., затверджено-го МОЗ та НАМН України.

Конгрес – міжнародна міждисциплінарна платформа для підвищення кваліфікації, навчання, обміну досвідом та конструктивного діалогу вчених, практикуючих лікарів та експертів різних сфер медицини. Конгрес відкриває перед фахівцями можливість брати участь у численних науково-практичних заходах – симпозіумах, конференціях, круглих столах, семінарах, майстер-класах.



Співорганізаторами заходів виступають державні установи НАМН України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Всеукраїнська асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини, Асоціація радіологів України, Українська асоціація спеціалістів ультразвукової діагностики, Асоціація кардіологів України, Асоціація серцево-судинних хірургів України, Асоціація працівників медицини невідкладних станів та медицини катастроф, Асоціація ортопедів-травматологів України, Асоціація педіатрів України, Асоціація урологів України, Національний інститут раку МОЗ України, Українська асоціація нейрохірургів, Українська асоціація нефрологів, Українське товариство радіаційних онкологів, Український фармацевтичний інститут якості та ін.

Учасники науково-практичних заходів конгресу отримають сертифікати про підвищення кваліфікації.

У рамках конгресу передбачено спеціальні програми:

- Організація й управління охороною здоров'я.
- Дні лабораторної медицини.
- Медична радіологія: радіологія, рентгенологія, ультразвукова діагностика.
- Онкологія: онкогінекологія, онкохірургія, онкоотоларингологія, хіміотерапія, променева терапія, онкоофтальмологія, онконеурологія.
- Терапія: алергологія, гастроenterологія, гематологія, ендокринологія, імунологія, кардіологія, неврологія, нефрологія, урологія, офтальмологія, пульмонологія, ревматологія, сімейна медицина, трансфузіологія, сестринська справа.
- Фізіотерапія і реабілітація.
- HEALTH BEAUTY: дерматологія, дерматокосметологія, естетична медицина, пластична хірургія. Напрямок anti-aging.

Спеціальні напрямки:

- Хірургія: абдомінальна хірургія, ортопедія, травматологія, ендоскопія, хірургія серця і магістральних судин, нейрохірургія, анестезіологія, торакальна хірургія, трансплантологія, комбустіологія.
- Медицина невідкладних станів.
- Акушерство, гінекологія і педіатрія: генетика, здоров'я дітей, неонатологія, перинатологія, репродуктологія.

- Інфекційні хвороби і епідеміологія, ВІЛ/СНІД, туберкульоз, венерологія, паразитологія.
- Організація та управління фармацією: клінічна фармакологія, загальна фармація.

InnovationZone – відкриті презентації інноваційних розробок в галузі охорони здоров'я

Візитною карткою форуму є унікальні освітні школи – виняткова можливість протестувати сучасне медичне обладнання та отримати кваліфіковану консультацію від професіоналів у рамках зони майстер-класів MEDZOOM:

- Українська лабораторна школа.
- Школа головного лікаря.
- Школа ультразвукової та функціональної діагностики.
- Школа екстреної медичної допомоги.
- Школа реабілітаційної терапії.
- Школа health beauty.
- Українська школа медсестринства.

Паралельно з Міжнародним медичним форумом відбудеться IV Міжнародна виставка SPA & Wellness – Healthcare Travel Expo, орієнтована на практику надання високоякісних медичних послуг на території України та за її межами. У рамках виставки будуть представлені національні експозиції, провідні клініки, медичні та реабілітаційні центри, санаторно-курортні установи, SPA & Wellness курорти Австрії, Ізраїлю, Іспанії, Литви, Малайзії, Словаччини, Словенії, України, Фінляндії, Таїланду, Польщі, Туреччини, Угорщини та ін.

Міжнародний медичний форум – це ваш крок назустріч новим ідеям і напрямам для розширення знань, розвитку практичних навичок, обміну досвідом, підвищення кваліфікації та новим можливостям.

