

Здоровье женщины

№1 (127) '2018

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



ISSN 1992-5921

**ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ:
ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ
И ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ** 9

**ГЕМОРРОЙ И БЕРЕМЕННОСТЬ:
ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ** 19

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ:
2011 IFCRS – КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ
ТЕРМИНОЛОГИЯ ДЛЯ ШЕЙКИ
МАТКИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ
ТЕРМИНОВ РАЗДЕЛА
«ОБЩАЯ ОЦЕНКА»** 22

**ПОГРАНИЧНАЯ МУЦИНОЗНАЯ
ЦИСТАДЕНОМА ЯИЧНИКА
КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ПСЕВДОМИКСОМЫ БРЮШИНЫ** 73

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ГЕСТАЦИИ, РОДОВ
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
ЖЕНЩИН** 102

**НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ.
КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
КВИНСЛЕНДА** 107



Лютена
Микронизированный прогестерон

*Сучасні форми мікронізованого
натурального прогестерону*



"Жінка носить дитину –
9 місяців в собі,
2 роки на собі,
все життя в серці"

**Сублінгвальна форма
швидкий ефект¹**

♥ Ефект вже через
30 хвилин

**Ранні та пізні
терміни^{1,2}**
Доказова медицина

**Вагінальна форма
тривалий ефект²**

Ефект протягом 24 годин ♥
Інноваційна форма 200 мг ♥

**ШВИДКА ТА МАКСИМАЛЬНА БІОДОСТУПНІСТЬ
ПРИ БУДЬ-ЯКОМУ СПОСОБІ ЗАСТОСУВАННЯ¹**



ТАБЛЕТКИ ВАГІНАЛЬНІ № 20, 30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг, 100 мг та 200 мг з аплікатором. Показання: лікування порушень, пов'язаних з дефіцитом прогестерону, порушення менструального циклу, болісні менструації, ановуляторні цикли, передменструальний синдром, дисфункціональні маткові кровотечі, ендометріоз матки, безпліддя, зачати і загодовані вимиди, недостатність лігнєвої фази передменопузального періоду, а також у гормональний замісний терапії та у програмах штучного запліднення. Побічні реакції: під час застосування Лютени, вагінальних таблеток, що містять прогестерон, ідентичний ендogenous гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації уваги, відчуття страху, депресивні стани, головний біль та запаморочення (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, злоякісні пухлики молочних залоз. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/01/01, UA/5244/01/02, UA/5244/01/03.

ТАБЛЕТКИ СУБЛІНГВАЛЬНІ № 30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг. Показання: лікування ендogenous дефіциту прогестерону у формі порушення менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, передменструального синдрому, дисфункціональних маткових кровотеч, при штучному заплідненні, безплідді, пов'язаному з лютеїновою недостатністю, звичному невиношуванні та загрози мимовільного абортів при дефіциті прогестерону, недостатності жовтого тіла, вторинній аменореї, запобігання гіпертрофії ендометрія у жінок, які приймають естрогени (наприклад, при гормональній замісній терапії). Побічні реакції: у подібних випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації та інші (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період годування груддю, підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів, невізанчені кровотечі зі статевих шляхів. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/02/01.



Виробник: ТОВ «АДАМЕД», Польща.
Паблиций фармацевтичний завод
Польфа А.Т., Польща. Замовник: ТОВ «АДАМЕД»,
Польща. Представництво в Україні:
01015, м. Київ, вул. Радіо, 10.
Тел.факс: (044) 280-57-16, 280-57-64

1. Хомик Н.В., Мамчур В.И. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности // Здоровье женщины. – 2014. – № 4(90).
2. Инструкция для медицинского использования препарата Лютена.

*Коротка інструкція для медичного застосування препарату Лютена. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація призначена для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.



9 771992 592002 >

2017

10 років в Україні

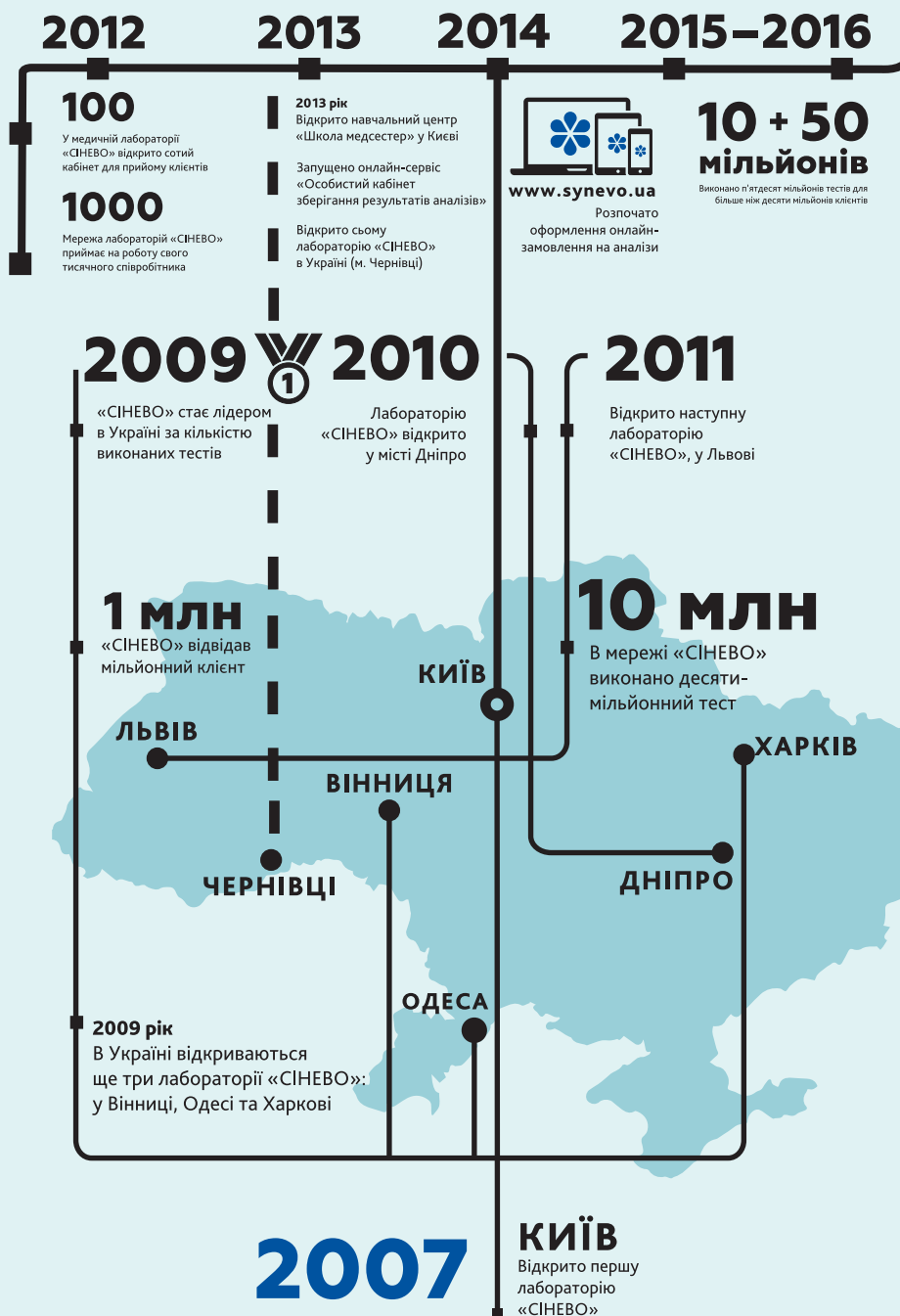
200

Відкрито двохсотий кабінет
для прийому клієнтів

10

РОКІВ

здоров'я в цифрах



СІНЕВО
медична лабораторія

Вагінальні супозиторії від «Кусум» з любов'ю до жінки!

НОВИНКА!



ДЕРМАЗОЛ Р.П. МОЗ України № UA/16144/01/01. **Склад.** 1 супозиторій містить кетоконазолу 400 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, СП-289 (А), РІШО Індастріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Код АТХ G01A F11. **Показання для застосування.** Лікування гострого та хронічного рецидивуючого вульвовагінального кандидозу. Профілактика грибкових інфекцій піхви при зниженій резистентності організму та на тлі лікування препаратами, що порушують нормальну мікрофлору піхви. **Протипоказання.** Індивідуальна підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату. **Побічні ефекти.** Місцеві реакції: подразнення слизової оболонки піхви, що супроводжується свербежем, відчуттям печіння, гіперемією. **Фармакологічні властивості.** Кетоконазол є синтетичною похідною імідазолдіоксолану. Чинить виражену фунгіцидну та фунгістатичну дію на дерматофіти, дріжджові гриби, диморфні і вищі гриби. **Категорія відпуску.** Без рецепта.

МІСТОЛ® Р.П. МОЗ України № UA/16131/01/01. **Склад.** 1 супозиторій містить метронідазолу 500 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, СП-289 (А), РІШО Індастріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні та антисептичні засоби, що застосовуються у гінекології. Код АТХ G01A F01. **Показання для застосування.** Місцеве лікування трихомонадного та неспецифічного вагінітів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до метронідазолу або до іншого компонента препарату. **Побічні ефекти.** З боку шкіри та її похідних: свербіж, висипи, які можуть супроводжуватися пропасницею, кропив'янка. **Фармакологічні властивості.** Метронідазол належить до нітро-5-імідазолів і має широкий спектр дії. **Категорія відпуску.** За рецептом.

ГАЙНЕКС®, **ГАЙНЕКС**® **ФОРТЕ** Р.П. МОЗ України № UA/16292/01/01, № UA/16291/01/01. **Склад:** **Гайнекс**® **Форте:** 1 супозиторій містить метронідазолу 750 мг, міконазолу нітрату 200 мг. **Гайнекс**®: 1 супозиторій містить метронідазолу 500 мг, міконазолу нітрату 100 мг. **Назва і місцезнаходження виробника.** Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, СП-289 (А), РІШО Індастріал ареа, Чопанкі, Бхіваді, Діст. Алвар (Раджастан), Індія. **Лікарська форма.** Супозиторії вагінальні. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні, протипротозойні, протигрибкові засоби. Код АТХ G01A F20. **Показання для застосування.** Для лікування кандидозних вульвовагінітів, спричинених *Candida albicans*, бактеріальних вагінозів, спричинених анаеробними бактеріями та *Gardnerella vaginalis*, трихомонадних вагінітів, спричинених *Trichomonas vaginalis*, та змішаних вагінальних інфекцій. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якої з діючих речовин препарату, перший тримістр вагітності, порфірія, епілесія, тяжкі порушення функції печінки. **Побічні ефекти.** Метронідазол: реакції гіперчутливості (у тому числі висипання на шкірі). Міконазолу нітрат: подразнення піхви (печіння, свербіж). **Фармакологічні властивості.** Гайнекс® – комбінований протимікробний препарат, для якого обумовлена метронідазолом та міконазолом, що входять до його складу. Міконазолу нітрат – місцевий протигрибковий та антибактеріальний засіб широкого спектра дії групи імідазолу. Метронідазол, похідна 5-нітроімідазолу, є антибактеріальним та антипротозойним засобом. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.



Виробник:
Кусум Хелтхкер Пвт Лтд
тел.: 0(44) 495-82-88
www.kusumhealthcare.com



Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gladpharm.com

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 1 (127)/2018

УЧРЕДИТЕЛИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика (НМАПО)

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ
СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
МЗ УКРАИНЫ»

ЩЕРБИНСКАЯ Е.С.

БАХТИЯРОВА Д.О.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ И ТЕЛЕФОНЫ РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЕЙ

Украина, 03039, Киев, а/я 36

Тел.: +38(044) 220-15-41, 220-15-43, 498-08-80,
+38(067) 233-75-91

E-mail: office@zdr.kiev.ua

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: 74598

По вопросам подписки или приобретения обращаться
в почтовые отделения связи, в редакцию или на сайт:
www.medexpert.org.ua

Тираж – 5500 экз.

Периодичность издания – 10 номеров в год.
Журнал зарегистрирован в Государственном
комитете информационной политики, телевидения и
радиовещания Украины. Свидетельство о регистрации
КВ №20930-10730ПР от 29.08.2014 г.

*Приказом МОН Украины № 241 от 09.03.2016
журнал «Здоровье женщины» включен в перечень
специализированных научных изданий Украины
в области медицинских наук. В издании могут
быть опубликованы основные результаты
диссертационных работ.*

*Журнал «Здоровье женщины» реферируется
Институтом проблем регистрации информации
НАН Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» включен
в международные наукометрические базы,
а также в реферативную базу данных «Україніка наукова»*

РЕКОМЕНДОВАНО

Ученым советом Национальной медицинской академии
последипломного образования
им. П.Л. Шупика. Протокол № 2 от 14.02.2018 г.

Подписано к печати 28.02.2018 г.

Статьи, публикуемые в журнале
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ», – рецензированы.
Ответственность за достоверность фактов
и прочих сведений в публикациях несут авторы.
Ответственность за содержание рекламы, а также за
соответствие приводимых в рекламе сведений требованиям
законодательства несут рекламодатели.
Редакция и издатели не несут ответственности
за достоверность информации, опубликованной
в рекламных материалах.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов
публикации.
Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ» обязательна.

Фотовывод и печать

Типография «Аврора-принт»,
г. Киев, ул. Радистов, 64, тел. (044) 550-52-44

© Министерство здравоохранения Украины, 2018
© Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика, 2018
© ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
НАМН Украины», 2018
© Щербинская Е.С., 2018
© Бахтиярова Д.О., 2018

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика МЗ УКРАИНЫ

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
МЗ УКРАИНЫ»

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ HEALTH OF WOMAN

Всеукраинский научно-практический журнал

ИЗДАЕТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ,

АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ,

АССОЦИАЦИИ ПЕРИНАТОЛОГОВ УКРАИНЫ,

УКРАИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕКСОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Ю. Г. Антипкин,
академик НАМН Украины, д-р мед. наук,
профессор, директор ГУ «Институт ПАГ
НАМН Украины»

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Ю. П. Вдовиченко,
член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор,
Первый проректор НМАПО
им. П.Л. Шупика,
зав. кафедрой акушерства, гинекологии
и перинатологии №1 НМАПО, Президент
Ассоциации перинатологов Украины

Р. А. Моисеенко,
д-р мед. наук, профессор, проректор
по научно-педагогической и лечебной
работе НМАПО им. Шупика

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Д. О. Бахтиярова
Е. С. Щербинская,
канд. мед. наук

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА РЕЦЕНЗЕНТОВ

Н. Г. Гойда, д-р мед. наук, профессор
О. В. Грищенко, д-р мед. наук, профессор
С. И. Жук, д-р мед. наук, профессор
А. Г. Корнацкая, д-р мед. наук, профессор
В. И. Медведь, член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор
В. И. Пирогова, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Б. М. Венцовский, член-корр. НАМН
Украины, д-р мед. наук, профессор
И. И. Горпинченко, д-р мед. наук,
профессор – консультант рубрики
«Женская сексология»
В. В. Подольский, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

А. Е. Дубчак, д-р мед. наук, профессор

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ

И. Н. Лукавенко

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

А. А. Попильнюк

РЕКЛАМА

Е. О. Панова

ЛИТЕРАТУРНЫЙ РЕДАКТОР

Н. К. Багдасарян

КОРРЕКТОР

Л. В. Тищенко

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

С. О. Обедникова

Председатель

редакционной коллегии
В. В. Каминский

Редакционная коллегия

Т. В. Авраменко
В. А. Бенюк
В. В. Бережной
О. А. Берестовой
В. И. Бойко
Р. Г. Ботчоришвили (Франция)
Г. И. Брехман (Израиль)
Б. М. Венцовский
И. Б. Венцовская
И. Б. Вовк
Ю. В. Вороненко
В. А. Владимиров
Н. И. Геных
И. З. Гладчук
Е. П. Гнатко
О. В. Горбунова
З. М. Дубоссарская
Т. Д. Задорожная
В. Н. Запорожан
С. О. Иванюта
Т. В. Лещева
И. С. Лукьянова
Л. Г. Назаренко
Л. И. Омельченко
С. П. Писарева
В. А. Потапов
А. Г. Резников
Т. Г. Романенко
Н. Н. Рожковская
А. Я. Сенчук
А. И. Соловьев
А. А. Суханова
Т. Ф. Татарчук
Р. А. Ткаченко
В. А. Товстановская
Л. Е. Туманова
А. Г. Цыпкун
Л. И. Чернышова
И. И. Хаша
З. А. Шкиряк-Нижник
Е. Е. Шунько
Н. А. Щербина
А. М. Юзько
С. Н. Янюта
Н. Е. Яроцкий

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: **74598**

HEALTH OF WOMAN 1 (127)/2018**FOUNDERS**

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE

NATIONAL MEDICAL ACADEMY
OF POSTGRADUATE EDUCATION NAMED
AFTER PL SHUPYK (NMAPE)SI «INSTITUTE OF PEDIATRICS, OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY NAMS OF UKRAINE»SI «INSTITUTE OF STRATEGIC RESEARCH
MOH UKRAINE»

SHCHERBINSKAYA E.S.

BAKHTIYAROVA D.O.

**EDITORIAL OFFICES ADDRESS AND
TELEPHONE OF PUBLISHERS**

Ukraine, 03039, Kyiv, p/b 36

Tel.: +38(044) 220-15-41, 220-15-43, 498-08-80,
+38(067) 233-75-91

E-mail: office@zdr.kiev.ua

OUR SUBSCRIPTION INDEX: 74598To subscribe or purchase contact the post offices,
editori or site: www.medexpert.org.ua

Circulation – 5500 copies.

Periodicity – 10 issues per year. The journal is registered by
the State Committee of Information Policy, Television and
Radio Broadcasting. Certificate of registration of
KB №20930-10730IIP of 29.08.2014 r.*The command of the Ministry of Education and Science
of Ukraine № 241 from 09.03.2016, Journal «Health of
woman» is included in the list of specialized scientific pub-
lications in Ukraine in the field of medical sciences. In the
publication can be published key results of dissertations.**Journal «Health of Woman» is reviewed by the Institute of
Information Recording of NAS of Ukraine**Journal «Health of Woman» included
in the international scientometric bases
and in the abstracts database «Ukrainika naukova»***RECOMMENDED BY**Academic Council National Medical Academy
of Postgraduate Education Named after PL Shupyk
Protocol №2 from 14.02.2018.

Passed for printing 28.02.2018

Articles published in the journal
«Health of Woman» – reviewed. Authors are responsible for
accuracy of the facts and other information in the publication.
Advertisers are responsible for the content of advertising, as well
as those appearing in the advertisement information requirements
of the law. The editors and publishers are not responsible for the
accuracy of the information published in promotional materials.
Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors
of the publication.Reprinting material only with the written permission of the
publisher.

When reprinting reference to the journal

«Health of Woman» is obligatory.

Imagesetter and Printing

«Aurora-print»,

Kyiv, Radistov str, 64, tel. (044) 550-52-44

© Ministry of Health of Ukraine, 2018

© National Medical Academy of Postgraduate Education-
Named after PL Shupyk, 2018

© SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics

and Gynecology NAMS of Ukraine», 2018

© Institute of Strategic Research MoH Ukraine, 2018

© E.S.Shcherbinskaya, 2018

© D.O.Bakhtiyarova, 2018

NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE
MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINESI «INSTITUTE OF PEDIATRICS, OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY NAMS OF UKRAINE»NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION
NAMED AFTER PL SHUPYK MOH UKRAINE

INSTITUTE OF STRATEGIC RESEARCH MOH UKRAINE

**HEALTH OF WOMAN
ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ
ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
Ukrainian scientific-practical journal**PUBLISHED WITH THE SUPPORT OF
THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES,
ASSOCIATION OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS OF UKRAINE,
ASSOCIATION OF PERINATOLOGISTS OF UKRAINE,
UKRAINIAN INSTITUTE OF SEXOLOGY AND ANDROLOGY**CHIEF SCIENTIFIC ADVISER****Yu.G.Antipkin,**academician of NAMS of Ukraine, Dr. med.,
sciences, professor, director of the «Institute
of PAG NAMS of Ukraine»**CHIEF EDITORS****Yu.P..Vdovychenko,** corresponding mem-
ber of NAMS of Ukraine, Dr. med., Sciences,
professor, First Vice rector of NMAPE named
after PL Shupyk, Head of the Department
of Obstetrics, Gynecology and Perinatol-
ogy No1 NMAPE, President of the Ukraine
Perinatology Association**R.A.Moiseenko,** Dr. med., Sciences,
professor, Vice-Rector for Clinical Work of
NMAPE named after PL Shupyk**DEPUTY of CHIEF EDITOR****D.O.Bakhtiyarova****E.S.Shcherbinskaya, PhD****EXPERT GROUP OF REVIEWERS****N.G.Goyda,** Dr. med., Sciences, professor**O.V.Grishchenko,** Dr. med., Sciences,
professor**S.I.Zhuk,** Dr. med., Sciences, professor**A.G.Kornatskay,** Dr. med., Sciences,
professor**V.I.Medved,** a corresponding member
of NAMS of Ukraine, Dr. med., Sciences,
professor**V.I.Pyrogova,** Dr. med., Sciences, professor**SCIENTIFIC CONSULTANTS****B.M.Ventskovskiy,** corresponding member
of NAMS of Ukraine, Dr. med., Sciences,
professor**I.I.Gorpynchenko,** Dr. med., Science,
Professor – Consultant of «Women's sexology»
rubric**V.V.Podolskiy,** Dr. med., Sciences, professor**A.E.Dubchak,** Dr. med., Sciences, professor**ADVERTISING DIRECTOR**

I.Lukavenko

RESPONSIBLE SECRETARY

A.Popilnyuk

ADVERTISEMENT

E. Panova

LITERARY EDITOR

N. Bagdasarian

CORRECTION

L. Tischenko

DESIGN AND IMPOSITION

S. Obednikova

Chairman of Editorial Board

V.V. Kaminskiy

Editorial board

T.V. Avramenko

V.A. Beniuk

V.V. Berezhnny

O.A. Berestovoy

V.I. Boiko

R.G. Botchorishvili (France)

G.I. Brekhan (Israel)

B.M. Ventskovskiy

I.B. Ventskovskaya

I.B. Vovk

Yu.V. Voronenko

V.A. Vladimirov

N.I. Genyk

I.Z. Gladchuk

E.P. Gnatcho

O.V. Gorbunova

Z.M. Dubossary

T.D. Zadorozhnaya

V.N. Zaporozhan

S.O. Ivanyuta

T.V. Leshcheva

I.S. Lukyanova

L.G. Nazarenko

L.I. Omelchenko

C. P. Pisareva

V.A. Potapov

A.G. Reznikov

T.G. Romanenko

N.N. Rozhkovskaya

A.Y. Senchuk

A.I. Soloviev

A.A. Suhanova

T.F. Tatarchuk

R.A. Tkachenko

V.A. Tovstanskaya

L.E. Tumanova

A.G. Tsyapkun

L.I. Chernyshova

I.I. Hascha

Z.A. Shkiryak-Nizhnik

E.E. Shunko

N.O. Scherbyna

A.M. Yuzko

S.N. Yanyuta

N.E. Yarotskiy

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

- Звичне невиношування: що необхідно робити і чого робити не слід (Огляд)**
І.А. Жабченко 9
- Молочная железа и пролактин: новые данные. О роли пролактина в генезе заболеваний молочных желез**
Н.И. Рожкова, Н.М. Подзолкова,
Т.В. Овсянникова 14
- Геморрой и беременность: вопросы и ответы**
А.Ю. Лиманская, Ю.В. Давыдова 19

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

- 2011 IFSPС – Кольпоскопічна термінологія для шийки матки та інтерпретація термінів розділу «Загальна оцінка»**
Н.Ф. Лигирда 22

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Выбор врача: есть ли альтернатива гормональной терапии?**
А.В. Прокопюк 28
- Особенности развития и клинко-патогенетические варианты течения инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком грудной железы**
М.К. Мамедов, Т.Н. Мамедова, С.Э. Рагимзаде 34

АКУШЕРСТВО

- Роль функціональних методів діагностики при багатоплідній вагітності**
А.В. Ткаченко 37
- Прогностичні фактори ефективності преіндукційної підготовки шийки матки до пологів міфепростоном**
О.В. Кравченко 40
- Використання родинно орієнтованих технологій у жінок-лікарів різних спеціальностей**
О.С. Шелигін, С.Ю. Вдовиченко 44
- Надання допомоги вагітним з істміко-цервікальною недостатністю за наявності нутритивної магнієвої недостатності**
Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилович, Г.Я. Кунинець,
А.І. Попович, У.Є. Прокіп 48
- Родинно орієнтовані технології при багатоплідній вагітності**
Т.А. Шинкарук 53

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Антибиотикопрофилактика при гинекологических вмешательствах до и во время использования вспомогательных репродуктивных технологий: систематический обзор**
Nigel Pereira, Anne P. Hutchinson, Jovana P. Lekovich,
Elie Hobeika, and Rony T. Elias 55

Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (DOI))

- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)
- Hinari



ПОЛІЖИНАКС®

Ністатин, Неоміцин, Поліміксин В

Унікальна комбінація широкого спектра дії
для ефективного лікування вагініту*

3 активні речовини*



**Лікування вагініту,
спричиненого чутливими
мікроорганізмами:***

- бактеріальний вагініт;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*).

**Профілактика
інфекційних
ускладнень:***

- перед встановленням внутрішньоматкового засобу, абортom;
- перед і після діатермокоагуляції шийки матки;
- перед пологами.

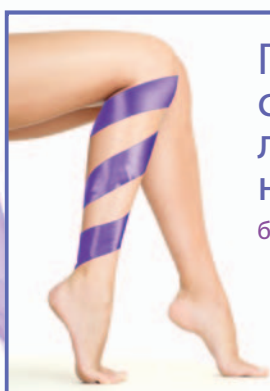


Представництво «Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ» в Україні,
01001, м. Київ, вул. Мала Житомирська/Михайлівська, буд. 6/5.

* Інструкція для медичного застосування препарату "Поліжинакс" та "Поліжинакс Вірго".
Матеріал для розповсюдження в рамках спеціалізованих семінарів, конференцій, симпозіумів з медичної тематики та у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.
Характеристики препарату дивіться на стор. 21

флебодія 600МГ діосмін

Дві проблеми –
одне рішення!



**Полегшення
симптомів
лімфовенозної
недостатності^{1,2,3}**

біль • тяжкість • трофічні розлади

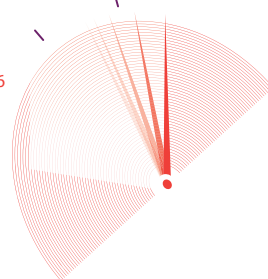
1 таблетка
на добу



**Швидке
зменшення
симптомів
геморою^{3,4,5,6}**

біль • набряк • кровотеча

3 таблетки
на добу



Флеботонік та ангіопротектор³

1. R. Barbe Etude de la durée d'action du Diovenor avec contrôle par pléthysmographie, Tribune médicale, 1988, n°270, p49-50.

2. Cazaubon M. et al. Etude comparative d'acceptabilité, d'efficacité et de tolérance de deux formes galéniques de diosmine 600 mg, dans le traitement des symptômes de la maladie veineuse chronique. Angiologie, 2011, vol.63, n°2.

3. SmPC PhleboDIA 600 mg (diosmin), film-coated tablet.

4. Chauvenet M., Libeskind M. Interêt de la diosmine d'hémisynthèse dans la poussée hémorroïdaire aiguë. Essai multicentrique randomisé en double insu versus placebo. Rev Fr Gastro-Enterol 1994; 303: 3-8.

5. Kescanovic D. et al - The use of PhleboDIA® in the management of bleeding non-prolapsed hemorrhoids. Acta Chirurgica Iugoslavia 2005, 52, 1, 115-116

6. Debien P., Denis J. Traitement des signes fonctionnels de la crise hémorroïdaire aiguë: Essai multicentrique, randomisé, diosmine d'hémisynthèse versus association extrait de Ginkgo biloba-heptaminol troxérutine. Med Chir Dig 1996; 25 (5): 259-64.

Склад лікарського засобу: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає діосміну безводного чистого 600 мг. Фармакотерапевтична група. Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТС C05C A03. Показання для застосування: для полегшення симптомів, обумовлених лімфовенозною недостатністю, таких як відчуття тяжкості у нижніх кінцівках, біль, трофічні розлади; у комплексному лікуванні загострення геморою; як додатковий метод лікування підвищеної ламкості капілярів, порушення мікроциркуляції. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. При хронічній лімфовенозній недостатності: 1 таблетка на день вранці перед сніданком. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Тривалість лікування залежить від показань до застосування та від стадії захворювання. Середня тривалість лікування складає 2 місяці. При гострому геморої: 2-3 таблетки на день під час прийому їжі протягом 7 днів, у разі необхідності, лікування продовжують по 1 таблетці 1 раз на добу до 1 – 2 місяців. Якщо після лікування геморою залишилися симптоми захворювання, необхідно звернутися до проктолога для корекції лікування. Максимальна добова доза – 1800 мг (3 таблетки). Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату, особливо у пацієнтів, схильних до алергічних реакцій на кошеніль червону А (Е 124). Препарат звичайно не рекомендується застосовувати у період годування груддю. Побічні ефекти. Можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж. Рідко можливі диспептичні розлади, головний біль. РП № UA/8590/01/01 Наказ МОЗ № 649 от 26.07.2013.

Матеріал для розповсюдження в рамках спеціалізованих семінарів, конференцій, симпозіумів з медичної тематики та у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.

ГИНЕКОЛОГИЯ

Визначення рівня експресії рецепторів стероїдних гормонів у поліпах ендометрія у жінок у постменопаузальний період М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, С.В. Грідчин, В.С. Єляшович, І.В. Сокол, В.О. Берестовий, Р.М. Ворона.....	61
Dynamic of the structure of delivery methods in women with cesarean section in anamnesis L.G. Nazarenko, K.M. Nedorezova	64
Особенности проявлений климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период в современных условиях В.В. Рагимова, Э.М. Алиева, С.Г. Султанова	68
Погранична муцинозна цистаденома яєчника як причина виникнення псевдоміксому очеревини (Презентація клінічного випадку) В.Л. Дронова, О.І. Дронов, Л.О. Рощина, О.І. Бублієва	73
Результати контрольованої стимуляції овуляції у програмах донації ооцитів Т.О. Продан, Н.О. Данкович, О.М. Бабенко	77
Оптимізація хірургічного лікування поєднаної патології матки і генітального пролапсу М.Л. Куземенська, С.Є. Гладенко	80
Роль електроміографії у діагностиці та лікуванні жінок змішаної групи з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки С.О. Возіанов, М.П. Захараш, П.В. Чабанов, Ю.М. Захараш, Н.А. Севастьянова, В.Ю. Угаров, А.С. Репринцева	82

Особенности биоценозу пихви у вагітних з аденоміозом

Н.Я. Скрипченко, О.М. Павлова, О.В. Шамаєва, С.І. Могілевська 85

Особенности микробиоценозу статевого органа жінок, що хворіють на лейоміому матки

М.Б. Запорожченко, Д.Ю. Парубіна, А.В. Сидоренко..... 89

Клінічні аспекти різних форм апоплексії яєчника

О.М. Іщак 92

ТОРСН-ИНФЕКЦИИ И ЗППП

Решение проблемы микст-инфекций репродуктивной системы в сочетании с вирусом папилломы человека

В.В. Бобрицкая, О.В. Назар, Т.Н. Бондаренко..... 96

Особенности течения гестации, родов та перинатальные исходы у ВИЛ-инфицированных жінок (Ретроспективный анализ)

С.Є. Савченко, О.І. Гервасьук 102

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Нормальные роды. Клиническое руководство Квинсленда

107

Антенатальное и постнатальное психическое здоровье: клинический менеджмент.

Клинические рекомендации 128



Bionorica®

Біль у грудях?

Мастодинон®

- препарат №1 у лікуванні доброякісних захворювань молочних залоз¹
- усуває напругу і набряк молочної залози²
- зменшує рівень пролактину, доведено плацебо-контрольованими дослідженнями³



Мастодинон®. Показання для застосування. У комплексному лікуванні передменструального синдрому: психічна лабільність, головний біль або мігрень, набряки, запори, мастодинія (нагруддя і більшість молочних залоз) перед початком менструації, порушення менструального циклу та фіброзно-кістозна мастопатія. **Спосіб застосування та дози.** Препарат приймати по 1 таблетці двічі на день (вранці і ввечері) з невеликою кількістю води. Лікування триває протягом 3 місяців без перерви на час менструації. **Особливі застереження.** Застосування у період вагітності або годування груддю. Препарат не слід застосовувати у період вагітності або годування груддю. Екстракт плодів прутняка звичайного може впливати на лактацію. **Побічні ефекти.** При застосуванні препаратів, що містять плоди прутняка звичайного у поодиноких випадках спостерігалися випадки шлунково-кишкових розладів (нудота, біль у шлунку), алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж, кропив'янку, набряк обличчя, задишку та утруднене ковтання, головний біль, акне, в окремих випадках повідомлялося про порушення менструального циклу та запліднення.

1. Источник: данные MDM за 1-3 квартал 2017
 2. Wuttke W. et al. Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus castus haltigen Arzneimittel. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 569-574; Halaska et. al. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a vitex Agnus castus extract: results of a placebo controlled double blind study. The breast 1999, 8, 175-181
 3. Wuttke W. et al. Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus castus haltigen Arzneimittel. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 569-574

Мастодинон®. Краплі оральні. Р.П. № UA/6239/01/01 від 13.05.17. **Мастодинон®. Таблетки, вкриті оболонкою.** Р.П. № UA/6239/02/01 від 26.07.13.

Виробник: Біонорика (Німеччина).

Розкриваючи силу рослин

Запалення нирок? Цистит?

Канефрон® Н

- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- потенціювання протизапальної терапії⁴



Канефрон® Н. Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. **Краплі оральні:** 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. Профілактика утворення сечових каменів, у тому числі і після їх видалення. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. **Умови відпуску.** Без рецепту.

Р.П. № UA/4708/01/01; UA/4708/02/01.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Кравченко Н.Ф., 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии конечной фазы беременности. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Канадзе Н.Н., Слободан Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных функциональным гипотензионным синдромом, педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар Л.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечових систем. Здоров'я людини, 3(30): 85-90.

Виробник: Біонорика (Німеччина)

ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9. Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

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

TABLE OF CONTENTS №1 (127)/2018

TOPICAL ISSUES

Habitual miscarriage: what you should do and what you should not do (Review)	
I.A. Zhabchenko	12
Breast and prolactin: new data. On the role of prolactin in the genesis of diseases of the mammary glands	
N.I. Rozhkova, N.M. Podzolkova, T.V. Ovsyannikova.....	14
Hemorrhoids and Pregnancy: questions and answers	
A.Yu. Limanskaya, Yu.V. Davydov.....	19

DISTANCE LEARNING

2011 IFCPC – Colposcopic terminology for the cervix and the interpretation of the terms «General Assessment»	
N.F. Ligirda.....	25

FOR PRACTICING PHYSICIANS

Choice of the doctor: is an alternative hormonal therapy?	
A.V. Prokopyuk	32
Development's peculiarities and clinical and pathogenetical variants of course of infection caused with hepatitis C virus at patients with breast cancer	
M.K. Mamedov, T.N. Mamedova, S.E. Rahimzadeh.....	36

OBSTETRICS

The role of functional methods of diagnostics in women with multiple pregnancy	
A.V. Tkachenko	39
Predictional factors of efficiency of myfipristone in pre-induction cervical ripening	
O.V. Kravchenko.....	42
Using family-oriented technologies in women doctors of various specialties	
O.S. Shelygin, S.Yu. Vdovichenko	47
Giving the medical aid to pregnant women with cervical insufficiency with nutritional magnesium deficiency	
L.B. Markin, K.L. Shaylovykh, H.Ya. Kunynets, A.I. Popovych, U.Ye. Prokip.....	50
The family focused technologies at polycarpous pregnancy	
T.A. Shinkaruk	54

FOREIGN STUDIES

Antibiotic prophylaxis for gynecological interventions before and during the use of assisted reproductive technologies: a systematic review	
Nigel Pereira, Anne P. Hutchinson, Jovana P. Lekovich, Elie Hobeika, and Rony T. Elias.....	55

GYNECOLOGY

Determination of steroid hormones receptors in endometrial polyps of postmenopausal women	
M.V. Makarenko, D.A. Govseev, S.V. Gridchin, V.S. Elyashovich, I.V. Sokol, V.O. Berestovoy, R.N. Vorona	62
Dynamic of the structure of delivery methods in women with cesarean section in anamnesis	
L.G. Nazarenko, K.M. Nedorezova.....	64
Specific features of climacteric syndrome in postmenopausal women in modern conditions	
V.V. Ragimova, E.M. Alieva, S.G. Sultanova.....	72
Boderline mucinous cystadenoma as the origin of pseudomyxoma peritonei (Presentation of a clinical case)	
V.L. Dronova, O.I. Dronov, L.O. Roschyna, O.I. Bubliieva.....	76
Results of controlled ovarian stimulation in programs of oocyte donation	
T.A. Prodan, N.O. Dankovich, O.M. Babenk	78
Optimization of surgical treatment of the combined pathology of uterus and genital prolapse	
M.L. Kuzemenskaya, S.E. Gladenko	81
The role of electromyography in the diagnosis and treatment of women a mixed group with combined pathology of neurogenic lower urinary tract and the distal colon	
S.O. Vozianov, M.P. Zakharash, P.V. Chabanov, Yu.M. Zakharash, N.A. Sevastyanova, V.Yu. Ugarov, A.S. Reprintseva	83
Features of biocenosis of the vagina in pregnant women with adenomyosis	
N.Y. Skrypchenko, O.M. Pavlova, O.V. Shameeva, S.I. Mogilevska	87
Peculiarities of microbiocenosis of sexual organs in women suffering from uterine leiomyoma	
M.B. Zaporozhchenko, D.Y. Parubina, A.V. Sidorenko.....	91
Clinical aspects of various forms of ovarium apoplexy of ovary	
O.M. Ishchak	95

TORCH-INFECTIONS AND STDs

Solving the problem of combining mixed infections with the human papilloma virus	
V.V. Bobrytska, O.V. Nazar, T.N. Bondarenko	101
The features of gestation, childbirth and perinatal consequences in HIV-infected women (Retrospective analysis)	
S.E. Savchenko, O.I. Gervazyuk	105

INTERNATIONAL PROTOCOLS

Normal birth. Queensland Clinical Guidelines	107
Antenatal and postnatal mental health: clinical management Clinical guideline.....	128

Звичне невиношування: що необхідно робити і чого робити не слід (Огляд)

І.А. Жабченко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

У статті представлено огляд вітчизняних та зарубіжних видань з питань прегравідарної підготовки та ведення ранніх термінів вагітності у жінок зі звичним невиношуванням (ЗН) в анамнезі.

Представлено сучасну термінологію, розглянуто питання щодо причин цієї патології та визначено шляхи її подолання. Надано думки фахівців провідних установ та акушерсько-гінекологічних спільнот світу з питань прегравідарної підготовки та ведення вагітності у жінок із ЗН.

Серед основних питань розглянуто: оптимальні терміни планування наступної вагітності; ключові рекомендації щодо ведення жінок із ЗН (генетичне обстеження, рутинне призначення препаратів прогестерону, корекція «чоловічого фактора», психоемоційних порушень, анатомічних дефектів жіночих репродуктивних органів); ведення жінок з репродуктивними втратами в анамнезі на тлі антифосфоліпідного синдрому та вроджених тромбофілій.

Наголошено на необхідності корекції інфекційної складової невиношування вагітності.

Визначено роль дотації вітамінів та мікроелементів у жінок із ЗН та їхню необхідну кількість на етапі прегравідарної підготовки (фолати, залізо, йод, вітаміни D, B₁₂). Представлено доказову базу щодо використання сублінгвальної та вагінальної форм мікронізованого прогестерону (Лютеїна) для корекції II фази МЦ та ведення ранніх термінів вагітності у жінок із ЗН.

Зроблено наголос також на тому, чого слід уникати: необґрунтованих та не виправданих призначень без особливих показань (додаткові обстеження, лікарські препарати тощо).

Ключові слова: звичне невиношування вагітності, прегравідарна підготовка, ключові рекомендації, дотація мікроелементів, мікронізований прогестерон, Гесталідер, Лютеїна.

Проблема збереження здоров'я нації в Україні сьогодні стоїть дуже гостро [15, 16, 18]. В умовах соціально-економічної напруженості у нашій державі значно погіршуються медико-демографічні показники [1].

Серед чинників, що визначають здоров'я нації, найвпливовішими є невиношування й недоношування вагітності [1, 15, 19], адже саме новонароджені від передчасних пологів формують показники перинатальної захворюваності та смертності, інвалідності з дитинства [4]. Незважаючи на вдосконалення якості надання акушерської допомоги, частота невиношування вагітності, зокрема екстремально ранніх передчасних пологів, не має тенденції до зниження [10, 15, 16, 19, 22]. Як свідчать літературні джерела, частота невиношування й недоношування вагітності залишається стабільно високою та перебуває на рівні 10–30% [5, 12, 19]. Більше того, у загальній популяції породіль за останні роки значно зросла питома вага передчасних пологів, що, на думку багатьох авторів [19, 22], зобов'язує акцентувати увагу на питанні невиношування вагітності як на одному з найбільш значущих у сучасному акушерстві.

З огляду на значущість цієї проблеми особливого значення набуває питання підготовки та ведення вагітності у жінок зі звичним невиношуванням (ЗН).

Звичним невиношуванням, за визначенням ВООЗ, є наявність в анамнезі жінки 3 та більше мимовільних викиднів поспіль у термінах вагітності до 22 тиж.

За визначенням American Society for Reproductive Medicine (2015), ЗН – це наявність в анамнезі жінки 2 та більше мимовільних викиднів поспіль у термінах вагітності до 22 тиж.

Вітчизняний клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності» (Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008 р.) також визначає ЗН як наявність в анамнезі жінки 2 та більше мимовільних викиднів поспіль у термінах вагітності до 22 тиж, але додатково вводить такі поняття, як «вторинний звичний викидень», – якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, а якщо ні – «первинний звичний викидень» [9].

У разі появи у полі зору лікаря жінки, яка щойно втратила чергову вагітність поспіль, одразу виникає низка питань щодо подальшої тактики.

Цими питаннями протягом десятиліть займаються фахівці у різних країнах світу, але й досі немає єдиної думки щодо вирішення проблеми ЗН. У табл. 1 представлено думки фахівців провідних установ та акушерсько-гінекологічних спільнот світу з питань прегравідарної підготовки та ведення вагітності у жінок із ЗН, а саме: RCOG – Королівського коледжу акушерства та гінекології, ASRM – Американського товариства репродуктивної медицини та ESHRE – Європейського товариства репродукції людини та ембріології [13].

Розбіжності думок щодо проблеми ЗН починаються вже із запитання «Через який термін після викидня слід планувати наступну вагітність?»

Поширена думка з цього питання: наступну вагітність жінкам після викидня слід планувати через 6–12 міс.

Однак останнім часом з'явилися переконливі дані щодо скорочення цих термінів. Так, за даними E.R. Love та співавторів (2010), період «спокою» слід скоротити, а оптимальний час для настання нової вагітності – період 3–6 міс після мимовільного аборт (МА). За даними авторів, у цей час суттєво нижчою є частота повторного МА, ектопічної вагітності, передчасних пологів, гіпотрофії плода, кесарева розтину та індукованих пологів [12].