Вхід на форум вільний за умови попередньої реєстрації.

Чекаємо на вас 15-17 квітня 2015 р. у ВЦ «КиївЕкспоПлаза» для участі у VI Міжнародному медичному форумі «Інновації в медицині – здоров'я нації» (Україна, м. Київ, вул. Салютна, 2-Б, метро «Нивки»).

Детальна інформація:

- з питань участі у виставках:
тел.: +380 (44) 526-93-09, 526-92-97, 526-94-87,
e-mail: med@lmt.kiev.ua, expo@lmt.kiev.ua;
- з питань участі в конгресі:
тел.: +380 (44) 526-92-89, 361-07-21,
e-mail: congress@medforum.in.ua;
- www.medforum.in.ua;
- www.hexpo.com.ua.

Синдром поликистоза яичников: лабораторная диагностика гиперандrogenного статуса женщины



О.В. Рыкова, руководитель клинического направления лабораторной диагностики медицинской лаборатории «Синэво»

В статье представлены современные аспекты лабораторной оценки состояния гиперандрогенеза у женщин согласно руководству Европейского общества эндокринологов относительно диагностики и лечения синдрома поликистоза яичников (октябрь 2014).

Ключевые слова: синдром поликистоза яичников, гиперандрогенез, тестостерон.

В октябре 2014 г. в журнале European journal of endocrinology была опубликована статья, посвященная позиции Европейского общества эндокринологов (ESE) касательно диагностики и лечения синдрома поликистоза яичников (СПКЯ) [1]. Ранее, в декабре 2013 г., вышло руководство Американского общества эндокринологов по диагностике и лечению СПКЯ [2]. Большой интерес в научном мире к данному патологическому синдрому связан с его высокой встречаемостью. СПКЯ является наиболее распространенной гормональной дисфункцией яичников, сопровождающейся избытком андрогенов у женщин. Заболевание приводит, с одной стороны, к снижению репродуктивных возможностей, а с другой – к развитию изменений углеводного обмена, инсулинорезистентности. Это в свою очередь вызывает долгосрочные нарушения здоровья женщины, которые определяют не только качество жизни, но и ее продолжительность.

Биохимическая гиперандрогенезия является одним из критериев постановки диагноза СПКЯ. Поэтому вопросы выбора оптимального комплекса современных лабораторных тестов и алгоритмов их использования играют ключе-

вую роль при ведении данной категории пациенток. Мы предлагаем обзор основных рекомендаций ESE по оценке андрогенного статуса женщины [1].

Оценка андрогенного статуса: лабораторная диагностика

Гиперандрогенезия является одним из основных критериев постановки диагноза СПКЯ. При этом равнозначную ценность имеет как биохимическая, так и клиническая гиперандрогенезия. Не во всех случаях последняя сопровождается повышенными уровнями андрогенов в крови, что частично связано с возможностями традиционной лабораторной диагностики. В руководстве ESE содержатся рекомендации по применению современных тестов, наиболее адекватно отражающих уровень андрогенов, в частности метода tandemной масс-спектрометрии, которая характеризуется наиболее высокой точностью в измерении содержания гормонов.

Какой же перечень анализов гормональной панели необходим при постановке диагноза СПКЯ, и какие диагностические алгоритмы предлагаются практическому врачу в зависимости от результатов обследования?

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»

Ключевым гормональным тестом, оценивающим андрогенный статус, остается определение уровня общего тестостерона. Это основной циркулирующий в крови активный андроген, половина которого в организме женщины образуется в результате периферической конверсии андростендиона, синтезируемого в коре надпочечников и яичниках, а остальная часть секретируется непосредственно в данных органах. В норме около 60% циркулирующего тестостерона связано с глобулином, связывающим половые гормоны (ГСПГ), который биологически неактивен. Остальное количество связано альбумином (в тканях тестостерон отсоединяется от альбумина и быстро в них диффундирует), и только 1-2% гормона находится в свободной форме. Обе фракции – свободная и связанная с альбумином – присутствуют в тканях (их сумма составляет биологически доступный тестостерон), в то время как ГСПГ эффективно ингибирует действие тестостерона. У женщин свободная фракция гормона низкая за счет высокого уровня синтеза ГСПГ, который стимулируют эстрогены.