L.F. Wong та співавтори (2015) взагалі вважають, що немає доведеного зв'язку несприятливих результатів вагітності як зі скороченням інтервалу між МА та новим зачаттям до 3 міс, так і з його подовженням до 6 міс [12].

Змінилися пріоритети й у розумінні етіології ЗН, хоча й досі приблизно у половині випадків остаточно визначити її не вдається. На сьогодні вважається, що серед відомих причин ЗН є генетичні (13%), анатомічні (10–15%), ендокринні, імунні, інфекційні чинники, «чоловічий фактор» тощо. За останні 10–15 років суттєво змінились погляди на антифосфоліпідний синдром як причину ЗН у 15% жінок із ЗН.

Вважається, що більшість спорадичних ранніх втрат вагітності пов'язано з хромосомними аномаліями плода і не є ознаками проблем в організмі жінки. У той же час залишаються незмінними погляди на суттєву роль у розвитку ЗН таких негативних чинників, як паління, алкоголь, наркоманія, низький соціально-економічний статус, дефіцит/надмірність маси тіла, стрес.

Рекомендації щодо ведення пацієнток зі звичним невиношуванням вагітності

Дослідження або лікування	Протокол RCOG	Протокол ASRM	Протокол ESHRE
Каріотипування батьків	Не рекомендується	Рекомендується	Рекомендується
Каріотипування плода	Рекомендується	Рекомендується	Потрібні дослідження
Дослідження порожнини матки	Рекомендується	Недостатньо доказів	Рекомендується
Резекція перетинки матки	Недостатньо доказів	Потрібно розглянути	-/-
Дослідження АФС (АФА та ВАК)	Рекомендується	Рекомендується	Рекомендується
Лікування АФС з використанням гепарину та ацетилсаліцилової кислоти	Рекомендується	Рекомендується	Недостатньо доказів
Дослідження лютеїнової фази	-/-	Не рекомендується	Недостатньо доказів, потрібні дослідження
Терапія ХГЛ	Недостатньо доказів	-/-	-/-
Дослідження на БВ	Рекомендується при втратах у II триместрі	Не рекомендується	Рекомендується
Терапія антикоагулянтами при вродженій тромбофілії	Недостатньо доказів	-/-	Недостатньо доказів
Дослідження функції щитоподібної залози	-/-	Рекомендується	Рекомендується
Тест на толерантність до глюкози	-/-	-/-	Рекомендується
Визначення рівня пролактину	-/-	Рекомендується	-/-
Дослідження на TORCH-інфекції	Не рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується
Алоїмунне тестування	Не рекомендується	Не рекомендується	Недостатньо доказів
Імунотерапія	Не рекомендується	Не рекомендується	Недостатньо доказів
Психологічна підтримка	Недостатньо доказів	Рекомендується	Рекомендується
Дієта, відмова від паління та алкоголю	-/-	-/-	Рекомендується
Терапія фолієвою кислотою при гіпергомоцистемії	-/-	-/-	Недостатньо доказів
Вживання вітамінів	-/-	-/-	Не рекомендується
Терапія глюкокортикоїдами	Не рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується

Цікавими виявилися дані щодо зв'язку між віком жінки та здатністю народження живих дітей після МА. Так, після першого раннього МА 70–80% молодих здорових жінок мають сприятливий прогноз щодо наступної вагітності; після 40 років – сприятливий прогноз мають лише 30%. З кожною наступною вагітністю прогноз погіршується на 5–10%. Вірогідність народження живої дитини у жінок із ЗН навіть після ретельного обстеження та прегравідарної підготовки становить не більше 60%!

І все ж основним питанням для акушерів-гінекологів під час ведення жінок із ЗН є сакраментальне: *що робити?*

Компільюючи дані й думки багатьох провідних фахівців світу з даного питання, можна сформулювати *Ключові рекомендації щодо ведення жінок із ЗН*. До них слід віднести прегравідарну підготовку жінок із ЗН в анамнезі, яка має бути комплексною та включати:

- *генетичне обстеження*, починаючи з другого МА (каріотипування залишків плідного яйця та медико-генетичне консультування пари);
- *рутинне призначення препаратів прогестерону* у II фазу кожного менструального циклу до зачаття та протягом гестації задля покращання репродуктивних результатів;
- *корекцію «чоловічого фактора»*: залучення до репродуктивної реабілітації подружжя уролога-андролога дозволяє

знижити частоту ранніх МА у 3 рази, вроджених вад розвитку плода – у 4 рази, перинатальної смертності – на 6%;

- *корекцію психоемоційних порушень* у подружньої пари із залученням психолога/психотерапевта;

- *корекцію анатомічних дефектів жіночих репродуктивних органів*, яка повинна включати на I етапі діагностику поза вагітністю (УЗД, гістероскопія, гістеросальпінгографія) та, за необхідності, – хірургічне лікування на II етапі, а саме: видалення внутрішньоматкових перетинки, синехій, поліпів, лейоматозних вузлів, що деформують порожнину матки, видалення гідросальпінксу та між'язової міоми понад 4 см у діаметрі, що значно покращує результат наступної вагітності (Jaslow C.R., Kuttan W.H., 2013).

Окремим питанням у проблемі ЗН вагітності стоїть визначення тактики при антифосфоліпідному синдромі (АФС) у жінки. Не можна недооцінювати значення цієї патології у розвитку ЗН, але також неприпустимим є і гіпердіагностика АФС та призначення недоцільних дороговартісних обстежень та лікування. Саме АФС є тим станом, лікування якого є добре відомим та ефективним, що може дати можливість жінкам з цією патологією виносити та народити здорових дітей. Тобто АФС є однією з найважливіших причин ЗН, що піддається корекції!

Отже, АФС – це поєднання несприятливого закінчення вагітності або тромбозу (венозного/артеріального) з

підвищення титру антифосфоліпідних антитіл (АФАТ): вовчакового антикоагулянта, АТ до кардіоліпіну та β_2 -глікопротеїну-1. Діагноз АФС можна встановлювати лише за наявності 1 клінічного та 1 лабораторного критеріїв (*Австралійські критерії, 2006*), і наявність цього діагнозу є показанням до консультації гематолога.

Клінічні критерії:

- судинний тромбоз в анамнезі,
- НВ – (а) 1 і більше втрат вагітності від 10 тиж з підтвердженою нормальною морфологією плода, або
- (b) 1 і більше ПП від 34 тиж з нормальною морфологією новонародженого у результаті тяжкої ПЕ, Е, ПН, або
- (с) 3 і більше МА до 10 тиж за виключенням анатомічних, гормональних та генетичних причин НВ.

Лабораторні критерії:

Виявлення одного з маркерів (двічі з інтервалом не менше 12 тиж):

- вовчаковий антикоагулянт у плазмі крові, або
- помірний/високий титр антикардіоліпінових АТ (IgG/IgM) у сироватці/плазмі крові, або
- АТ до β_2 -глікопротеїну-1 (IgG/IgM) у сироватці/плазмі крові.

Медикаментозні рекомендації щодо лікування АФС зводяться сьогодні до призначення комбінації *низькомолекулярного гепарину з низькими дозами ацетилсаліцилової кислоти*, що дозволяє зменшити ризик втрати вагітності на 54%. У той самий час доведено, що *монотерапія ацетилсаліциловою кислотою не є ефективною*, а застосування *преднізолону* або інших глюкокортикоїдів ніякою мірою не покращує результат вагітності, але при цьому збільшує ризик гестаційної артеріальної гіпертензії та гестаційного цукрового діабету.

Ще одним важливим питанням є *тактика щодо спадкових тромбофілій (ТФ) та їхній зв'язок із ЗН*.

Загальне захоплення даною проблемою призводить до гіпердіагностики та перенавантаження пацієнток непотрібними лабораторними обстеженнями та зайвим витрачанням чималих коштів.

Сучасні дані переконливо доводять, що *рутинний скринінг на наявність спадкових тромбофілій проводити недоцільно*.

Обстеження слід проводити жінкам за наявності:

- родичів першої лінії з ТФ високого ризику;
- в анамнезі ідіопатичного артеріального тромбозу у молодому віці, ідіопатичної венозної тромбоемболії (ВТЕ), епізоди венозних ВТЕ після помірних чинників ризику, понад 3 втрат вагітності до 10 тиж, 1 і більше – після 10 тиж, прееклампсії, ЗВУРП, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти;
- ТФ високого ризику: гомозиготні мутації генів G1691A (Фактора V, лейденівська мутація) та G20210A (Фактора II, протромбіну) та їхні поєднання;
- мутацій у генах фолатного циклу MTHFR, MTR, MTRR, асоційованих з порушенням метаболізму фолатів та розвитком ГПЦ, що само по собі може підвищувати ризик тромбозів та акушерських ускладнень – у разі їхнього виявлення показане застосування препаратів із фолієвою кислотою (ФК), вітамінами B₆ та B₁₂ [12].

Дотація вітамінів та мікроелементів у жінок із ЗН повинна починатися ще з етапу прегравідарної підготовки.

Найбільше доказів щодо необхідності такої дотації надає відносно ФК. *Призначення фолатів є обов'язковим протягом 3 міс прекоцепційного періоду та I триместра вагітності* як засобу профілактики гіпергомоцистеїнемії і анемії у матері та вад розвитку нервової трубки у плода. Оптимальним є призначення фолатів у складі фолатвмісних комплексів у дозі 400–800 мкг/добу. У той самий час з обережністю слід

ставитися до призначення високих доз ФК (1000 мкг та більше) без показань протягом тривалого часу, оскільки це підвищує ризик виникнення злоякісних пухлин та неврологічних ускладнень!

Відомо, що вживання ФК щоденно у дозі 400 мкг знижує рівень гомотеїну на 20%. Водночас ФК є синергістом вітаміну B₁₂. Реакції метилювання ДНК, що відбуваються за участі вітаміну B₁₂, сприяють зниженню рівня гомотеїну ще додатково на 7%.

Доведено також позитивний вплив призначення ФК статевому партнеру: кожні 100 мкг ФК щоденно знижують частку аномальних сперматозоїдів на 3,6% [12].

Ще одним важливим для настання та виношування вагітності мікроелементом є *йод*. На етапі планування вагітності його надходження до організму жінок у складі мінерально-вітамінних комплексів має становити не менше 150 мкг/добу, а їхнім чоловікам – 100 мкг/добу протягом 3 міс. В ендемічних за йододефіцитом районах ця доза збільшується до 300 мкг/добу.

Препарати *заліза* призначають на підставі оцінки показників червоної крові та айрон-статусу. При прихованому/явному дефіциті заліза у прекоцепційний період призначають його дотацію у дозі 60 мг/тиждень.

Цим вимогам повною мірою відповідає вітаміно-мінеральний комплекс *Гесталідер*, до складу якого входять фолієва кислота (400 мкг), вітамін B₁₂ (2,5 мкг), залізо (21 мг) та йод (225 мкг).

Саме така доза ФК (400 мкг) у поєднанні з ціанкобаламіном (2,5 мкг) є дієвим профілактичним чинником щодо вроджених вад розвитку нервової трубки у плода та забезпечує нормальний рівень гомотеїну в організмі жінки. Отже, відбувається запобігання мікротромбозам судин матково-плодово-плацентарного басейну та попередження репродуктивних втрат у жінок з ожирінням, у яких завжди підвищений ризик гіперкоагуляційних ускладнень.

Достатня доза заліза (21 мг) забезпечує надійну профілактику анемії у вагітних, а доза йоду (225 мкг) відповідає добовій потребі вагітної в цьому мікроелементі.

Vitamin D призначають з метою профілактики його дефіциту в прекоцепційний період у дозі 600–800 МО/добу, у разі настання вагітності – 800–1200 МО/добу (за концентрації у крові менше 75 нмоль/л, або 30 нг/мл) [12, 17].

Принципове значення для настання успішної вагітності має *корекція інфекційної складової*.

Діагностичні маніпуляції слід проводити в прекоцепційний період, особливо це стосується таких важливих для встановлення діагнозу методів, як ПЛР, бактеріологічні та бактеріоскопічні методи, пайпель-біопсія ендометрія.

Серед запальних захворювань статевих шляхів найбільш значущим для подальшого розвитку хронічного ендометриту (ХЕ) є цервіцит – у 27% випадків призводить до ендометриту, тому підлягає обов'язковій етіотропній терапії (серед його збудників найчастіше виявляють *Ureaplasma ur.*, *Mycoplasma hom.*, *Chlamydia tr.*; рідше – збудники токсоплазмозу, кору, краснухи, вірус простого герпесу, ЦМВ, віруси Коксаки та *Listeria monocytogenes*).

У разі виявлення ознак ХЕ проводять етіотропну терапію з елімінацією збудника, після чого відновлюють морфофункціональний потенціал ендометрія.

Під час визначення аутоімунного характеру ХЕ основними медичними завданнями є:

- зниження активності запалення (за допомогою нестероїдних протизапальних засобів);
- відновлення рецептивності та імунної відповіді ендометрія за рахунок нормалізації співвідношення естрогену/гестагени;
- покращання кровообігу в органах малого таза (за допомогою фізіо- та бальнеотерапії).

Після нормалізації функції ендометрія та створення умов для успішної імплантації у жінок із ЗН на прегравідарному етапі слід продовжити *корекцію ендокринних порушень*.

Задля цього рутинно призначають препарати прогестерону у II фазу кожного МЦ до зачаття та протягом гестації для покращання репродуктивних результатів. Препаратами вибору є різні форми (сублінгвальна, інтравагінальна) мікронізованого прогестерону (*Лютеїна*, Адамед, Польща). Він не пригнічує овуляції та не перешкоджає настанню вагітності. Мікронізований прогестерон під час прегравідарної підготовки у жінок із ЗН призначають сублінгвально/інтравагінально по 200–300 мг/добу з 17-го до 26-го дня МЦ. За настання вагітності *Лютеїну* продовжують призначати інтравагінально у дозі 200–400 мг/добу до 34 тиж (після 22 тиж – у разі високого ризику передчасних пологів) [2, 6, 8].

Важливими перевагами мікронізованого прогестерону, представленого у двох зазначених вище лікарських формах, є відсутність порушень з боку печінки при сублінгвальному та вагінальному застосуванні, що надає можливість його тривалого та безпечного застосування. Крім того, при застосуванні прогестерону у цих формах відбувається прямий транспорт до матки, омиваючи печінковий метаболізм. За своїми властивостями він максимально наближений до ендогенного прогестерону, що значно підвищує його біодоступність та терапевтичний ефект [10, 11, 14, 20, 22].

Ще однією перевагою вагінальної форми *Лютеїну* є те, що її розроблено з урахуванням нормального рН піхви, а саме – вона містить підкислювальний компонент і підтримує рН у нормі для розвитку лактофлори. Це є дуже важливим для якісного запліднення, оскільки саме кисле середовище піхви (рН 3,5–4,5) виконує роль «еволюційного фільтра», тобто

подолати кислотний бар'єр може тільки *найбільш рухливий і здоровий сперматозоїд*. Якщо ж відбувається олужнення піхви, ця функція втрачається, і яйцеклітину може запліднити і неповноцінний сперматозоїд [20].

Для сприятливого настання та подальшого перебігу вагітності у жінок із ЗН необхідно знати не тільки, що потрібно таким жінкам, а й чого слід уникати при їхньому веденні.

Отже, *слід уникати необґрунтованих та невинуватих призначень* без особливих показань (додаткові обстеження, медикаментозні препарати тощо).

При збалансованому раціоні слід уникати *призначення харчових добавок та інших фортифікаторів* аліментарного статусу.

Також слід уникати *поліпрагмації* – призначення одночасно 5 та більше препаратів вже потребує консультування клінічного фармаколога.

Не слід проводити і так звану *профілактичну санацію піхви* без лабораторного підтвердження вагініту/БВ, оскільки це створює умови для активації умовно-патогенної флори. Оскільки лактобактерії піхви відновлюють свою популяцію дещо повільніше, ніж інша резидентна мікрофлора, це може стати передумовою розвитку БВ і створити зайві проблеми [12].

ВИСНОВКИ

Отже, лише розумний та раціональний підхід до ведення жінок зі звичною невиношуваністю на прегравідарному етапі та під час вагітності, що базується на достатній сучасній доказовій базі, може надати їм можливість народження живих та здорових дітей. Ця стаття, звичайно, не є істиною в останній інстанції, але в ній представлено узагальнені дані, продемонстровані багатьма дослідниками в різних країнах світу.

Привычное невынашивание: что нужно делать и чего делать не следует (Обзор) И.А. Жабченко

В статье представлен обзор отечественных и зарубежных изданий по вопросам прегравидарной подготовки и ведения ранних сроков беременности у женщин с привычным невынашиванием (ПН) в анамнезе.

Представлена современная терминология, рассмотрены вопросы о причинах этой патологии и определены пути ее преодоления. Приведены мнения специалистов ведущих учреждений и акушерско-гинекологических сообществ мира по вопросам прегравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с ПН.

Среди основных вопросов рассмотрены: оптимальные сроки планирования следующей беременности; ключевые рекомендации по ведению женщин с ПН (генетическое обследование, рутинное назначение препаратов прогестерона, коррекция «мужского фактора», психоэмоциональные нарушения, анатомических дефектов женских репродуктивных органов); ведение женщин с репродуктивными потерями в анамнезе на фоне антифосфолипидного синдрома и врожденных тромбофилий.

Отмечена необходимость коррекции инфекционной составляющей невынашивания беременности.

Определена роль дотации витаминов и микроэлементов у женщин с ПН и их необходимое количество на этапе прегравидарной подготовки (фолаты, железо, йод, витамины D, B₁₂). Представлена доказательная база по использованию сублингвальной и вагинальной форм микроинформированного прогестерона (Лютеина) для коррекции II фазы МЦ и ведения ранних сроков беременности у женщин с ПН.

Сделан упор также на том, чего следует избегать: необоснованных и неоправданных назначений без особых показаний (дополнительные обследования, лекарственные препараты и т.д.).

Ключевые слова: привычное невынашивание беременности, прегравидарная подготовка, ключевые рекомендации, дотация микроэлементов, микроинформированный прогестерон, Гестагидер, Лютеина.

Habitual miscarriage: what you should do and what you should not do (Review) I.A. Zhabchenko

The article presents an overview of domestic and foreign publications on pregravid preparation and early pregnancy in women with a history of habitual miscarriage (HM).

Modern terminology is presented, questions about the causes of this pathology are considered and ways of its overcoming are determined. The views of specialists from leading institutions and obstetric and gynecological communities of the world on the issues of pregravid preparation and management of pregnancy in women with HM are presented.

Among the main issues considered are the following: optimal timing for the next pregnancy; key recommendations on the management of women with HM (genetic examination, routine administration of progesterone preparations, correction of the «male factor», psychoemotional disorders, anatomical defects of female reproductive organs); the management of women with reproductive losses in the history on the background of antiphospholipid syndrome and congenital thrombophilia.

It was noted the need to correct the infectious component of miscarriage.

The role of vitamin and micronutrient supplementation in women with HM and their required quantity at the stage of pregravid preparation (folates, iron, iodine, vitamins D, B₁₂) is defined. The evidence base on the use of sublingual and vaginal forms of micronized progesterone (luteina) for correction of the II phase of MC and early pregnancy in women with HM is presented.

The emphasis is also on what should be avoided: unreasonable and unjustified prescriptions without special indications (additional examinations, medications, etc.).

Key words: habitual miscarriage, pregravid preparation, key recommendations, micronutrient supplementation, micronized progesterone, gestalider, luteina.

Сведения об авторе

Жабченко Ирина Анатольевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (093) 968-72-88. E-mail: izhab@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антипкин Ю.Г. Основные направления развития перинатальной медицины / Ю.Г. Антипкин, Ю.В. Давыдова // Репродуктив. эндокринология. – 2012. – № 2. – С. 5–7.
2. Голяновський О.В. Ефективність комбінованого застосування сублінгвальної та вагінальної форм мікронізованого прогестерону в терапії загрози передчасних пологів / О.В. Голяновський, А.М. Рубінштейн, М.А. Бачинська // Репродукт. эндокринологія. – 2016. – № 1. – С. 41–46.
3. Гончаров Н.П. Кортикостероиды: метаболизм, механизм действия и клиническое проявление / Н.П. Гончаров. – М.: Адамант, 2002. – 180 с.
4. Гопчук О.М. Диференційований підхід до застосування прогестерону в акушерсько-гінекологічній практиці / О.М. Гопчук // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 36–41.
5. Дикке Г. Профилактика потери беременности и преждевременных родов у женщин групп риска / Г. Дикке // 3 турботою про жінку. – 2014. – № 2. – С. 28–32.
6. Дубоссарская Ю.А. Применение микронизированного прогестерона при невынашивании беременности / Ю.А. Дубоссарская, З.М. Дубоссарская // Репродукт. эндокринология. – 2016. – № 4. – С. 35–39.
7. Жук С.І. Психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури) / С.І. Жук, О.Д. Щуревська // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – Чернівці, 2011. – Т. 1, № 2. – С. 132–136.
8. Могилевкина И.А. Применение вагинального прогестерона в предупреждении преждевременных родов: есть ли преимущества? / И.А. Могилевкина, В.Г. Гурьянов // Здоровье женщины. – 2016. – № 4. – С. 28–36.
9. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 р. № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року». Клінічний протокол «Невиношування вагітності».
10. Олешко В.Ф. Профилактика акушерских та перинатальных осложнений у вагітних з недостатністю обтураційної функції шийки матки: Дис. ... канд. мед. наук. – 14.00.01. – К., 2017. – 238 с.
11. Опришко В.И. Сублингвальная форма прогестерона: необходимость в инновациях или вызовы современной медицины / В.И. Опришко, Д.С. Носивец // Здоровье женщины. – 2015. – № 10. – С. 37–42.
12. Прегавидарная подготовка: клинический протокол / авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 80 с.
13. Привычное невынашивание беременности: причины, версии контр-аверсии, лечение / под ред. Говарда Дж. А. Карпа; пер. с англ. под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 592 с.
14. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: рук. для практикующих врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: Мед. информ. агентство, 2010. – 536 с.
15. Торчинов А.В. Проблемы потери беременности – диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства: обзор литературы / А.В. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, Г.Н. Джонбобоева // Лечащий врач. – 2013. – № 9. – С. 85–91.
16. Хофмейер Д.Ю. Кокрановское руководство: беременность и роды / Д.Ю. Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З. Алфирович и др.; под общ. ред. Г.Т. Сухих; пер. с англ. В.И. Кандра, О.В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
17. Шурпак С.А. Роль баланса микроэлементов и витаминов в обеспечении гестационного процесса / С.А. Шурпак, Н.И. Жемела // Здоровье женщины. – 2014. – № 5. – С. 37–40.
18. Alexander G. Prematurity at birth: determinants, consequences and geographic variation / G. Alexander // National Academies Press. W. – 2007. – P. 607–608. Anum E. A. Genetic contributions to disparities in preterm birth / E.A. Anum, E.H. Springel et al. // *Pediatr. Res.* – 2009. – Vol. 65. – № 1. – P. 1–9.
19. Boots C.E. Frequency of euploid miscarriage is increased in obese women with recurrent early pregnancy loss / C.E. Boots, L.A. Bernardi, M.D. Stephenson // *Fertility and Sterility.* – 2014 – Vol. 102. – Iss. 2. – P. 455–459.
20. Da Fonseca E.B. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study / E.B. Da Fonseca, R.E. Bittar, M.H. Carvalho et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 188, № 2. – P. 419–424.
21. O'Brien J.M. Progesterone vaginal gel for the reduction of recurrent preterm birth: primary results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / J.M. O'Brien, C.D. Adair, D.F. Lewis, D.R. Hall et al. // *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2007. – № 30 (5). – P. 687–696.
22. Schindler A.E. Рекомендации Европейского клуба прогестиннов по профилактике и лечению гестациями угрожающего или привычного невынашивания беременности / A.E. Schindler, H. Carp, R. Druckmann, A.R. Genazzani et al. // *Здоровье женщины.* – 2015. – № 6. – С. 29–31.

Статья поступила в редакцию 21.02.2018

Молочная железа и пролактин: новые данные

О роли пролактина в генезе заболеваний молочных желез

Н.И. Рожкова, Н.М. Подзолкова, Т.В. Овсянникова

StatusPraesens. Копирайтинг: Татьяна Рябинкина, Хильда Симоновская

По данным ВОЗ, онкологические болезни – одна из основных причин роста заболеваемости и смертности в мире. Так, в 2012 году число пациентов с впервые установленным диагнозом «рак» в мире выросло на 14 млн по сравнению с предыдущим годом, погибло 8,2 млн человек. Прогнозы тоже неутешительны: через 20 лет эксперты ожидают рост онкологической заболеваемости еще на 70% – до 22 млн в год [1]. Красный сигнал тревоги для акушеров-гинекологов особенно актуален: четверть всех заболевших – женщины, страдающие раком молочной железы (РМЖ) [1].

В странах СНГ у 55% пациентов онкологического профиля рак поражает именно органы репродуктивной системы, а пальма сомнительного первенства принадлежит РМЖ – 28,1% диагнозов [2]. Свыше полумиллиона россиянок сегодня состоят под диспансерным наблюдением по поводу этого заболевания, ежегодно умирают более 23 тыс. женщин [3]. Именно поэтому любая новая информация, помогающая лучше понять патогенез этого процесса и снизить степень риска, сегодня на вес золота.

Этой острой теме было посвящено секционное заседание «Молочные железы и гормоны: новые факторы риска», прошедшее в мае в рамках IV Междисциплинарного форума «Медицина молочной железы» (Москва, 2016). Его председателями выступили проф. Виктор Евсеевич Радзинский, проф. Надежда Ивановна Рожкова и известная писательница и общественный деятель Дарья Донцова (Москва).

В наши дни доброкачественные дисплазии молочных желез (ДДМЖ) уже не рассматривают как «предрак» или стадию, обязательно предшествующую РМЖ: первичный рак без какой-либо связи с дисплазиями возникает достаточно часто [4, 5]. Однако некоторая корреляция все же существует: чем выше в популяции заболеваемость ДДМЖ, тем больше распространен РМЖ. Кроме того, многие факторы риска этих состояний – например, *гиперэстрогенизм* и *гиперпролактинемия* – однотипны, и различен лишь средний возраст заболевших [4, 6]. Наивысшую заболеваемость ДДМЖ регистрируют у женщин 30–50 лет, а две трети заболевших РМЖ – после 50 лет [6].

В частности, в связи с этим в новейших научных публикациях исследователи делают акцент на патогенезе заболеваний молочных желез, базирующемся на работе гипоталамо-пролактиновой оси [7]. Именно новым данным о патологической роли пролактина в генезе РМЖ и посвящена настоящая публикация.

Чем больше функций, тем сложнее управлять

Изучение пролактина началось еще в 1920-х годах, когда он был обнаружен как некая лактогенная субстанция в экстракте гипофиза коров. Лишь полвека спустя человеческий пролактин был выделен как отдельная молекула. Уже тогда *многонаправленность* его физиологических эффектов заинтересовала исследователей [8]. Как оказалось, у этого гормона передней доли гипофиза нет клеток-мишеней или целевой рецептивной ткани, поэтому его было предложено называть «версатилином» (от англ. versatile – «многосторонний»). За

синтез этого гормона пептидной структуры отвечают клетки передней доли гипофиза – так называемые лактотрофы. В крови здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста уровень пролактина колеблется от 150 мМЕ/л (7,5 нг/мл) до 550 мМЕ/л (25 нг/мл) [9, 10], причем в лютеиновую фазу его содержание выше, чем в фолликулярную [11]. Как и в отношении многих других гормонов, секреция пролактина носит пульсирующий характер.

Сегодня пролактин рассматривают как *плейотропный* (*плейотропный* – полифункциональный, оказывающий множественные эффекты) гормон с широчайшим спектром физиологических эффектов, нацеленных на обеспечение благополучия беременной, плода, роженицы, родильницы и новорожденного (посредством обеспечения лактации), – их больше, чем у многих других сигнальных молекул организма.

Практически *все клетки и ткани* пролактинозависимы (табл. 1) [12] – очень необычное свойство гормона. При этом именно в отношении пролактина можно провести интересную аналогию с бытовой техникой: чем больше у агрегата функций, тем сложнее пользоваться с ним обращаться.

Даже так называемая транзиторная гиперпролактинемия зачастую провоцирует *расстройства менструального цикла*, в том числе ановуляцию. С повышением концентрации пролактина ассоциированы также предменструальный синдром, масталгия, дисменорея, менструальная мигрень (Рожкова Н.И., Меских Е.В. Фитотерапия XXI века: доказательства эффекта. Применение Vitex agnus-castus при различных формах мастопатии // StatusPraesens. 2012. № 1 (7). – С. 38–43).

Кроме того, у пациенток с гиперпролактинемией нарушен пиковый выброс опухолевого супрессора киспептина в гипоталамусе и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в гипофизе, что обуславливает гиполютенизм. Отсюда – повышенный риск невынашивания беременности и преждевременных родов [13, 14]. С недостаточностью второй фазы менструального цикла связывают до 60% причин бесплодия и до 40% невынашивания беременности эндокринной этиологии [15].

Однако, как оказалось, гиперпролактинемия таит в себе и онкоугрозу: получены убедительные доказательства того, что пролактин обладает свойствами, косвенно *способствующими канцерогенезу и метастазированию*, – усиливает клеточную пролиферацию и васкуляризацию тканей. Многочисленные исследования, в том числе с весьма продолжительным периодом наблюдения (20 лет), показывают корреляцию между повышенным уровнем пролактина и риском возникновения РМЖ [16], агрессивностью опухоли, склонностью к образованию метастазов и низкой долгосрочной выживаемостью пациенток [17–19]. Предполагают, что он может провоцировать развитие не только РМЖ, но и рака матки, яичников, простаты, толстой и прямой кишки, языка.

Тем не менее, хотя гиперпролактинемия сегодня рассматривают как самостоятельный фактор риска РМЖ, ее одной для возникновения опухоли недостаточно, нужно «сопровождение» – *эстрогены*. Так, у пациенток с аденомами гипофиза концентрации пролактина в крови могут быть запредельными, однако риск РМЖ не повышен, а иногда молочные железы даже подвергаются инволюции. В то же время уме-

Биологическая многофункциональность пролактина

Ткань или функция	Адаптивные изменения во время беременности, данные экспериментов
Молочная железа, лактация	Обеспечивает пролиферацию и дифференцировку клеток молочной железы, секрецию молока
Поведение матери	Регулирует поведение, обостряет материнский инстинкт (в эксперименте на лабораторных животных)
Нейрогенез во взрослом возрасте	Повышает нейрогенез в субвентрикулярной зоне материнского мозга во время беременности. Играет роль в изменениях настроения и поведения после родов
Обмен углеводов	Активирует β -клетки поджелудочной железы матери, побуждая их синтезировать больше инсулина, что предотвращает гестационный диабет. В материнских тканях под влиянием пролактина растет резистентность к инсулину, что способствует поступлению глюкозы к плоду
Регуляция аппетита	Повышает аппетит, в том числе вне беременности и в опытах на лабораторных животных. Во время беременности способствует отложению жира, во время лактации – его мобилизации. Вызывает лептинорезистентность у беременных
Костный и кальциевый гомеостаз	Активация рецепторов, расположенных на остеобластах и хондроцитах, мобилизует запасы кальция для роста скелета плода и выработки молока. Стимулирует костный метаболизм, улучшает всасывание кальция в кишечнике
Репродукция	Пролонгирует репродуктивный цикл, отвечает за лактационную аменорею. Стимулирует функцию желтого тела, необходимую для поддержания беременности. Гиперпролактинемия вызывает бесплодие, подавляя овуляцию
Реакция на стресс	Снижает выраженность стресса в поздние сроки беременности и во время лактации (тем самым уменьшает влияние глюкокортикоидов на потомство). Действует как анксиолитик
Секреция окситоцина	Благодаря наличию рецепторов к пролактину на клетках, синтезирующих окситоцин, стимулирует пиковые выбросы этого гормона во время родов и лактации

Пролактиновое излишество*

Для выяснения причины и лечения состояний, сопровождающихся гиперпролактинемией, необходимо тщательное обследование пациентки и дифференциальная диагностика. Концентрация пролактина от 550 МЕ/л (25 нг/мл, верхняя граница референсных значений) до 1000 МЕ/л чаще всего – свидетельство гиперпролактинемии *вследствие физиологических причин*. К таковым можно отнести физическую нагрузку, гипогликемию, стресс, раздражение соска молочной железы, предшествующий половой акт, прием белковой пищи, овуляцию, курение. Уровень пролактина выше 5000 МЕ/л требует подтверждения или исключения пролактиномы гипофиза.

В случае если действие физиологических стимулов исключить не удалось, а также при *манифестации* гиперпролактинемии следует выполнить повторное исследование содержания этого гормона.

Четкое выявление гиперпролактинемии требует исключить следующие состояния:

- гипотиреоз (необходимо определение ТТГ);
- почечную недостаточность (определить содержание креатинина);
- прием лекарственных препаратов, стимулирующих синтез пролактина.

* Прегравидарная подготовка: клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 80 с.

ренная гиперпролактинемия на фоне активной продукции эстрогенов яичниками повышает риск развития гормонозависимых опухолей на 60% [13, 21]. Принципиально важно, что существенную роль в формировании злокачественных опухолей молочной железы играет *нарушение баланса концентрации метаболитов эстрогена* [22]: преобладание пролиферативного 16 α -ОНЕ1 над физиологическим 2-ОНЕ1. Эти данные – ключ к перспективам развития патогенетической терапии ДДМЖ.

Четкий контроль и обходные пути

В связи с описанными выше «сложностями» человеческий организм располагает рядом защитных инструментов, позволяющих ему вовремя *останавливать* избыточную выработку пролактина в передней доле гипофиза.

Гипоталамическая регуляция секреции пролактина отличается от систем, контролирующих синтез других гормонов: она не стимулирующая, а ингибирующая и происходит *по системе обратной* связи особого типа – «короткой петли»: повышение концентрации пролактина само усиливает выработку ингибирующего фактора – не пептидных гормонов, как у всех остальных гормонов репродукции, а *нейромедиатора* дофамина. (Кстати, это нашло и фармакологическое применение в виде агониста дофамина – каберголина, используемого в практике для коррекции избыточного синтеза пролактина.)

Лактотрофные клетки передней доли гипофиза тоже весьма необычны: даже без гипоталамической стимуляции они способны к *самостоятельной* электрической *активности*, и именно этот факт объясняет высокие уровни базальной секреции пролактина, а также преимущественно ингибирующий регуляторный механизм и взаимосвязь между застойным возбуждением ЦНС (стрессом) и гиперпролактинемией.

Стимулируют выработку пролактина эстрадиол, вазоинтестинальный пептид и тиреолиберин, а подавляет, что уже также четко доказано, только дофамин – напрямую контактируя с рецепторами лактотрофных клеток гипофиза и ингибируя синтез пролактина тремя основными путями:

- снижает поступление ионов кальция в клетку, вызывая гиперполяризацию клеточной мембраны и сокращая тем самым секрецию пролактина;
- подавляет активность аденилатциклазы, что угнетает экспрессию гена, регулирующего синтез пролактина;
- сокращает пролиферацию лактотрофных клеток [12].

При беременности физиологически необходимо более высокое, чем обычно, содержание пролактина. Безусловно, богатый эстрогенами «гормональный букет» гестации по-

ПЛОХОЙ ХОРОШИЙ ПРОЛАКТИН

СНИЖАЕМ ПРОЛАКТИН — ПРОФИЛАКТИРУЕМ РАК

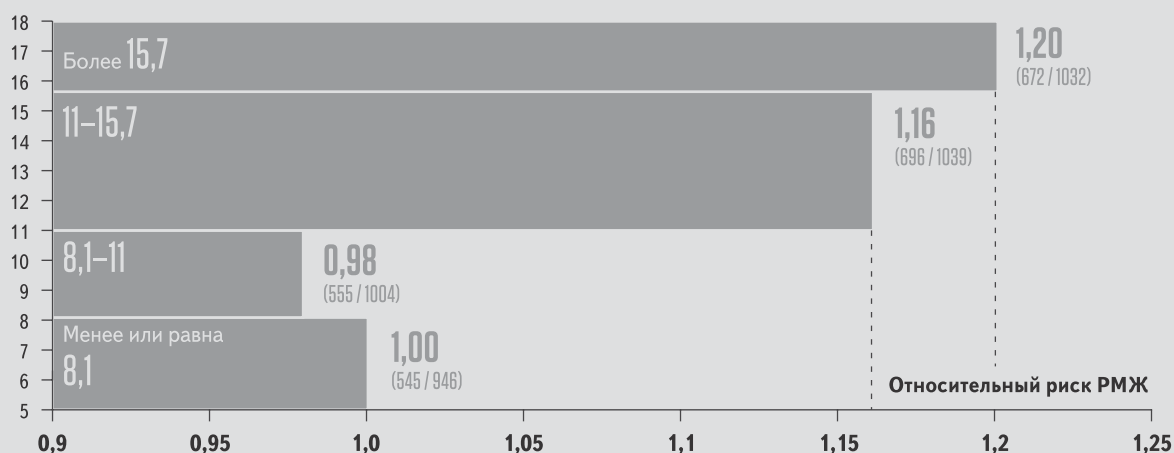
Влияет ли концентрация пролактина на риск РМЖ?

Ответ однозначен: влияет. К таким выводам пришли исследователи, оценивавшие уровень гормона в крови у 4689 женщин на протяжении нескольких лет. После 10-летнего наблюдения у 2468 пациенток с повышенным изначально уровнем пролактина развился РМЖ.



УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА И РИСК РМЖ¹

Концентрация
пролактина (нг/мл)



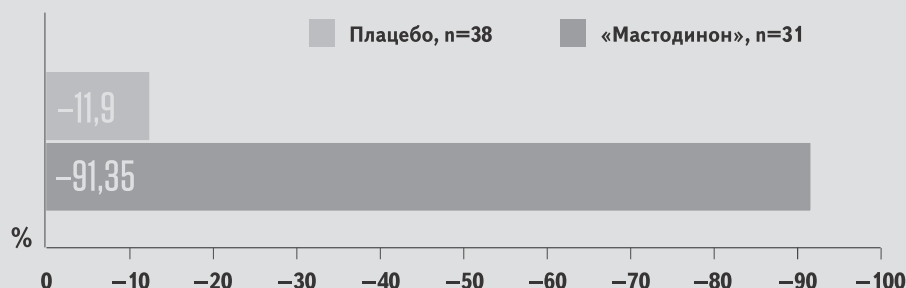
ВЫВОД 1:

Риск РМЖ возрастает при повышенном уровне пролактина более 11 нг/мл.

ВЫВОД 2:

Снижение концентрации пролактина — мероприятие вторичной профилактики РМЖ.

УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА ПОСЛЕ ПРИЁМА «МАСТОДИНОНА» В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕС (P=0,039)



ВЫВОД 3:

«Мастодинон» мягко снижает концентрацию пролактина в крови.

¹ Tworoger S.S., Eliassen A.H., Zhang X. et al. A 20-year prospective study of plasmaprolactin as a risk marker of breast cancer development // Cancer Res. — 2013. — Vol. 73 (15). — P. 4810–4819.

² Wuttke W., Splitt G., Gorkow C. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing Agnus Castus. Results of a randomized, placebo-controlled, double blind study // Geburtsh. u. Frauenheilk. — 1997. — Vol. 57. — P. 569–574.

вышает активность гипофиза, но для обеспечения надежности процесса природой предусмотрены так называемые дублиеры синтеза.

Речь идет о *внегипофизарной продукции* этого гормона, механизм запуска которой до сих пор не всегда очевиден. Перечень тканей, способных к локальному синтезу пролактина, весьма обширен: тимус, лимфоузлы, селезенка, молочная железа, кожа, костный мозг, миоэпителий, плацента и др.

Кстати, именно поэтому изучение механизма и особенностей синтеза пролактина вне гипофиза, возможно, позволит объяснить многие патологические состояния, обусловленные гиперпролактинемией.

Пролактин: весь такой противоречивый

Какими окажутся сигналы пролактина – физиологическими или проканцерогенными [23], зависит как от общего уровня гормона, так и от состояния клеточного матрикса и рецепторов к этому гормону. Так, *пролактининдуцированный белок* (РІР) считают гистопатологическим маркером РМЖ: он стимулирует пролиферацию патологически измененных клеток и разрушает волокна фибронектина, увеличивая способность опухоли к инвазии [24]. Экспрессию РІР вызывают пролактин и андрогены.

Пролактин играет также ключевую роль в дифференцировке клеток молочной железы во время беременности и экспрессии генов белков грудного молока. Эти ткани противопоставляют возможному онкогенному потенциалу пролактина в период его максимальной секреции разнообразные *защитные* факторы: например, ядерный фактор транскрипции 1-С2 (NF1-С2), ген-супрессор р53 призваны не допустить озлокачествления активной пролиферации и функционирования молочной железы в период лактации [25].

Однако не во всех тканях подобная система защиты представлена, да и в самих молочных железах она, к сожалению, далеко не всегда срабатывает должным образом – причины этого «несовершенства» также чрезвычайно интересуют исследователей.

В 2016 году к списку биологических эффектов пролактина был добавлен еще один пункт: *антиапоптозное действие* на пигментный эпителий сетчатки глаза [26], стимулирующее деление и созревание стволовых клеток [27]. С другой стороны, антиапоптозное действие может также лежать в основе *онкогенного потенциала* пролактина [28]. Сейчас исследователи заняты поиском и анализом тонких биохимических механизмов противодействия окислительному стрессу в сетчатке. До сих пор не решены многие вопросы: какого происхождения пролактин, выступающий в роли «защитника ретины», – синтезированный локально, гипофизарный или смешанный? Как адаптируется сетчатка к физиологическому повышению уровня пролактина при беременности и лактации? Вероятно, ответы будут получены в ближайшем будущем [29].

В контексте противоречий в биологических эффектах пролактина особенно интересен активно изучаемый с начала XXI века гормон *вазоингибин*. Он представляет собой протеолитически расщепленные *фрагменты пролактина*, притом способность взаимодействовать с рецепторами к пролактину он при трансформации теряет, зато может угнетать ангиогенез, сужать просвет и уменьшать проницаемость периферических сосудов. Совсем недавно, в мае 2016 года, была установлена защитная роль этого гормона в отношении диабетической ретинопатии [29], зато более ранние исследования ярко доказывают бесполезность этого «деривата» пролактина, подтверждая онкогенный потенциал для молочной железы, простаты и других органов-мишеней.

Кстати, сосудосуживающий потенциал вазоингибина и корреляция между его высоким содержанием и *преэклампсией*

заставляют задуматься о его роли в развитии осложнений беременности. Крайне важно – и абсолютно логично, – что концентрация вазоингибина напрямую зависит от содержания пролактина в крови.

Таким образом, недавние научные достижения в изучении пролактина и его производных подтверждают *разнонаправленность* эффектов пролактина при управлении пролиферацией и дифференцировкой клеток молочной железы. Этот гормон выполняет функцию своеобразного *балансира* указанных процессов, но, как любая гирия, при нарушении равновесия может причинить весьма заметный вред – например, вкупе с действием эстрогенов запустить канцерогенез [13, 18, 19, 21, 30].