Определение уровня общего тестостерона в сыворотке крови проводится с целью установления биохимической гиперандрогении при постановке диагноза СПКЯ, исключения андроген-секретирующих опухолей, при которых история болезни с быстрым прогрессированием симптомов вирилизации позволяет заподозрить опухолевый источник избытка андрогенов. Согласно рекомендациям ESE, уровень тестостерона можно измерять в любой день менструального цикла, так как его вариации не значительны. Однако не всегда с помощью традиционных методов лабораторной диагностики удается обнаружить повышение синтеза тестостерона, частично это связано с возможностями этих тестов. Для решения подобных вопросов предлагается использовать более чувствительные и специфичные методы лабораторной диагностики – газовую хроматографию в сочетании с масс-спектрометрией или жидкостную хроматографию в комбинации с tandemной масс-спектрометрией, которые рекомендованы в качестве золотого стандарта в оценке концентраций стероидных гормонов.

Оценка уровней свободного тестостерона, андростендиона и дегидроэпиандростерона сульфата [ДГЭА-с]

Для оценки андрогенного статуса эксперты ESE не рекомендуют осуществлять анализ на свободный тестостерон, ибо результаты теста могут не соответствовать его истинному уровню. Наи-

более чувствительным и в значительной степени предпочтительным тестом в определении биологически активного тестостерона следует рассматривать индекс свободных андрогенов или тестостерона, который рассчитывается как соотношение между уровнем общего тестостерона и ГСПГ. Концентрацию ДГЭА-с рекомендовано измерять при подозрении на андроген-секретирующие опухоли.

Современные методы диагностики, включая определение андрогенов с помощью tandemной масс-спектрометрии, показали высокую диагностическую чувствительность и специфичность в отношении оценки андрогенного статуса теста на андростендион – предшественник тестостерона и эстрогенов, синтез которого происходит в коре надпочечников и гонадах под контролем адренокортикотропного гормона (АКТГ). Андростендион обладает более слабым андрогенным действием, для него характерны выраженные (до 40%) суточные колебания с максимальным уровнем в утренние часы (7.00-10.00) и минимальным – в вечерние (23.00). У женщин его концентрация зависит от фазы менструального цикла с максимумом в его середине цикла; при физиологической беременности содержание данного гормона в крови повышается. Уровень синтеза андростендиона отражает функциональную активность коры надпочечников и гонад. Так, его повышение может свидетельствовать о наличии гиперплазии, рака коры надпочечников, АКТГ-продуцирующей опухоли. В более редких случаях снижение уровня андростендиона может свидетельствовать о поражении коры надпочечников или гонад. Этот тест выполняют в комплексе с анализами на другие андрогены для оценки андрогенного статуса и выявления источника гиперандрогении. Он является одним из маркеров врожденной дисфункции коры надпочечников, обусловленной недостаточностью 21-гидроксилазы (анализы на 17-оксипрогестерон и кортизол), и используется для мониторинга эффективности глюкокортикоидной терапии при данном заболевании.

Глобулин, связывающий половые гормоны

В руководстве ESE отмечается, что низкие уровни ГСПГ в эпидемиологических исследованиях показали высокую точность в диагностике СПКЯ, которая превосходит эффективность измерения концентраций андрогенов в сыворотке крови. Это позволило рассматривать низкие уровни ГСПГ как суррогатный маркер резистентности к инсулину и избытка андрогенов, а также в качестве предиктора развития метаболического синдрома

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»

и гестационного диабета у пациенток с СПКЯ. В ряде исследований обнаружено, что полиморфизм гена, кодирующего ГСПГ, может приводить к снижению уровней ГСПГ у женщин с СПКЯ.