Антипролактиновый практикум

Осознав перспективы, открывающиеся вместе с новыми данными о потенциальной роли пролактина в патогенезе гормональнозависимых злокачественных опухолей, каждый практикующий врач задаст вполне закономерный вопрос о том, как эту информацию обратить во благо своим пациенткам.

Жаль, но до настоящего времени разработка новых направлений патогенетической терапии гиперпролактинемии продвигается медленнее, чем хотелось бы. Наряду с совершенствованием *агонистов дофамина* ученые уже обсуждают разработку *моноклональных антител* и других фармакологических веществ, способных обратимо заблокировать экстрацеллюлярную часть пролактиновых рецепторов [28, 31, 32]. Однако по-настоящему эффективным методом борьбы с опухолями, в том числе с РМЖ, на популяционном уровне до сих пор можно считать только грамотно организованный *диагностический скрининг*.

В то же время, ожидая исследовательских новостей и новых терапевтических стратегий, чрезвычайно важно помнить о небезразличности и нефизиологичности гиперпролактинемии, особенно длительной, даже если репродуктивные задачи уже выполнены. Увеличение концентрации пролактина свыше 550 мЕД/л (25 нг/мл) в двух последовательных пробах – повод для медикаментозной коррекции фитопрепаратами (например, содержащими экстракт витекса священного, *Vitex agnus-castus*), а в нечастых случаях их неэффективности на протяжении 3 мес – агонистами дофамина (препарат выбора – каберголин).

Следует помнить, что при ДДМЖ акушер-гинеколог вправе применять препараты разных групп: агонисты ГнРГ и дофамина, препараты для стимуляции овуляции, прогестагены и комбинированные средства, регулирующие цикл. Нормализация менструальной функции снижает риск появления *de novo* и прогрессирования имеющейся фиброзно-кистозной мастопатии. И у пациентки с ДДМЖ, как с гинекологическими заболеваниями, так и без них, одной из первых линий в лечении могут стать *фитопрепараты с доказательной базой их эффективности*.

Например, «Мастодион®» – препарат комбинированного состава, содержащий экстракты нескольких лекарственных растений, включая *Vitex agnus-castus*. Он показан для коррекции умеренной гиперпролактинемии, для снижения симптоматики мастодинии, масталгии и фиброзно-кистозной мастопатии, сокращения послеоперационных рецидивов узловых форм мастопатии [33]. Затем, включаясь в круг нейроэндокринной регуляции, этот препарат оказывается полезен при недостаточной функции желтого тела – нормализует укороченную лютеиновую фазу, повышая в этот период уровни прогестерона и 17β-эстрадиола [34, 35]. Более того, отмечено, что растительные компоненты при таком лечении связываются с опиоидными рецепторами, обуславливая достаточно мощный *антистрессорный эффект* [35, 36].

На снижение интенсивности боли в молочных железах указали более 70% пациенток, принимавших «Мастодион®»

в течение 3 мес, что отмечено в плацебо-контролируемых клинических исследованиях [37, 38]. Российское исследование, в котором приняли участие 670 женщин (у 520 установлен диагноз ДДМЖ, 150 – группа сравнения), показало, что курсовое применение комплексного фитопрепарата к окончанию 12-й недели терапии восстанавливает баланс метаболитов эстрогенов за счет стимулирования образования в гормонозависимых тканях антипролиферативного 2-ОНЕ1 и нормализации соотношения 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1 в пользу первого, что обеспечивает антиэстрогеновый эффект [22].

В идеале формирование рациональной стратегии по любому вопросу в сфере медицины должно происходить с

ориентацией на две ключевые опоры: данные доказательной медицины и регламентирующие документы, формирующие обоснованный тыл профессиональных решений. Безусловно, в обсуждаемой теме будут появляться все новые интересные исследования и свежие приказы, но в обновлении взглядов и терапевтических подходов всегда важно стоять «на земле» хотя бы одной ногой.

Ближе всех к практическим реалиям – акушеры-гинекологи *первичного звена*, в конце концов именно от их мотивации и внимательности зависят глобальные и важнейшие вещи, в том числе статистика ранней диагностики заболеваний молочных желез.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World cancer report 2014. Geneva: WHO, 2014. 630 p.
2. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2016. 250 с.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). М., 2014. 250 с.
4. Доброкачественные дисплазии молочных желез: патогенетический вектор лечения. Обзор исследований, клинические рекомендации: Информационный бюллетень / Под ред. Е.Н. Андреевой, Н.И. Рожковой, Д.А. Соколовой. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. 24 с.
5. Медицина молочной железы: Пост-релиз и материалы научной программы III Междисциплинарного форума. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 24 с.
6. Беспалов В.Г., Травина М.Л. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы. 2015. Т. 11. № 4. С. 58–70.
7. Grattan D.R. 60 years of neuroendocrinology: the hypo-thalamo-prolactin axis // J. Endocrinol. 2015. Vol. 226. № 2. P. t101-t122. [PMID: 26101377]
8. Веропотвелян П.Н. Влияние пролактина на состояние молочной железы // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2011. Т. 43. № 3–1. С. 29–37.
9. Гиперпролактинемия: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения: Клинические рекомендации. М., 2013. 19 с.
10. Прегравидарная подготовка: Клинический протокол / Авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. 80 с.
11. Das D., Talukdar U., Chisty S.S. et al. Serum prolactin level in patients taking olanzapine // Open J. Psychiatry Allied Sci. 2015. Vol. 6. № 1. P. 50–58.
12. Grattan D.R. 60 years of neuroendocrinology: the hypothalamo-prolactin axis // J. Endocrinol. 2015. Vol. 226. № 2. P. 101–122. [PMCID: PMC4515538]
13. Meczekalski B., Katulski K., Podfigurna-Stopa A. et al. Spontaneous endogenous pulsatile release of kisspeptin is temporally coupled with luteinizing hormone in healthy women // Fertil. Steril. 2016. Vol. 105. № 5. P. 1345–1350. [PMID: 26859129]
14. Кузнецова И.В., Ховрина Е.А., Кирпиков А.С. Восстановление фертильности у женщин с генитальным эндометриозом // Акушерство и гинекология. 2012. № 2. С. 10–15.
15. Артымук Н.В., Кондратьева Т.А., Тачкова О.А. Принципы терапии пациенток с бесплодием и недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009. Т. 8. № 4. С. 31–35.
16. Tworoger S.S., Eliassen A.H., Zhang X. et al. A 20-year prospective study of plasma prolactin as a risk marker of breast cancer development // Cancer Res. 2013. Vol. 73. № 15. P. 4810–4819. [PMID: 23783576]
17. Семимиллиардный житель Земли родился в России. – URL: <http://www.ntv.ru/novosti/243552>
18. Bernichtein S., Touraine P., Goffin V. New concepts in prolactin biology // J. Endocrinol. 2010. Vol. 206. № 1. P. 1–11. [PMID: 20371569]
19. Tworoger S.S., Hankinson S.E. Prolactin and breast cancer etiology: An epidemiologic perspective // J. Mammary Gland Biol. Neoplasia. 2008. Vol. 13. № 1. P. 41–53.
20. Berinder K., Akre O., Granath F. et al. Cancer risk in hyperprolactinemia patients: A population-based cohort study // Eur. J. Endocrinol. 2011. Vol. 165. № 2. P. 209–215. [PMID: 21602317]
21. Веропотвелян П.Н. Состояние молочных желез у пациенток, страдающих бесплодием, после индукции овуляции // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2012. Т. 56. № 4. С. 32–38.
22. Сотникова Л.С. и др. Состояние гормональной регуляции при фиброзно-кистозной мастопатии // Мать и дитя. 2011. № 1. С. 342–346.
23. McHale K., Tomaszewski J.E., Puthiyaveetil R. et al. Altered expression of prolactin receptor-associated signaling proteins in human breast carcinoma // Mod. Pathol. 2008. Vol. 21. № 5. P. 565–571. [PMID: 18246042]
24. Naderi A. Prolactin-induced protein in breast cancer // Adv. Exp. Med. Biol. 2015. Vol. 846. P. 189–200. [PMID: 25472539]
25. Nilsson J., Bjursell G., Kannius-Janson M. Nuclear Jak2 and transcription factor NF1-C2: a novel mechanism of prolactin signaling in mammary epithelial cells // Mol. Cell Biol. 2006. Vol. 26. № 15. P. 5663–5674. [PMID: 16847321]
26. Meléndez García R. et al. Prolactin protects retinal pigment epithelium by inhibiting sirtuin 2-dependent cell death // EBioMedicine. 2016. Vol. 7. P. 35–49. [PMID: 27322457]
27. Grattan D.R. The eyes have it! Protective role of prolactin in the retina // EBioMedicine. 2016. Vol. 8. P. 26–27. [PMID: 27428414]
28. Goffin V., Touraine P. The prolactin receptor as a therapeutic target in human diseases: Browsing new potential indications // Expert Opin. Ther. Targets. 2015. Vol. 19. № 9. P. 1229–1244. [PMID: 26063597]
29. Garcia R.M., Zamarripa D.A., Arnold E. et al. Prolactin protects retinal pigment epithelium by inhibiting sirtuin 2-dependent cell death // EBioMedicine. 2016. Vol. 7. P. 35–49. [PMID: 27322457]
30. Кит О.И., Франциянц Е.М., Бандовкина В.А. и др. Уровень половых гормонов и пролактина в ткани злокачественных опухолей молочной железы у больных разного возраста // Фундаментальные исследования. 2013. № 7. С. 560–564.
31. Damiano J.S., Rendahl K.G., Karim C. et al. Neutralization of prolactin receptor function by monoclonal antibody LFA102, a novel potential therapeutic for the treatment of breast cancer // Mol. Cancer Ther. 2013. Vol. 12. № 3. P. 295–305. [PMID: 23270929]
32. Petersson K.J., Vermeulen A.M., Friberg L.E. Predictions of in vivo prolactin levels from in vitro K(i) values of D(2) receptor antagonists using an agonist-antagonist interaction model // AAPS J. 2013. Vol. 15. № 2. P. 533–541. [PMID: 23392818]
33. Радзинский В.Е., Ордянц И.М. Возможности терапии сочетания миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез // Акушерство и гинекология. 2013. № 4. С. 44–47.
34. Элькад Е.В. и др. Состояние гормональной регуляции при фиброзно-кистозной мастопатии // Мать и дитя. 2011. № 1. С. 342–346.
35. Die M.D. van, Burger H.G., Teede H.J. et al. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: A systematic review of clinical trials // Planta Med. 2013. Vol. 79. № 7. P. 562–575 [PMID: 23136064]
36. Rapkin A.J., Lewis E.I. Treatment of premenstrual dysphoric disorder // Womens Health (Lond.). 2013. Vol. 9. № 6. P. 537–556. [PMID: 24161307]
37. Halaska M., Beles P., Gorkow C. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus cas-tus extract: Results of a placebo-controlled double-blind study // Breast. 1999. Vol. 8. № 4. P. 175–181. [PMID: 14731436]
38. Wuttke W., Splitt G., Gorkow C. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing agnus cas-tus: Results of a randomized, placebo-controlled, double blind study // Geburtsh. u. Frauenheilk. 1997. № 57. P. 569–574.
39. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Минздрава РФ, 1 ноября 2012 г. № 572н.
40. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: Приказ Минздрава РФ, 15 ноября 2012 г. № 915н.

Геморрой и беременность: вопросы и ответы

А.Ю. Лиманская, Ю.В. Давыдова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Здоров'я України. Тематичний номер • Грудень 2017 р.

Что такое геморрой

Геморрой (от лат. *haemorrhoides*) – заболевание прямой кишки, характеризующееся гиперплазией пещеристой ткани анального канала в результате нарушения кровотока в пещеристых тельцах, вызванного, как правило, усилением прилива артериальной крови к пещеристым тельцам и затруднением оттока в отводящие пещеристые вены. Гипертрофия сосудистых сплетений подслизистого пространства анального канала нередко впервые клинически проявляется кровотечением, что и обусловило название заболевания.

Какова функция геморроидальных вен

Геморроидальные вены – это нормальные анатомические структуры, которые можно увидеть в человеческом эмбрионе с 8-й недели беременности. В комплексе с нервно-мышечной системой ануса (сфинктеры, нервы, слизистые оболочки и кожа) они обуславливают работу заднего прохода. За счет этих вен тело человека может контролировать испражнения и газы.

В состоянии покоя геморроидальные вены полны крови и действуют как буфер поглощения измененного внутрибрюшного давления, например во время кашля. Это позволяет избежать непроизвольного выделения фекалий или газа без сокращения анального сфинктера. Во время эвакуации кишечного содержимого нормальные геморроидальные вены за счет механического воздействия (сжатия) опорожняются от крови, что облегчает опорожнение прямой кишки. При нормальном осуществлении вышеописанного механизма наличие геморроя, как правило, характеризуется бессимптомным течением.

Как проявляется геморроидальная болезнь

Геморрой может стать симптоматическим и, следовательно, превратиться в проблему, если структуры геморроидальных вен повреждены и/или нарушено их нормальное функционирование (рис. 1).

Проявлениями геморроя могут быть:

- пролапс (выпадение через анус всех слоев прямой кишки или ее нижней части);
- тромбоз (сгустки крови в геморроидальных сплетениях кровеносных сосудов);
- трещины (разрыв или язва в анусе). В зависимости от степени пролапса и наличия симптомов различают 4 стадии геморроя. Симптомы включают ощущение жжения, зуд, прерывистое кровотечение из ануса, разную степень вытекания слизи, фекалий, проблемы перинеальной гигиены, дискомфорт, боль или и то и другое.

Самые распространенные симптомы геморроя во время беременности и в послеродовой период – это боль и повторяющиеся кровотечения из заднего прохода. Они обычно незначительны и прекращаются спонтанно.

Боль может вызывать беспокойство у молодой и ранее здоровой женщины. В зависимости от выраженности боли изменяется качество жизни. Женщина может как просто ощущать легкий дискомфорт, так и испытывать реальные трудности при выполнении повседневных обязанностей, когда боль мешает ходить, сидеть, опорожнять кишечник, спать, ухаживать за ребенком.

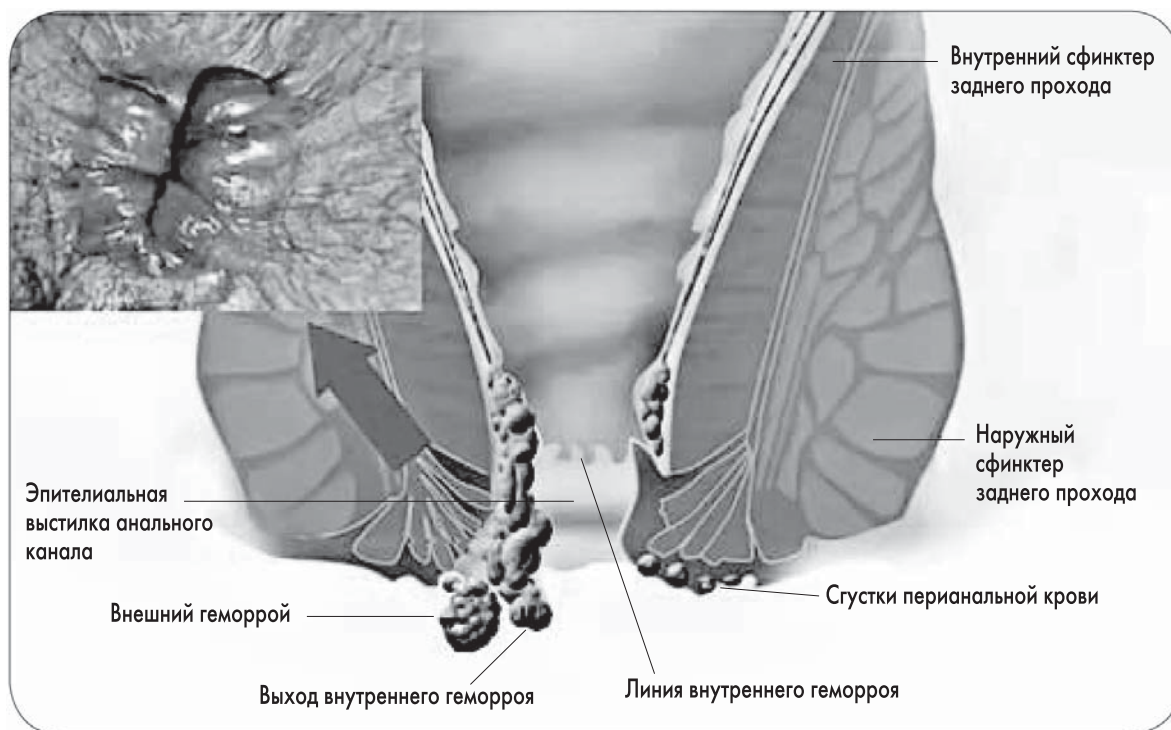


Рис. 1. Внутренний и наружный геморрой

Таблица 1

Предрасполагающие факторы

Наследственные	Расстройства кишечника	Связь с менструальным циклом, беременностью и родами
Врожденная склонность к гипертрофии пещеристых телец (недоразвитость соединительнотканых структур и коллагеновых волокон, которые образуют каркас пещеристых телец)	<ul style="list-style-type: none"> Нарушения диеты Заболевания кишечника, связанные с увеличением внутрибрюшного давления или диареей Склонность к запорам (фаза натуживания длится >3 мин) Длительная сидячая работа (теория согревательного компресса) Тяжелый физический труд Длительное пребывание на ногах (>4–5 ч) Нарушение оттока крови в системах воротной и/или нижней полых вен 	<ul style="list-style-type: none"> Фолликулостимулирующий гормон Пролактин Изменения концентрации половых стероидных гормонов Тонус сфинктера и мышц тазового дна может быть снижен, что приводит к нарушению кровообращения в геморроидальной подушке и способствует развитию характерной для геморроя клинической симптоматики

Масштаб проблемы

Частота встречаемости геморроя увеличивается с возрастом и достигает максимума у рожавших женщин старше 60 лет. У 70% женщин пожилого возраста, обратившихся к врачу за консультацией по поводу геморроя, было несколько беременностей.

По данным разных авторов, у 25–38% женщин в III триместре беременности встречается геморрой.

Частота развития геморроя при беременности повышает по ряду причин, в число которых входят:

- повышение внутрибрюшного давления на тазовые вены и нижнюю полую вену за счет увеличения объема матки;
- увеличение у беременной объема циркулирующей крови на 25–40%;
- высокий уровень прогестерона, обуславливающий релаксацию венозных стенок и снижение венозного тонуса;
- запоры, вызванные уменьшением подвижности кишечника;
- запоры, возникающие вследствие приема высоких доз экзогенного железа при лечении анемии и профилактике дефицита железа.

При консультировании беременных с геморроем важно подчеркнуть, что это наиболее частое заболевание в период беременности и после родов, которое тем не менее характеризуется мягким и преходящим течением.

Этиология и факторы риска

В настоящее время этиология развития геморроя недостаточно изучена, однако хорошо известен ряд предрасполагающих факторов (табл. 1).

Профилактика

Чтобы предотвратить развитие геморроя, рекомендуется:

- избегать чрезмерного натуживания при дефекации;
- опорожнять кишечник утром или после еды, когда его активность выше;
- употреблять много фруктов и овощей, хлеб из цельного зерна и зерновые злаки, чтобы удовлетворить потребность организма в клетчатке;
- выпивать ежедневно не менее 1,5–2 л воды;
- выполнять физические упражнения (вести активный образ жизни);
- при приеме пероральных препаратов железа отдавать предпочтение препаратам с медленным высвобождением, чтобы уменьшить риск возникновения или отягощения запора.

Лечение

Терапевтический подход зависит от тяжести симптомов и подразумевает выбор одного из представленных в табл. 2 методов лечения.

Таблица 2

Методы лечения

Консервативный	Альтернативный	Хирургический
Модификация диеты: <ul style="list-style-type: none"> увеличение потребления пищевых волокон увеличение потребления жидкости полужидкая диета 	Включает ряд амбулаторных вмешательств: <ul style="list-style-type: none"> инъекционная терапия склеротерапия лигирование криотерапия инфракрасная фотокоагуляция лазерная терапия В отдельных случаях может потребоваться анестезия	Дозированная сфинктерэктомия – при выраженном отеке анальной области при геморроидэктомии для предотвращения возникновения стеноза наружного сфинктера прямой кишки в послеоперационный период
Стимуляторы (при запоре) или депрессанты (при диарее) транзита кишечника		Степированная анопсия (метод Лонго)
Местные процедуры (кремы, мази или суппозитории, содержащие анестетики, противовоспалительные средства и стероиды по отдельности или в комплексе)		Требуется анестезия и госпитализация
Препараты семейства флавоноидов, таких, как рутозиды (для снижения хрупкости капилляров, улучшения микроциркуляции при венозной недостаточности) Диосминсодержащие препараты (Флебодиа 600)		

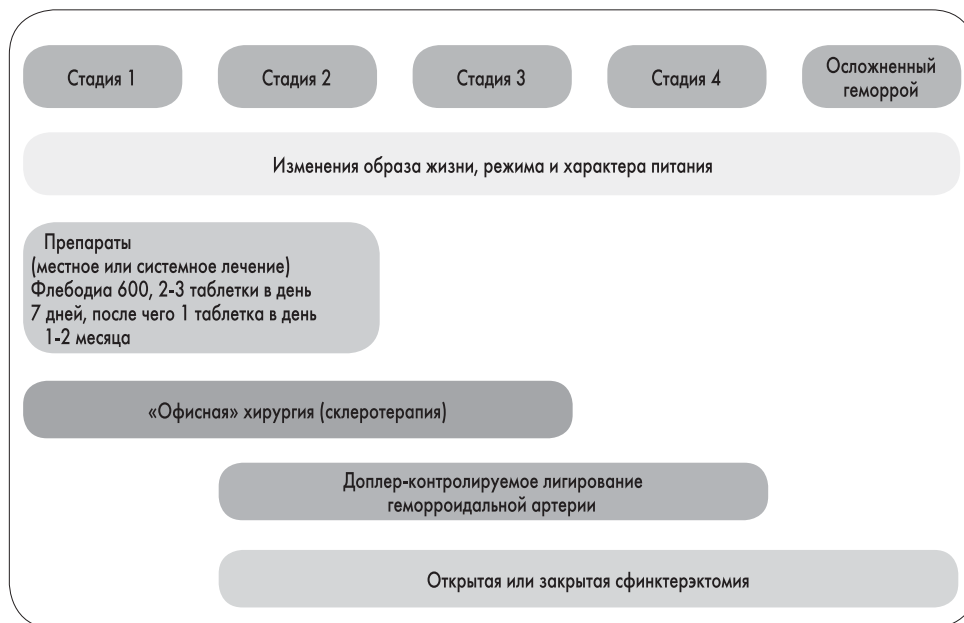


Рис. 2. Алгоритм лечения геморроя

Основная цель медикаментозного лечения при геморрое у беременных – контролировать острые симптомы. На сегодняшний день существует определенная контрверсность в отношении истинной эффективности местного лечения симптоматического геморроя.