Диагностический алгоритм при повышенном уровне тестостерона

При выявлении повышенных уровней тестостерона в сыворотке крови, прежде чем устанавливать диагноз СПКЯ, необходимо его дифференцировать с другими причинами гиперандрогенемии. При повышении концентрации тестостерона более чем в два раза следует исключить наличие андроген-секретирующей опухоли. В данном случае в первую очередь рекомендуется определить уровень ДГЭА-с в комплексе с инструментальными методами визуализации надпочечников. Учитывая то, что этот андроген на 90% синтезируется в этих железах, он признан маркером дифференциальной диагностики источника гиперандрогенемии. При получении нормального уровня ДГЭА-с следует рассматривать диагноз гипертекоза, обычно связанного с инсулинерезистентностью или андроген-секретирующей опухолью яичников. Однако необходимо принимать во внимание возможность определения низких уровней ДГЭА-с в случае дефекта фермента сульфатазы или рака коры надпочечников. При наличии опухоли яичников повышение уровня тестостерона может быть зависимым от лuteинизирующего гормона; его снижение можно достичь применением некоторых препаратов: агонистов гонадотропин-рилизинг гормона, эстроген-прогестиновых средств и ципротерона ацетата. Поэтому при интерпретации результатов оценки уровня тестостерона в крови необходимо учитывать лекарственный анамнез и дополнительно проводить инструментальное исследование для визуализации яичников.

В редких случаях повышение уровня общего тестостерона может быть связано со значительным повышением синтеза ГСПГ на фоне приема препаратов с эстрогенной активностью (тамоксифен, ралоксифен) либо при наличии заболеваний щитовидной железы (гипertiреоз) и печени, в частности портальной гипертензии с первичным циррозом.

При незначительном повышении уровня тестостерона (и наличии других диагностических признаков) у пациентки вероятней всего имеет место СПКЯ. Однако в руководстве ESE указывается на необходимость обязательного исключения неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников, обусловленной дефицитом 21-гидроксилазы (определение базального и АКТГ-стимулированного уровней

17-оксипрогестерона), а также синдрома Кушинга с оценкой секреции кортизола, в т.ч. с проведением малой дексаметазоновой пробы.

Диагностический алгоритм при нормальном уровне тестостерона

В практической работе специалист может столкнуться с проблемой отсутствия повышенного уровня общего тестостерона на фоне клиники гиперандрогении, в т.ч. гирсутизма. Какой алгоритм обследования в данном случае рекомендуется использовать?

ESE рекомендует провести тестирование уровня тестостерона альтернативным способом — с помощью жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией. Однако данная методика в Украине недоступна. В Европе вышеуказанный лабораторный метод используется, но не является широко распространенным из-за дороговизны. Одним из наиболее доступных диагностических тестов выявления гиперандрогенемии является определение уровня ГСПГ, который в большинстве клинических случаев СПКЯ снижен. Кроме того, его низкая концентрация отмечается при избыточном весе, метаболическом синдроме и семейном анамнезе диабета. Определение уровня ГСПГ и общего тестостерона с последующим расчетом индекса свободного тестостерона при использовании стандартных формул является наиболее оптимальным диагностическим решением в оценке андрогенного статуса при нормальных уровнях тестостерона.

Изменение чувствительности к рецепторам андрогенов (генетически детерминированное) может выступать одной из причин гиперандрогенемии на фоне нормальных уровней свободного тестостерона. Однако данная мутация гена не является наследственным маркером развития СПКЯ.