Самыми эффективными считаются препараты для перорального приема, из них флавоноиды являются наиболее изученными. Основное предназначение пероральных флеботоников – повышать тонус сосудов, уменьшать емкость вен, снижать проницаемость капилляров, облегчать лимфатический дренаж и оказывать противовоспалительное действие. В ходе проведенного в 2012 г. большого мета-анализа, посвя-

щенного использованию флеботоников в лечении геморроя, было выявлено, что они способствуют уменьшению кровотечения и зуда, а также улучшают качество жизни.

Значительный эффект был получен при применении диосмина в медикаментозном лечении пациенток с симптомами геморроя. В Украине применяется препарат Флебодиа 600, разрешенный к приему во II–III триместре беременности в рекомендованной дозе 2–3 таблетки в день во время еды в течение 7 дней. При необходимости курс можно продолжать по 1 таблетке 1 раз в день в течение 1–2 месяцев. Рекомендательный алгоритм лечения более подробно рассмотрен на рис. 2.

ПОЛІЖИНАКС

Склад: 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

Фармакотерапевтична група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

Показання. Лікування вагініту, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
- вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Поліжинакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед абортom, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральних обстежень, перед пологами.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Поліжинакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісу.

Застосування у період вагітності або годування груддю. У клінічних дослідженнях Поліжинаксу на даний час не було відзначено та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостережень за вагітністю, що зазнала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 діб, профілактичний курс – 6 діб. Не слід переривати курс лікування під час менструації.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.

2011 IFCPC – Кольпоскопічна термінологія для шийки матки та інтерпретація термінів розділу «Загальна оцінка»

Н.Ф. Лигирда

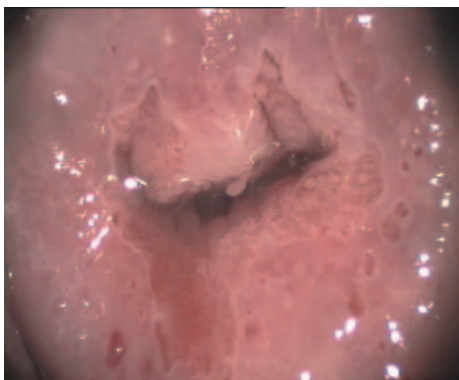
Національний інститут раку, м. Київ

У статті висвітлені питання правильної інтерпретації положень розділу «Загальна оцінка» 2011 IFCPC Номенклатури кольпоскопічних термінів для шийки матки. Сучасна номенклатура побудована у формі таблиці, у якій наведено чіткий покроковий алгоритм для лікаря щодо кольпоскопічного оцінювання шийки матки. Також у статті проведено детальний аналіз таких понять, як «адекватна/неадекватна кольпоскопія», «візуалізація лінії стику», «тип зони трансформації». Для кращого візуального сприйняття вона ілюстрована кольпофотографіями та кольоровими схемами, які пояснюють процеси на шийці матки.

Ключові слова: Кольпоскопічна термінологія 2011, кольпоскопія, загальне оцінювання, адекватна кольпоскопічна картина, зона трансформації, лінія стику.

У 2011 р. на XIV Всесвітньому конгресі Міжнародної федерації кольпоскопії та патології шийки матки у м. Ріо-де-Жанейро була прийнята Номенклатура кольпоскопічних термінів щодо шийки матки. У 2012 р. опубліковані перші роз'яснювальні статті щодо правил її використання [1]. Ця класифікація набула вже широкого застосування у всьому світі і зокрема в Україні. Наразі, як свідчить досвід, існують певні проблеми для практичних лікарів щодо розуміння деяких положень даної номенклатури. Назріла потреба обговорити певні питання щодо тлумачення окремих пунктів розділу «Загальна оцінка» сучасної класифікації лікарями-практиками для правильної інтерпретації та плідного застосування у повсякденній роботі.

У 2017 р. вийшла з друку книга-атлас «Практична кольпоскопія», у якій проводиться детальний аналіз сучасної міжнародної класифікації з повною фотоілюстрацією усіх термінів номенклатури та повним описом кольпоскопічних картин згідно з вимогами Міжнародної федерації з кольпоскопії та патології шийки матки [2].



Мал. 1. 36.×6. Адекватна кольпоскопічна картина. Лінія стику (перехідна лінія) візуалізується повністю. Зона трансформації тип 1. Шийка матки вкрита багаточаровим плоским епітелієм, навколо зовнішнього вічка візуалізується циліндричний епітелій, зрілий метаблазований епітелій, відкриті залози (крипти).
Кольпоскопічна картина відповідає: Віковій нормі



International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy
Internationale Federation für Zervixpathologie und Kolposkopie
Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia
Fédération Internationale de Pathologie Cervicale et Colposcopie

IFCPC термінологія для шийки матки¹ (IFCPC, Ріо-де-Жанейро, 2011)

2011 IFCPC кольпоскопічна термінологія для шийки матки ¹			
Загальна оцінка	Адекватна/неадекватна картина (із зазначенням причини, наприклад об'єктивна оцінка цервікса затруднена внаслідок запалення, кровотечі, рубцевих змін) Стик БПЕ та ЦЕ візуалізується повністю, частково, не візуалізується Зона трансформації: тип 1, 2, 3		
Нормальні кольпоскопічні картини	Багаточаровий плоский епітелій, зрілий, атрофічний Циліндричний епітелій Ектопія Метабластичний епітелій Наботові кісти, відкриті залози Децидуоз (під час вагітності)		
Аномальні кольпоскопічні картини	Загальні принципи	Локалізація ураження в межах або поза межами зони трансформації, відповідність за циферблатом Розміри зони ураження у відсотковому відношенні до цервікса	
	Ступінь I (слабко виражене ураження)	Тонкий оцтово-білий з нерівними, нечіткими контурами	Ніжна мозаїка Ніжна пунктація
	Ступінь II (виражене ураження)	Щільний оцтово-білий епітелій з чіткими контурами Швидке побіління Оцтово-білий ободок навколо залоз (крипти) Груба пунктація	Груба мозаїка Ознака внутрішньої межі (всередині ураження межі більш щільного оцтово-білого ураження) Ознаки бугристості
	Неспецифічні ознаки	Лейкоплакія (кератоз, гіперкератоз) Ерозія Забарвлення розчином Люголя (йоднегативне, йодопозитивне)	
	Підозра на інвазію	Атипові судини Додаткові ознаки: ламкість судин, нерівна поверхня, екзофітне ураження, ділянки некрозу, виразка, пухлинні утворення	
Інші кольпоскопічні картини	Вроджена зона трансформації Конділоми Наслідки попереднього лікування	Стеноз Вроджені аномалії Запалення	Поліпи Ендометріоз



Мал. 2. 36.×6. Неадекватна кольпоскопічна картина. Шийка матки не візуалізується. Облітерація піхви, кровоточивість, атрофія слизової оболонки піхви, променевий кольпіт.

Кольпоскопічна картина відповідає: Променовому кольпіту, облітерації верхньої третини піхви

Необхідно підкреслити, що однією з основних цілей нової номенклатури IFCPC було створення більш тісного зв'язку між термінологією та лікувальними процедурами. На думку авторів, це бажаний крок, оскільки він спрощує індивідуалізацію у плануванні та впровадженні лікування.

Номенклатура кольпоскопічних термінів для шийки матки (IFCPC, 2011) починається з розділу «Загальна оцінка». Розміщення цього розділу на початку термінологічної таблиці має на меті підкреслити, що кольпоскопію слід починати із загального оцінювання умов проведення дослідження та анатомії шийки матки. Популярні терміни «задовільна кольпоскопія» і «незадовільна кольпоскопія» були повністю виключені. Попередній досвід використання термінів «задовільна/незадовільна кольпоскопія» показав їхню невизначеність і, як наслідок, було виявлено декілька вагомих причин, щоб відмовитися від практичного їхнього застосування. По-перше, необхідно встановити, чому все ж кольпоскопія вважається незадовільною – наприклад, тому що шийка матки недостатньо візуалізується взагалі чи не візуалізується зона трансформації? У результаті прийшли до висновку, що шийка матки потребує більше пунктів для опису стану зони трансформації, ніж одне слово «незадовільна». Інша проблема полягала у тому, що у пацієнтів виникало запитання: «Чому цей лікар не здатен провести задовільне обстеження? Можливо, потрібно знайти іншого лікаря?». Лікар на практиці неодноразово стикається з такими запитаннями пацієнтів, коли вони приносять висновки із формулюванням «незадовільна кольпоскопія». Наступна проблема полягала у тому, що у пацієнтів провокувалася зайва тривожність внаслідок переживання, що слово «незадовільна» є синонімом чогось жахливого, наприклад, «все так погано, що навіть лікар написав «незадовільно», «як би поставили двійку», «а може, це рак, і мені не кажуть». Ще одна проблема полягала у тому, що і термін «задовільна кольпоскопія» у попередніх класифікаціях ніколи не був визначений і не був наведений, тобто не було поняття, що ж це таке насправді «задовільна кольпоскопія». Відповідно термін «задовільна кольпоскопія» не вживався, тому що його у попередніх класифікаціях не було. Наразі терміни «задовільна/незадовільна кольпоскопія» не рекомендовані до використання в кольпоскопічних описах. На заміну їм прийшло загальне оцінювання шийки матки, яке складається з трьох основних пунктів, які не є взаємовиключними і в ніяких комбінаціях не об'єднуються у поняття «задовільна/незадовільна кольпоскопія»:

1. Адекватна/неадекватна картина (з наведенням причини, наприклад оцінювання цервікса утруднене внаслідок кровотечі, запалення, рубцевих змін);

2. Стик багатоплощового плоского епітелію та циліндричного епітелію: візуалізується повністю, частково, не візуалізується;

3. Зона трансформації 1, 2, 3-го типу.

Насамперед визначають **адекватність/неадекватність кольпоскопічної картини**. Перший пункт встановлює, яким є кольпоскопічне дослідження: «адекватним» (його можливо виконати) або «неадекватним» (його неможливо виконати). У разі, якщо дослідження неможливо виконати, слід зазначити причину чому саме і подальше оцінювання не проводити до усунення причини. Це має на меті підкреслити, що у випадках, коли кольпоскопія була неадекватною, наприклад внаслідок запалення, слід проводити контрольне дослідження після лікування. Важливість цього питання і визначає його першу позицію у розділі «Загальна оцінка». Необхідно підкреслити, що навіть у випадках, коли межа між багатоплощовим плоским і циліндричним епітелієм не візуалізується повністю (наприклад зона трансформації 3-го типу), все одно можна здійснити адекватне кольпоскопічне дослідження.

Отже, адекватність кольпоскопічного дослідження свідчить про загальний стан, за якого проводять дослідження, а не на можливість як таку повної візуалізації лінії стику або зони трансформації (мал. 1).

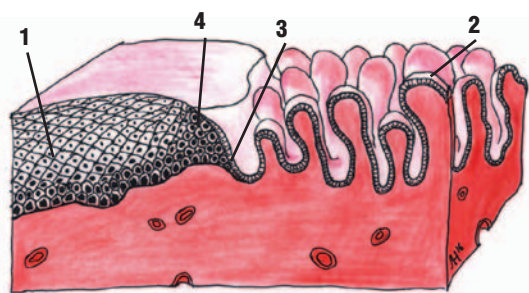
Але подальше безпосереднє оцінювання типу зони трансформації на практиці можливе лише в адекватних умовах (тобто немає запалення, некрозу, масивної кровотечі і т.п.). Створити умови для виконання адекватного оцінювання шийки матки можна протягом різних часових проміжків. Це залежить від причини, яка призвела до неможливості візуалізації шийки матки. Часовий період для створення умов адекватності кольпоскопії коливається від кількох десятків хвилин, наприклад у випадку невеликої кровотечі, до кількох днів – двох тижнів у випадках запалення та некротичних змін. У ситуаціях, які потребують відкладення дослідження на певний час, необхідно в першу чергу чітко проводити диференціальну діагностику з клінічними (видимими неозброєним оком) формами раку шийки матки. Злоякісна пухлина шийки матки для недосвідченого дослідника часто на практиці імітує запалення, рясно кровить, легко травмується, що відповідно створює умови для неадекватного кольпоскопічного дослідження внаслідок кровотечі та «запалення». Тому вітчизняні стандарти (Наказ МОЗ України № 236 від 02.04.2014 року) рекомендують у випадках незвичного та аномального вигляду шийки матки, як от: пухлина у формі екзофітних розростань та «кольорової капусти», кратер, виразка, бочкоподібна форма шийки матки, хрящеподібна структура, розпад, атипові судини, поліпи та аномальні слизові виділення і контактні кровотечі – негайно направляти пацієнтку на консультацію до лікаря-спеціаліста з патології шийки матки.

До неадекватної кольпоскопічної картини призводять різні клінічні причини. Насамперед кольпоскопіст звертає увагу на можливість візуалізації шийки матки. Для практичного забезпечення завдання візуалізації шийки матки кольпоскопічне дослідження проводять у динаміці за допомогою допоміжних рухів вагінальним дзеркалом вверх-вниз та вліво-вправо і виведення шийки матки у різні площини. В окремих клінічних випадках є потреба використання вагінальних дзеркал Сімпа та допоміжних інструментів – анатомічного пінцета або ватної палички.

Шийка матки може бути відсутня у пацієнтки внаслідок хірургічного втручання в обсязі гістеректомії, операції з видалення шийки матки – широкої конізації або трахелектомії, рубцевих змін. При кольпоскопії шийку матки можна не візуалізувати внаслідок повної або неповної облітерації піхви. Такі клінічні прояви часто спостерігаються у жінок у період менопаузи, після проведення променевої терапії з приводу раку шийки матки або ендометрію. Клінічно складається враження відсутності шийки матки (мал. 2).

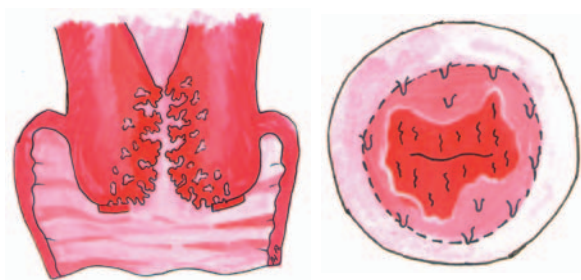
Кровотеча різної етіології може бути причиною неадекватної кольпоскопічної картини. Кольпоскопічна картина буває неадекватною внаслідок вираженого запалення, під час якого відбувається набряк та гіперемія підлеглої стромы, десквамація епітелію. Некроз, виразка, у тому числі внаслідок хірургічних втручань на шийці матки, призводять до появи неадекватних кольпоскопічних картин.

У разі адекватної кольпоскопічної картини проводять оцінювання двох наступних пунктів: **візуалізації плоскоклітинно-циліндричного стику та визначення типу зони трансформації (1, 2, 3-го типів)**. В основному оцінювання зони трансформації та класифікації у відповідні зони трансформації типу 1, 2 або 3 виконується після нанесення 5% оцтової кислоти. Визначення локалізації місця стику між багатоплощовим плоским і циліндричним епітелієм є необхідною умовою для класифікації зони трансформації типу 1, 2 або 3. Два пункти «Загальної оцінки» (межа між багатоплощовим

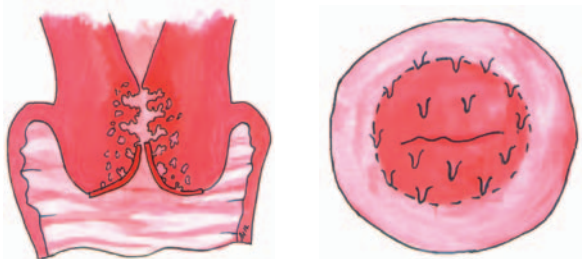


Мал. 3. Схема лінії стику багатшарового плоского та циліндричного епітелію:

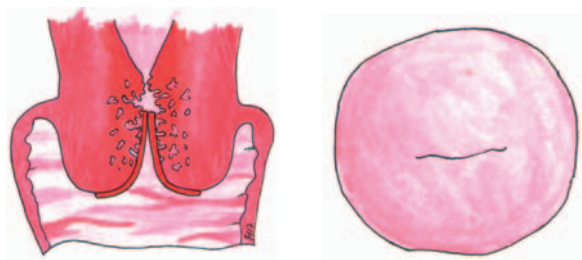
1. Багатшаровий плоский епітелій
2. Циліндричний епітелій
3. Лінія плоскоклітинно-циліндричного стику
4. Клітини базального шару багатшарового плоского епітелію



Мал. 4. Зона трансформації шийки матки 1-го типу (сагітальний зріз та фронтальний вид). Повністю на екзоцервіксі. Повністю візуалізується. Будь-яких розмірів



Мал. 5. Зона трансформації шийки матки 2-го типу (сагітальний зріз та фронтальний вид). Не повністю на екзоцервіксі. Має ендцервікальний компонент. Повністю візуалізується. Будь-яких розмірів

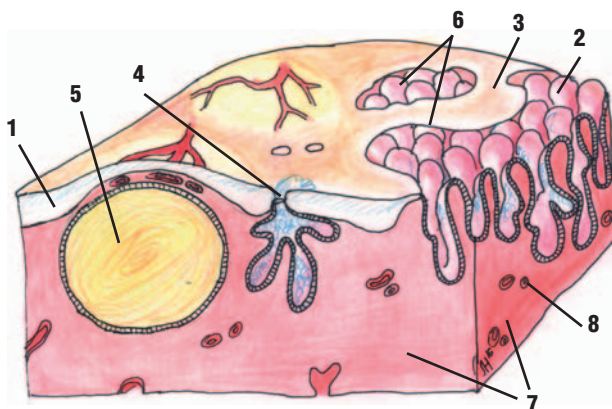


Мал. 6. Зона трансформації шийки матки 3-го типу (сагітальний зріз та фронтальний вид). Повністю не візуалізується. Має великий ендцервікальний компонент. Будь-яких розмірів



Мал. 7. 36.х6. Адекватна кольпоскопічна картина. Лінія стику не візуалізується. Зона трансформації 3-го типу. Шийка матки вкрита багатшаровим плоским епітелієм атрофічного типу.

Кольпоскопічна картина може відповідати: Варіанту вікової норми. Лінія стику не візуалізується. Необхідне дослідження зразка матеріалу каналу шийки матки



Мал. 8. Схематичне зображення зони трансформації шийки матки:

1. Багатшаровий плоский епітелій
2. Циліндричний епітелій
3. Метоплазований епітелій
4. Відкрита залоза (крипта)
5. Закрита залоза
6. Лінія стику багатшарового плоского епітелію та циліндричного епітелію
7. Підлегла стромі
8. Судини стромі

плоским і циліндричним епітелієм і тип зони трансформації) описують два різних, але дотичних аспекти. Кордон між багатшаровим плоским і циліндричним епітелієм є «внутрішньою» межею зони трансформації. Під час проведення проби з оцтовою кислотою місце стику нормального багатшарового плоского та циліндричного епітелію виглядає як ніжна ацето-біла лінія (див. мал. 1). У місці стику базальні клітини багатшарового плоского епітелію розташовуються близько до поверхні і є вразливими для вірусу папіломи людини (мал. 3).

Патологічні процеси на шийці матки, як правило, починаються у цій ділянці, і в такому разі кольпоскопіст спостерігає лінію стику аномального епітелію з циліндричним. Стик може бути «повністю видимим», «частково видимим» або навіть «невидимим». Стик багатшарового плоского

та циліндричного епітелію вважається повністю видимим, коли його можна прослідкувати на 360°, і частково видимим у разі, коли сектор або частина стику розміщується у каналі шийки матки або ураження перекриває стик багатошарового плоского епітелію з циліндричним своїм внутрішнім краєм у каналі шийки матки. Стик багатошарового плоского епітелію вважається невидимим, коли він розташовується у каналі шийки матки та його неможливо прослідкувати.

Якщо визначена зона трансформації 1-го або 2-го типу, то межа між багатошаровим плоским і циліндричним епітелієм буде повністю візуалізована (мал. 4, 5). Зона трансформації класифікується як тип 1, коли вона повністю розташована на ектоцервіксі (без ендоцервікальної частини). Зона трансформації 2-го і 3-го типів завжди має ендоцервікальну частину, тобто межа між плоским і циліндричним епітелієм поширюється на канал шийки матки. Якщо при ендоцервікальному розташуванні межа цілком візуалізується, це називається зоною трансформації 2-го типу. «Внутрішня» межа зони трансформації 1-го і 2-го типів є «повністю видимою», але відмінність між 1-м і 2-м типами зони трансформації є важливою, головним чином під час планування лікування.

Зона трансформації класифікується як 3-й тип, якщо межа між багатошаровим плоским і циліндричним епітелієм не візуалізується навіть у разі застосування додаткових інструментів (мал. 6). У такому випадку кольпоскопічне дослідження надає інформацію про видиму частину зони трансформації шийки матки, і таке дослідження слід класифікувати як адекватне (мал. 7).