Заключение

Согласно Роттердамским критериям (2003), гиперандрогенемия (клиническая и/или биохимическая) является одним из диагностических критериев постановки диагноза СПКЯ. Лабораторные методы обследования позволяют определить не только уровень, но и место синтеза андрогенов (яичники или надпочечники), провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся гиперандрогенемией. Сегодня оптимальный комплекс оценки андрогенного статуса, рекомендованный ESE, включает определение:

- **уровня общего тестостерона:** проводится на первичном этапе для выявления избытка синтеза андрогенов;

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»

- **индекса свободного тестостерона** – данный расчетный показатель основан на измерении уровня общего тестостерона и ГСПГ в одной пробе; признан наиболее чувствительным маркером биохимической гиперандрогении, отражает концентрацию биологически активного тестостерона, определяющего клинические проявления у женщины. Использование индекса свободного тестостерона особенно важно в случаях обнаружения нормальных уровней тестостерона;
- **концентрации андростендиона** – этот андроген, обладающий невысокой андрогенной активностью, является предшественником тестостерона и эстрогенов и считается сегодня оптимальным чувствительным скрининговым маркером оценки андрогенного статуса. Особое значение определение данного андрогена имеет в случаях получения нормальных уровней общего тестостерона;
- **уровня ДГЭА-с** – при выявлении повышенного уровня общего тестостерона необходимо исключить надпочечниковый генез гиперандрогении. В данном случае оптимальным тестом является определение уровня ДГЭА-с, 90% синтеза которого происходит в надпочечниках. Однако необходимо учитывать вероятность получения нормальных или сниженных концентраций этого андрогена в случаях наличия дефекта фермента сульфатазы или адренокортикального рака. Поэтому визуальная оценка надпочечников для исключения объемного образования является необходимой.

Выявление биохимической гиперандрогении у женщины с подозрением на СПКЯ требует исключения заболеваний, сопровождающихся повышенным синтезом андрогенов и требующих этиопатогенетического лечения. Согласно руководству ESE, следует обязательно исключить врожденную дисфункцию коры надпочечников, обусловленную в первую очередь недостаточностью 21-гидроксилазы. Наиболее оптимальным тестом признано определение уровней 17-окси-прогестерона, андростендиона, которые повышаются на фоне снижения содержания кортизола. Другая патология, требующая исключения в данном случае, – синдром Кушинга. В качестве

оптимального комплекса скрининговых тестов для исключения гиперкортизолемии используют анализы на уровни свободного кортизола либо в суточной моче, либо в слюне в 23.00, либо в крови (малая проба с 1 мг дексаметазона).

В руководстве ESE отсутствует рекомендация относительно необходимости исключения гиперпродукции соматотропного гормона (акромегалии). Специалисты Американского общества эндокринологов, напротив, считают такую тактику целесообразной, учитывая, что повышенные уровни инсулиноподобного фактора роста 1 являются одним из патогенетических механизмов в развитии инсулинорезистентности и гиперандрогении [2].

Список использованной литературы

1. Conway G., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E. et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur J Endocrinol. 2014 Oct; 171 (4): P1-29.
2. Legro R.S., Arslanian S.A., Ehrmann D.A. et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. Published online October 24, 2013 doi: 10.1210/jc.2013-2350.

Синдром полікістозу яєчників: лабораторна діагностика гіперандrogenного статусу жінки

О.В. Рикова

У статті представлено сучасні лабораторні аспекти оцінки стану гіперандрогенії у жінок згідно з керівництвом Європейського товариства ендокринологів щодо діагностики та лікування синдрому полікістозу яєчників (жовтень 2014).

Ключові слова: синдром полікістозу яєчників, гіперандrogenія, тестостерон.

Polycystic ovary syndrome: laboratory diagnosis of hyperandrogenic women

О.В. Рикова

The paper presents aspects of modern laboratory evaluation of hyperandrogenism in women according to the guidelines of the European society of endocrinology in the diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome (October 2014).

Keywords: polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, testosterone.

P

При поддержке медицинской лаборатории «Синэво»

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 видання».

Журнал «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Зацікавити терапевтів, неонатологів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів
Передплатний індекс – 95404

Періодичність виходу – 10 разів на рік

Вартість передплати на рік – 400 грн

на півріччя – 200 грн

Наши 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