Лінія стику багатошарового плоского та циліндричного епітелію часто не візуалізується у період менопаузи та після хірургічних втручань на шийці матки.

Місце з'єднання оригінального багатошарового плоского та циліндричного епітелію називають оригінальним плоско-

клітинно-циліндричним стиком. Нова лінія плоскоклітинно-циліндричного стику розміщується ближче до зовнішнього вічка шийки матки та проксимальніше від оригінального плоскоклітинно-циліндричного стику. У нормі між цими двома ділянками відбуваються процеси метаблазії (мал. 8).

Зона трансформації – це частина шийки матки, обмежена ззовні (з периферії) оригінальним плоскоклітинно-циліндричним стиком, а зсередини – новою лінією плоскоклітинно-циліндричного стику. Зона трансформації – кольпоскопічний прояв нормальної метаблазії. Компонентами зони трансформації є метабластичний епітелій різного ступеня зрілості, відкриті залози (крипти), закриті залози (Наботові кісти) (див. мал. 8).

Внутрішньою межею зони трансформації є новоутворена лінія стику багатошарового плоского та циліндричного епітелію, а зовнішньою межею є остання відкрита залоза. Уся площа зони трансформації є особливо вразливою для екзогенних чинників. Як правило, передракові процеси виникають на тлі зони трансформації, тому її візуалізація є важливою при кольпоскопічному дослідженні.

Як згадувалося вище, одним з напрямків створення Номенклатури кольпоскопічних термінів для шийки матки (IFCPC, 2011) було вдосконалення планування необхідних лікувальних варіантів ексцизій. Додаток до номенклатури включає опис трьох різних видів ексцизій. Типи ексцизій пов'язані з типами зони трансформації, додатково зазначається розмір ексцизійного зразка.

ВИСНОВКИ

Поняття «задовільна/незадовільна кольпоскопія» не використовуються. Стан шийки матки у розділі «Загальна оцінка» описується згідно з трьома пунктами, які надають вичерпну інформацію про зону трансформації шийки матки.

2011 IFCPC – Кольпоскопическая терминология для шейки матки и интерпретация терминов раздела «Общая оценка»

Н. Ф. Лигирда

В статье освещаются вопросы правильной интерпретации положений раздела «Общая оценка» 2011 IFCPC Номенклатуры кольпоскопических терминов для шейки матки. Современная номенклатура построена в виде таблицы, в которой приведен четкий пошаговый алгоритм для врача по кольпоскопической оценке шейки матки. Также в статье проведен детальный анализ таких понятий, как «адекватная / неадекватная кольпоскопия», «визуализация линии стыка», «тип зоны трансформации». Для лучшего визуального восприятия она иллюстрирована кольпоскопическими и цветными схемами, которые объясняют процессы на шейке матки.

Ключевые слова: Кольпоскопическая терминология 2011, кольпоскопия, общая оценка, адекватная кольпоскопическая картина, зона трансформации, линия стыка.

2011 IFCPC – Colposcopic terminology for the cervix and the interpretation of the terms «General Assessment»

N.F. Ligirda

The article discusses the issues of correct interpretation some aspects of the «General Assessment» of the 2011 IFCPC Colposcopic terminology of the cervix. The modern nomenclature is constructed in the form of a table in such a way that it provides a clear step-by-step algorithm for the doctor on the colposcopic evaluation of the cervix. A detailed analysis of such concepts as «adequate / inadequate colposcopy», «squamo-columnar junction visibility», «type of transformation zone». For a better visual perception, the article is illustrated by colposcopy and color schemes that explain this processes on the cervix.

Key words: Colposcopic terminology 2011, colposcopy, general assessment, adequate colposcopy, transformation zone, squamo-columnar junction.

Сведения об авторе

Лигирда Наталия Федоровна – Национальный институт рака, 03022, г. Киев, ул. Ломоносова, 33/43. E-mail: www.ligirda.com.ua; colposcopy@i.ua
ORCID 0000-0002-8555-1498

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. Bornstein J et al Obstet Gynecol 2012 Jul; 120(1):166–72.
2. Н. Лигирда. Практична кольпоскопія. – Дніпро:Середняк Т.К., 2017. – 200 с.
3. Tatti S, Bornstein J, Prendiville W. Colposcopy: a global perspective: introduction of the new IFCPC colposcopy terminology/ Obstet Gynecol Clin North Am. 2013 Jun;40(2):235–50.

Статья поступила в редакцию 1.02.2018

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (одна або декілька правильних відповідей)

Нижче наведено кольпофотографи шийки матки на оцтовій пробі.

Необхідно надати відповідь на такі запитання до кожної кольпофотографи:

1. Визначення адекватності кольпоскопічної картини:

- Адекватна
- Неадекватна (із зазначенням причини).

2. Візуалізація лінії стику:

- Візуалізується повністю
- Візуалізується частково
- Не візуалізується.

3. Тип зони трансформації:

- Зона трансформації 1-го типу
- Зона трансформації 2-го типу
- Зона трансформації 3-го типу.

4. Кольпоскопічна картина на шийці матки:

- Нормальна
- Аномальна.



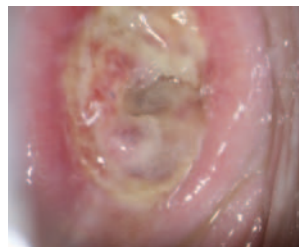
Клінічний випадок №1

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



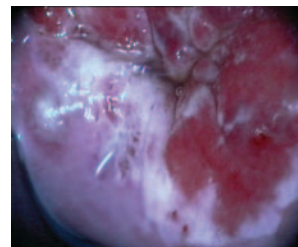
Клінічний випадок №2

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



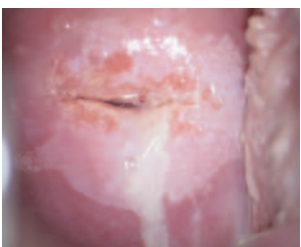
Клінічний випадок №3

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



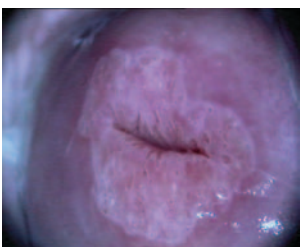
Клінічний випадок №4

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



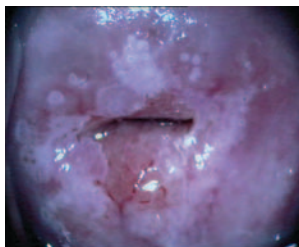
Клінічний випадок №5

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №6

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №7

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №8

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



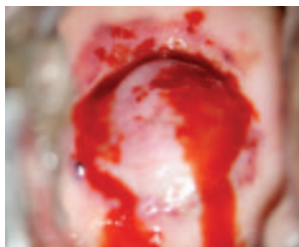
Клінічний випадок №9

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №10

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №11

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Клінічний випадок №12

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

(Наприклад: Клінічний випадок № X:

1. Адекватна кольпоскопічна картина;
2. Лінія стику візуалізується повністю;
3. Зона трансформації 1-го типу;
4. Нормальна кольпоскопічна картина)

Додатково (не обов'язково) у випадках наявності можна зазначити ступінь вираженості аномальної кольпоскопічної картини (І або ІІ) та провести визначення аномальної кольпоскопічної ознаки (Наприклад: аномальна кольпоскопічна ознака ІІ ступеня – щільний ацето-білий епітелій).

Атлас знайомить читача з основами кольпоскопії та сучасною міжнародною номенклатурою кольпоскопічних термінів, наведено повну їх фотоілюстрацію.



Наталія Лигирда

Анонс! Травень 2018 року.
Книга присвячена проблемі доброякісних станів шийки матки: кольпоскопія, комплексна діагностика та тактика ведення.



Наталія Лигирда

НОРМА І ПАТОЛОГІЯ ШИЙКИ МАТКИ



Сайт: доступна інформація про патологію шийки матки для пацієнтів та професійна інформація для фахівців.



Тренінги, курси, індивідуальні заняття.
Найближчий тренінг «Кольпоскопія у діагностиці норми і патології шийки матки» 31 березня 2018р.

Деталі на: www.ligirda.com.ua
e-mail: colposcopy@i.ua

Трем участникам,
которые дадут наиболее
развернутые
и точные ответы
в тестовых заданиях
к статье
**2011 IFCPS –
кольпоскопічна
термінологія
для шийки матки
та інтерпретація
термінів розділу
«Загальна оцінка»**,
опублікованной
в этом номере,
подарок –

Атлас по кольпоскопии

от Н.Ф. Лигирды

Согласно Приказу № 484 от 07.07.2009 Министерства здравоохранения Украины «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» в журналі введена форма дистанційного навчання лікарів: навчання лекції, в кінці яких будуть опубліковані запитання до них

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: alexandra@zdr.kiev.ua. Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 36.

Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты

Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Фамилии докторов, получивших сертификаты

За правильные ответы на тесты к статье:

«Редкие клинические наблюдения солидной псевдопапиллярной неоплазмы поджелудочной железы у беременных» (А.И. Дронов, В.Л. Дронова, Л.А.Рощина, А.Н.Мокрик)
Наумчик С.С.

За правильные ответы на тесты к статье:
«Вплив категорії ургентності кесарева розтину на адаптаційні можливості вагітних та роділь (І.А. Усевич, В.Л. Колесник)
Наумчик С.С.

За правильные ответы на тесты к статье:
«Купирование боли при некоторых видах акушерской патологии: место нестероидных противовоспалительных препаратов (Клиническая лекция)» (Л.Г. Назаренко)
Мустьяц С.А.

За правильные ответы на тесты к статье:

«Апендикулярно-генитальный синдром у дитячий гінекології» (Т.В. Герасимова, О.М. Голчук)
Дорожко О.М.
Каленко Н.Н.
Мустьяц С.А.
Наумчик С.С.

За правильные ответы на тесты к статье:
«Внутриутробное программирование здоровья женщины как детерминанта репродуктивного потенциала популяции» (Л.Г. Назаренко, Н.С. Нестерцова)
Артюх Л.П.
Дорожко О.М.
Ищенко М.
Мустьяц С.А.

Наумчик С.С.
Садовая М.А.

За правильные ответы на тесты к статье:
«Синдром гіперпролактинемії в амбулаторній практиці акушера-гінеколога (Клінічна лекція)» (В.І. Пирогова, Н.С. Вереснюк, С.О. Шурпяк)
Дорожко О.М.
Мартынюк Т.Н.
Мустьяц С.А.

За правильные ответы на тесты к статье:
«Гормональна контрацепція (Клінічна лекція)» (Т.Г. Романенко, Т.В. Довбня)
Артюх Л.П.
Дорожко О.М.
Матвиенко Г.Н.
Мустьяц С.А.
Садовая М.А.

Выбор врача: есть ли альтернатива гормональной терапии?

А.В. Прокопюк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Патология грудных желез связана с нарушением обмена женских половых гормонов – эстрогенов. Это может стать причиной возникновения эстрогензависимого рака. Проблема терапии мастопатии и мастодинии до конца не решена. Использование гормонов сопровождается осложнениями и имеет большое количество противопоказаний, что заставляет искать новые стратегии для профилактики и лечения указанных заболеваний.

В данной статье описано исследование, которое было проведено с целью сравнения эффектов гормональных и негормональных препаратов. Комбинированное применение капсул и крема Маммодол® у женщин с мастопатией и мастодинией приводит к выраженным положительным клиническим, ультразвуковым и лабораторным эффектам. Это позволяет рекомендовать их использование в качестве альтернативы гормонотерапии.

Ключевые слова: мастопатия, мастодиния, доброкачественная дисплазия грудной железы, эстрогены, психоэмоциональное состояние, комбинированное применение, индол-3-карбинол, прутняк (*Витекс священный*), гормональная терапия, пролактин.

Грудные железы – орган, который подвергается циклическим изменениям, поскольку является частью репродуктивной системы женщины. Из общего количества женщин, обращающихся к гинекологу, почти 2/3 имеют жалобы на заболевания грудных желез [2, 3, 6, 7].

В результате нарушений сложных циклических гормональных процессов в организме у женщин репродуктивного возраста могут возникать заболевания, морфологической основой которых является пролиферация эпителия выводящих протоков и железистых структур в форме диффузных и диффузно-узловых изменений, которые называются мастопатией [7].

Мастопатия – это доброкачественное заболевание, которое выражается в патологическом разрастании тканей грудной железы. Это заболевание диагностируют у 60–90% женщин. Часто женщины оставляют без внимания возникшие изменения, не осознавая, что на фоне мастопатии могут развиваться как доброкачественные опухоли (фиброаденома и папилломатоз внутренних протоков), так и злокачественные [6, 9].

Мастодиния – это ряд субъективно неприятных клинических симптомов: ощущение отечности, нагрубания и болезненности, повышенная чувствительность при прикосновении в области грудной железы. Особую роль в развитии мастодинии играет стресс и, как следствие, стрессиндуцированные гиперпролактинемии, которые уже и проявляются клинически в виде мастодинии.

В МКБ-10 эти состояния объединены в группу N60 (доброкачественная дисплазия грудной железы), куда входят солитарная киста грудной железы, диффузная кистозная мастопатия, фиброаденоз, фиброкистоз, эктазия протоков, доброкачественные дисплазии грудной железы.

В связи с тем, что грудные железы – это гормонозависимые органы, причинами мастопатии и мастодинии можно считать любые гормональные нарушения в работе гинекологических органов (предменструальный синдром, беременность, пубертатный период у девочек и другие нарушения

работы эндокринной системы), а также нарушения в функционировании других органов, которые не входят в репродуктивную систему (печень, надпочечники, поджелудочная железа, щитовидная железа). Эти нарушения также часто индуцированы стрессом [6, 8, 9].

В патогенезе мастопатии и мастодинии важную роль играет повышение уровня пролактина, не связанное с беременностью и лактацией. Многие авторы подчеркивают роль повышения уровня пролактина в патогенезе дисгормональных заболеваний грудных желез (ДЗГЖ) [3, 10]. Патогенетическая роль пролактина в развитии мастопатии обсуждается давно. С одной стороны, рост содержания пролактина – это только маркер центральных, гипоталамо-гипофизарных нарушений, возникающих в репродуктивной системе, а с другой – избыток пролактина оказывает прямой стимулирующий эффект на пролиферативные процессы в органах-мишенях и реализуется за счет усиления продукции эстрогенов яичниками. Известна также способность пролактина увеличивать содержание рецепторов эстрадиола в тканях грудной железы [3, 6, 9, 10, 17, 20]. Повышение уровня пролактина сопровождается отеком, нагрубанием и болезненностью грудных желез, особенно во второй фазе менструального цикла, и сопровождается вегетативными расстройствами: мигреноподобной головной болью, отеками конечностей, болью в животе, метеоризмом. Это часто называют предменструальным синдромом [4, 6].

Чаще всего патология в работе грудных желез связана с нарушением обмена женских половых гормонов – эстрогенов. Следует отметить, что состояние грудных желез также зависит от адекватного соотношения концентрации эстрадиола и прогестерона в их тканях. Нарушение этого баланса изначально приводит к развитию функциональных, а в дальнейшем – и морфологических изменений, причем ведущая роль в возникновении дисгормональных нарушений принадлежит не столько абсолютному повышению уровня эстрогенов, сколько относительной гиперэстрогении, возникающей вследствие недостатка продукции прогестерона в течение второй фазы менструального цикла – так называемому синдрому доминирования эстрогенов [5, 17].

Синдром доминирования эстрогенов наблюдается при различных гинекологических заболеваниях, при абдоминальном ожирении (отложении жира вокруг талии – именно он продуцирует эстрогены) вследствие неправильного питания. Это может стать причиной возникновения эстрогензависимого рака – рака грудной железы, рака тела матки, которые относятся к самым распространенным онкологическим заболеваниям у женщин в мире и занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин как в Украине, так и в других, экономически развитых странах [18, 20]. При этом не так опасны повышенные концентрации самих гормонов эстрогенов, как накопление продуктов их метаболизма. По данным литературы [1, 18, 20], существует тесная взаимосвязь между активностью метаболитов эстрогенов и развитием опухолей в эстрогензависимых тканях. Метаболиты эстрогенов составляют 85–90% эстрогеновых производных, в то время как эстрон и эстрадиол занимают всего 10–15%, а такой метаболит, как 16 α -гидроксистерон является агонистом рецепторов эстрогенов и признанным стимулятором опухолевого роста [1, 18, 20]. Другой метаболит – 2-гидроксистерон

эстрон, связываясь с эстрогеновыми рецепторами, оказывает противоположное действие, являясь антиоксидантом и индуцируя апоптоз в опухолевых клетках [1, 6, 17].

У здоровых женщин репродуктивного возраста баланс эстрогенов и их метаболитов поддерживается автоматически, однако под влиянием таких неблагоприятных факторов, как табакокурение, загрязненность окружающей среды продуктами промышленности, урбанизация, нарушения пищеварительной функции, хронический стресс, этот баланс нарушается, повышается синтез патологических метаболитов эстрогенов, что приводит к росту новообразований, мастопатиям, мастодиниям [6, 8, 14, 15].

Несмотря на наличие большого количества препаратов и схем лечения, проблема терапии мастопатии и мастодинии до конца не решена. Использование гормонов в лечении этих заболеваний часто сопровождается осложнениями со стороны некоторых органов и систем и имеет большое количество противопоказаний, что ограничивает их широкое применение. Высокая частота метаболических нарушений, развитие психопатологического и физического симптомокомплексов, которые формируют синдром непереносимости гестагенов, заставляют искать новые стратегии для профилактики и лечения указанных заболеваний [9, 10, 11, 12].

Данные современной литературы свидетельствуют о возможности эффективного применения негормональных препаратов, содержащих индол-3-карбинол, в качестве средств, нормализующих обмен эстрогенов и корректирующих соотношение метаболитов эстрогенов. Данная категория препаратов блокирует пролиферативные процессы в эстрогензависимых органах и тканях, вызывает апоптоз трансформированных клеток [14, 15, 16].

Из числа препаратов с таким составом и подобным действием, имеющихся на фармакологическом рынке Украины, была выбрана комбинированная диетическая добавка Маммодол® (ООО ПТФ «Фармаком», Украина, г. Харьков), для усиления эффекта которой местно может быть применен крем Маммодол® (ООО ПТФ «Фармаком», Украина, г. Харьков).

В состав диетической добавки Маммодол® входит: индол-3-карбинол – 200 мг, прутняка экстракт – 100 мг, вспомогательные компоненты.

Индол-3-карбинол (I3C) – нормализует обмен эстрогенов, препятствует образованию 16 α -гидроксиэстрона и, таким образом, снижает риск развития эстрогензависимых опухолей (рака грудной железы) [14, 15]. Антипролиферативное действие I3C реализуется несколькими механизмами:

- активацией определенных изоформ цитохрома P450, отвечающего за метаболизм эстрогенов (нормализуются уровни эстрогенов, снижается образование патологического метаболита 16 α -гидроксиэстрона);
- путем влияния на систему цитоплазматических протеинкиназ, передающих сигнал с поверхности к ядру клетки (факторы роста EGF и IGF, ядерный фактор транскрипции NF-kB);
- посредством ингибирования активности циклооксигеназы-2, которая активируется в ответ на действие провоспалительных цитокинов (TNF- α и интерлейкина-1) [21].

Прутяк (*Vitex Agnus castus*), обладая дофаминэргическим эффектом, способствует снижению уровня пролактина, что опосредованно приводит к установлению физиологического соотношения женских половых гормонов (эстрогенов и прогестерона), улучшению морфофункционального состояния молочных желез, снижению образования соединительной ткани в грудных железах и предотвращению расширения протоков грудных желез, купированию болевого синдрома, нормализации менструального цикла, смягчению симптомов предменструального синдрома, улучшению психоэмоционального состояния [11, 12, 16].

Крем Маммодол® представлен комплексным составом:

- фукус, являющийся источником органического йода;
- живокост, который активно уменьшает болевые ощущения, проявляет противовоспалительное действие, способствует предотвращению возникновения растяжек на коже;

- конский каштан, способствующий укреплению стенок капилляров, снижению их проницаемости, улучшению микроциркуляции, обладающий противоотечным действием;
- витамин А, оказывающий положительное влияние на репродуктивную функцию, регулирующий тканевый обмен, улучшающий состояние кожных покровов, омолаживающий клеточную популяцию, укрепляет кожный иммунитет, смягчает кожу;
- витамин Е с его выраженным антиоксидантным действием, защищающим клетки от разрушения;
- пантенол, который нормализует клеточный метаболизм, оказывает легкое противовоспалительное действие, влияет на коллагеновую структуру;
- эфирные масла лаванды и фенхеля – активизируют капиллярный кровоток, укрепляют стенки кровеносных сосудов, повышают мышечный тонус, способствуют предотвращению появления растяжек на коже [22].

Цель исследования: оценка эффективности негормональной терапии мастопатии и мастодинии с сочетанным применением капсул и крема Маммодол®.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 76 женщин в возрасте от 28 до 43 лет. В процессе обследования у 60 больных были выявлены признаки мастопатии и мастодинии. При выборе женщин для исследования были исключены женщины с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, щитовидной железы, мочевыделительной системы и онкопатологией любой локализации.

Все женщины, участвующие в исследовании, были уведомлены о целях проводимого исследования, методах диагностики и о механизмах действия препаратов Маммадол® капсулы и Маммодол® крем и дали информированное согласие на участие в исследовании.

Пациентки были разделены на четыре группы:

- I группа – 20 женщин, которым в течение 5 мес проводили курс комплексной терапии, включающей Маммадол® капсулы по 1 капсуле 2 раза в день и Маммодол® крем с нанесением 2 раза в сутки на грудные железы не втирая.
- II группа – 20 женщин, которым в течение 5 мес проводили курс комплексной терапии, включающей Маммадол® капсулы по 1 капсуле 2 раза в день.
- III группа – 20 женщин, которым 5 мес проводили гормональную терапию (комбинированные оральные контрацептивы – КОК – монофазные, низкодозированные).
- IV группа – 16 условно здоровых женщин без признаков мастопатии и мастодинии.

Все женщины до лечения и в процессе лечения были обследованы на ультразвуковом аппарате Siemens Acuson с использованием линейного датчика Siemens 18L6 с диапазоном частот 5,5–18 МГц. Цветовое доплеровское картирование (ЦДК) проводили всем женщинам при отборе в группы для определения особенностей кровотока и исключением женщин с подозрением на наличие онкопатологии. Анализировали следующие показатели: степень выраженности ультразвуковых признаков мастопатии и мастодинии – утолщения железистой ткани, фиброзные изменения стенок протоков и междольковых перегородок, изменения эхоплотности железистой ткани, наличие множественных кист (выраженное, умеренное, незначительное).

Гормональный фон изучали методом ИФА, путем определения уровня эстрадиола, прогестерона и пролактина, используя иммунофлуоресцентный анализатор AIA-600, производитель «TOSOS», Япония. Исследование метаболитов эстрогенов – 2-гидроксиэстрона и 16 α -гидроксиэстрона – в моче выполняли с применением тест-систем Мираксфарма (Россия).

Обследование во всех группах проводили в динамике – до начала лечения, через месяц после начала лечения и после

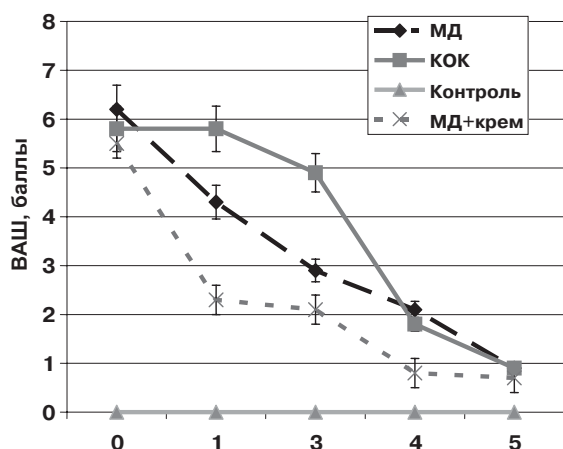


Рис. 1. Оценка степени выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в исследуемых группах

окончания курса лечения (5 мес). Исследование гормонального фона также проводили три раза – до начала лечения, спустя месяц после начала лечения и после окончания лечения.

Для характеристики болевого синдрома пациентки оценивали степень выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале – ВАШ (рис. 1) [13] от 0 до 10, где 0 – это полное отсутствие болевого синдрома, а 10 – это максимально интенсивная боль.

Для получения статистически значимых отличий использовали критерий Стьюдента. Для статистических расчетов и обработки данных использовали программное обеспечение «Past V. 3.15» (Университет г. Осло, Норвегия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе жалоб у женщин I, II и III групп была отмечена положительная динамика уже через месяц приема препаратов. Значительно уменьшился отек и болевой синдром в I и II группах. В III группе сохранялась умеренная болезненность и отечность, особенно во второй фазе цикла. После 5 мес приема препаратов во всех группах женщины практически не отмечали жалоб – болезненность и отечность полностью исчезли у 52 (86,6%) женщин (см. рис. 1). Кроме того, отмечена нормализация менструального цикла в исследуемых группах. Было замечено, что женщины, получавшие комбинированное лечение с использованием крема и капсул Маммодол®, фиксировали более быстрый эффект. Уже через две недели приема выявлено значительное уменьшение болезненности и отечности, что связано с местным рассасывающим и противоотечным действием крема.

Необходимо отметить изменение психоэмоционального состояния – в группах, принимающих Маммодол®, женщины отмечали значительное уменьшение раздражительности и плаксивости, головной боли, эмоциональной лабильности уже через месяц использования препарата. Через 5 мес 37 (92,5%) женщин отмечали полную эмоциональную стабильность и отсутствие головной боли. В то время как женщины, получающие КОК, отметили в 15 (75%) случаях психоэмоциональную лабильность, плаксивость, ухудшение настроения, головную боль, тошноту, что является стандартным осложнением гормонотерапии и значительно ухудшает качество жизни пациентов.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) в группе контроля определяли железистую ткань различной степени выраженности с жировой или фиброзной инволюцией. При доплерографии в режиме ЦДК у женщин этой группы по

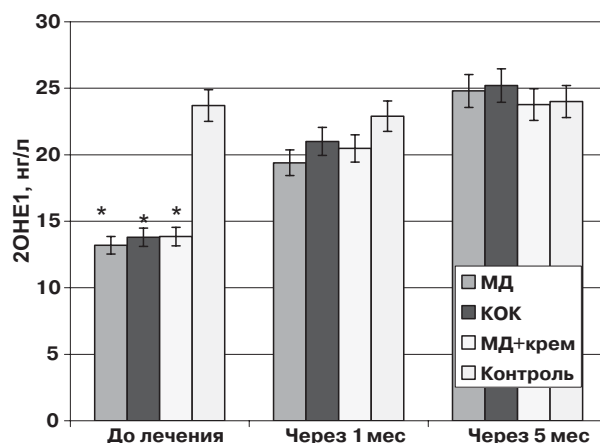


Рис. 2. Концентрации 2-гидроксиэстрогена в моче пациенток исследуемых групп (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

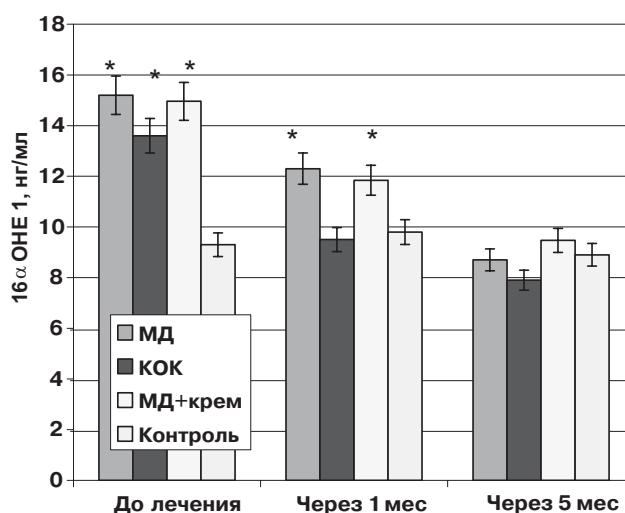


Рис. 3. Концентрации 16α-гидроксиэстрогена в моче пациенток исследуемых групп (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

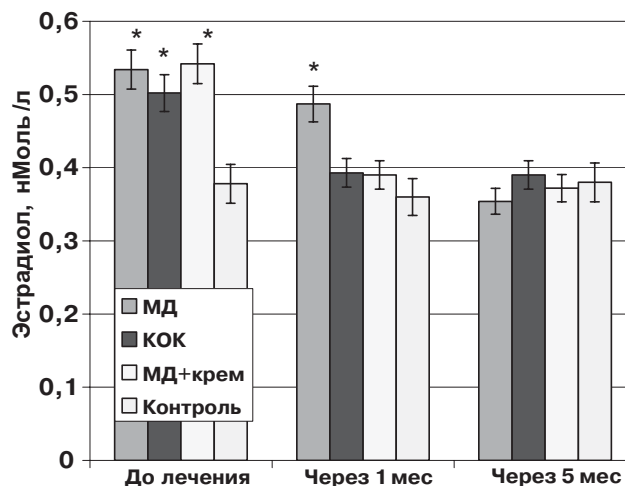


Рис. 4. Концентрации эстрадиола в крови пациенток исследуемых групп (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

всей паренхиме грудных желез выявлено равномерное распределение мелких сосудов и «артериальный» тип кровотока.

У женщин первых трех групп ультразвуковая картина грудных желез до лечения выглядела как неравномерно неоднородная структура в виде соединительнотканно-железистого комплекса. Преобладали гипоехогенные диффузные или локальные перипротоковые структуры. Контуры были нечеткими и неровными. Сосудистый рисунок в режиме ЦДК был не изменен.

Положительная динамика у женщин I и II групп на фоне проводимой терапии при УЗИ была определена через 1 мес и 5 мес у 35 (87,5%) и 36 (90%) женщин соответственно. У 5 (12,5%) и 4 (10%) женщин картина была без существенной динамики с незначительной тенденцией к улучшению. УЗИ в процессе лечения позволило определить уменьшение величины и количества гипоехогенных участков в гиперплазированных железистых долях, особенно на участках, которые расположены вдоль протоков, локально или диффузно. Неровность и расплывчатость контуров сохранялась. Отмечали появление междольковых жировых прослоек различной толщины и величины. Протоки были не расширены, а преаммарная и постмаммарная жировая клетчатка была четко отграничена. Сосудистый рисунок в режиме ЦДК не менялся.

Положительный эффект терапии у пациенток, получавших КОК, был более выражен через 5 мес – у 19 (95%) женщин определялся в виде уменьшения фиброзных изменений стенок протоков и междольковых перегородок, значительного сокращения диффузной неоднородности структуры молочных желез. Хаотично расположенные фиброзные тяжи заметно сгруппировались, размер кистозных включений выражено уменьшился. Сосудистый рисунок, выявленный в режиме ЦДК, был частично восстановлен.

Полученные данные ультразвуковых картин согласуются с данными литературы [7], так как ультразвуковая картина отражает гормональные и биохимические трансформации в организме женщины под влиянием факторов, регулирующих обмен гормонов.

При оценке динамики содержания метаболитов эстрогенов у больных исследуемых групп с данной патологией до и после лечения [9, 17] отмечено повышение уровня 2-гидроксиэстронов (рис. 2) и снижение уровня 16 α -гидроксиэстронов (рис. 3) в моче. Это свидетельствует о выраженной положительной динамике, так как, по данным литературы [10], подобные изменения свидетельствуют о снижении рисков развития онкопатологии в эстрогензависимых тканях за счет подавления синдрома доминирования эстрогенов, а именно – относительной гиперэстрогении. Этот механизм обеспечивается за счет восстановления адекватного соотношения концентрации эстрадиола и прогестерона в тканях грудных желез. Следует отметить, что в I и II группах эти изменения были наиболее плавными и максимально выражены через 5 мес. В III группе, получающей КОК, уровень метаболитов эстрогенов также значительно снизился (см. рис. 2, 3). Уровень эстрадиола и пролактина значительно снижался во всех опытных группах (рис. 4, 5), а уровень прогестерона повышался (рис. 6). По данным имеющейся литературы, это можно объяснить тем, что на фоне приема КОК отмечается снижение уровня пролактина у 90% больных [2]. Эстрогены (основной компонент КОК) оказывают значительное влияние на секрецию пролактина путем активации продукции эндогенного дофамина, который является ингибитором пролактина [2]. Но дофамин – это не единственный ингибитор пролактина. Он блокирует 2/3 секретируемого пролактина. Оставшуюся треть блокируют другие нейромедиаторы [10].

Полученные данные ярко демонстрируют, что достигнуть положительного эффекта при лечении данной категории больных можно не только за счет гормональных препаратов, но и используя негормональные средства, которые способны активировать те же механизмы (рис. 7). При этом можно избежать побочных явлений гормонотерапии и помочь пациентам, у которых имеются противопоказания к использованию гормонов.

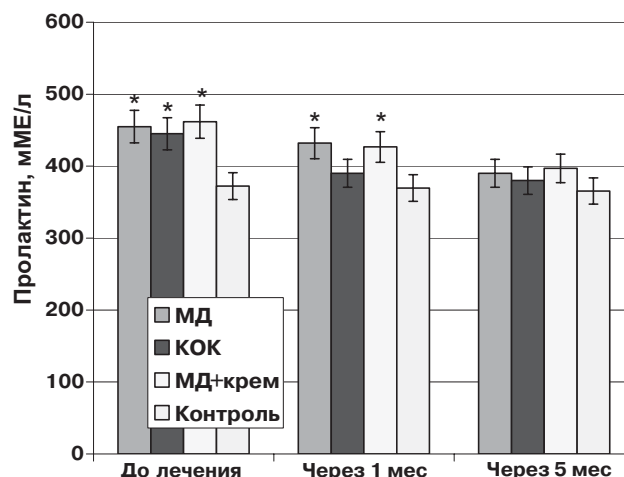


Рис. 5. Концентрации пролактина в крови пациенток исследуемых групп в динамике (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

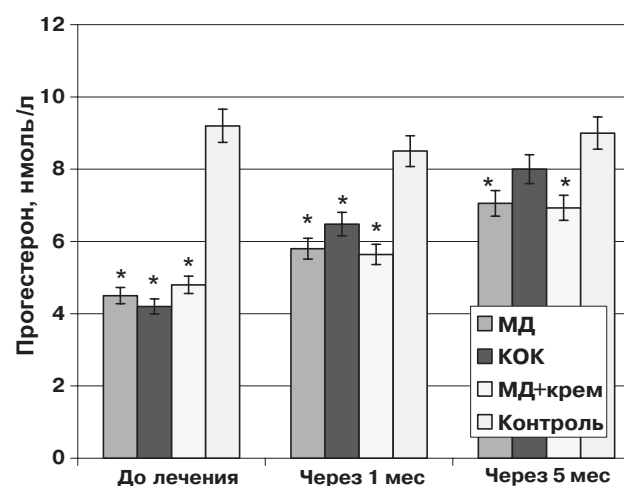


Рис. 6. Концентрации прогестерона в крови пациенток исследуемых групп в динамике (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

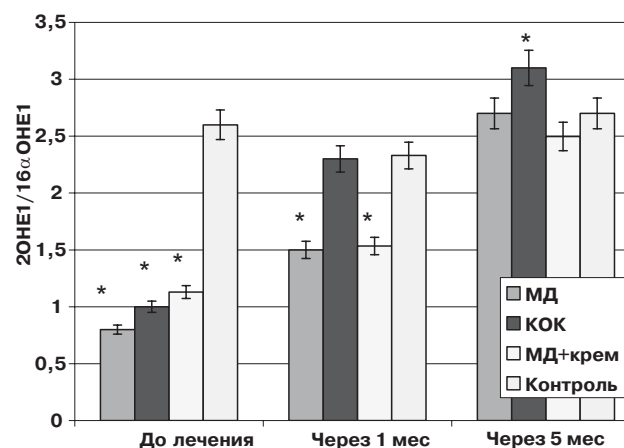


Рис. 7. Соотношение концентрации 16 α -гидроксиэстронов и 2-гидроксиэстронов в моче пациенток исследуемых групп (* – достоверность различий с контролем $p < 0,05$)

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате анализа данных литературы и собственных исследований эффективности комбинированного применения крема и капсул Маммодол® при лечении мастопатии и мастодинии у женщин репродуктивного возраста (по сравнению с использованием только капсул Маммодол® и КОК) можно сделать вывод: наиболее эффективный результат, который проявился клинически (уменьшение отечности, болевого синдрома, нормализация менструального цикла), показало комбинированное применение капсул и крема Маммодол®. Кроме того, было отмечено значительное улучшение психоэмоционального состояния в I и II группах больных, получавших капсулы Маммодол®. В то же время использование КОК со-

проводилось стандартным набором осложнений в форме ухудшения психоэмоционального состояния: раздражительность, плаксивость, головная боль, психоэмоциональная лабильность, тошнота. Комбинированное применение капсул и крема Маммодол® сопровождалось снижением уровня пролактина, эстрогенов, а также нормализацией соотношения метаболитов эстрогенов. Это снижало риск развития гормонозависимых раков.

Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать комбинированное применение капсул и крема Маммодол® как для лечения симптомов мастопатии и мастодинии, так и для профилактики развития пролиферативных процессов грудных желез. Препараты хорошо переносятся и не оказывают побочных эффектов при длительном применении.

Вибір лікаря: чи є альтернатива гормональній терапії? О.В. Прокопчук

Патологія грудних залоз пов'язана з порушенням обміну жіночих статевих гормонів – естрогенів. Це може стати причиною виникнення естрогензалежного раку. Проблема терапії мастопатії і мастодинії до кінця не вирішена. Використання гормонів супроводжується ускладненнями і має велику кількість протипоказань, що змушує шукати нові стратегії для профілактики і лікування зазначених захворювань. У даній статті описано дослідження, яке було проведено із метою порівняння ефектів гормональних та негормональних препаратів. Комбіноване застосування капсул і крему Маммодол® у жінок з мастопатією та мастодинією приводить до виражених позитивних клінічних, ультразвукових та лабораторних ефектів. Це дозволяє рекомендувати їхнє використання як альтернативу гормонотерапії.
Ключові слова: мастопатія, мастодинія, доброякісна дисплазія грудної залози, естрогени, психоемоційний стан, комбіноване застосування, індол-3-карбінол, прутняк (Вітекс священий), гормональна терапія, пролактин.

Choice of the doctor: is an alternative hormonal therapy? A.V. Prokopyuk

The breast pathology is associated with a female sex hormones failure. It can cause estrogen-dependent cancers. The problem of the mastopathy and mastodynia (fibrocystic breast disease, benign mammary dysplasia) therapy is not completely solved. The hormone therapy is associated with complications and has a large number of contraindications, which makes finding new strategies for the prevention and treatment of these diseases.

The aim of the study was to compare the effects of hormonal and non-hormonal drugs. Combined application of capsules and cream Mammodol® in women with mastopathy and mastodynia leads to pronounced clinical, ultrasound and laboratory effects. This allows to recommend it as an alternative to hormone therapy.

Key words: mastopathy, benign mammary dysplasia, estrogens, psychoemotional state, indole-3-carbinol, Vitex Agnus castus, hormone therapy, joint application, prolactin.

Сведения об авторе

Прокопчук Александра Викторовна – Кафедра акушерства, гинекологии и онкологической гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (050) 911-01-49

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Астахов В.М. Негормональная патогенетическая обоснованная терапия миомы матки // Ж.Здоровье Женщины. – 2011. – № 3 (59). – С. 4–6.
2. Изменения пролактина на фоне приема оральных контрацептивов у девушек с функциональной гиперпролактинемией / Лыбигина А.В., Сутурина Л.В., Лещенко О.Я. и др. // Бюллетень ВОНЦ СО РАМН. – 2006. – № 1 (47). – С. 79.
3. Диагностика и лечение гиперпролактинемии: клинические рекомендации международного эндокринологического общества и взгляд российских экспертов, д. м. н., проф. Л.К. Дзеранова, к. м. н. И.А. Иловыйская ФГБУ «Эндокринологический научный центр», Москва 2 ГУ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва ЭФ. Акушерство, гинекология. – № 1. – 2012. – 155 с.
4. Киселев В.И., Ляшенко А.А. Индиол – регулятор пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы / В.И. Киселев, А.А. Ляшенко. – М., 2005. – 56 с.
5. Кузьмина И.Ю. Современные подходы к терапии гиперплазии эндометрия у женщин перименопаузального периода // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 1 (58). – С. 56–59.
6. Луценко Н.С. Некоторые механизмы активации пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы / Н.С. Луценко, Л.Р. Гераскина, И.А. Евтерева и др. // Медико-социальные проблемы сит. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 134–139.
7. Мкртчян Н.С. Ультразвуковая диагностика в оценке эффективности лечения мастопатии: Дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2005. – 18 с.
8. Никонов В.В. Системный ответ организма на агрессию // Новости медицины и фармации. – 2005. – № 16. – С. 3–5.
9. Прилепская В.Н. Масталгия у женщин репродуктивного возраста: клиника, диагностика, лечение / В.Н. Прилепская, А.И. Волобуев, О.Б. Швецова // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 4–11.
10. Уварова Е.В., Болдырева Н.В. Возможности негормональной коррекции уровня пролактина на фоне гормональной контрацепции у сексуально активных молодых женщин // «РМЖ». – 2007. – № 3. – С. 191.
11. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2017 Dec;20(6):713-719. doi: 10.1007/s00737-017-0791-0. Epub 2017 Oct 23. Review.
12. Dietz BM, Hajrahimkhan A, Dunlap TL, Bolton JL Botanicals and Their Bioactive Phytochemicals for Women's Health. Pharmacol Rev. 2016 Oct;68(4):1026-1073. Review.
13. Gaston-Johansson F, Albert M, Fagan E, Zimmerman L. Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. J Pain Symptom Manage. 1990 Apr;5(2):94-100.
14. Licznarska B, Baer-Dubowska W. Indole-3-Carbinol and Its Role in Chronic Diseases. Adv Exp Med Biol. 2016;928:131-154.
15. Megna BW, Carney PR, Nukaya M, Geiger P, Kennedy GD. Indole-3-carbinol induces tumor cell death: function follows form. J Surg Res. 2016 Jul;204(1):47-54. doi: 10.1016/j.jss.2016.04.021. Epub 2016 Apr 22. Review.
16. Rafieian-Kopaei M, Movahedi M. Systematic Review of Premenstrual, Postmenstrual and Infertility Disorders of Vitex Agnus Castus. Electron Physician. 2017 Jan 25;9(1):3685-3689. doi: 10.19082/3685. eCollection 2017 Jan. Review.
17. Rogan EG; Badawi AF; Devanesan PD; Meza JL; Edney JA; West WW; Higginbotham SM; Cavalieri EL. Relative imbalances in estrogen metabolism and conjugation in breast tissue of women with carcinoma: potential biomarkers of susceptibility to cancer. Carcinogenesis (England), Apr 2003;24(4):697-702.
18. Utsunomiya H; Ito K; Suzuki T; Kitamura T; Kaneko C; Nakata T; Niikura H; Okamura K; Yaegashi N; Sasano H. Steroid sulfatase and estrogen sulfotransferase in human endometrial carcinoma. Clin Cancer Res Sep 1 2004;10(17):5850-5856.
19. Verkaik S, Kamperman AM, van Westrhenen R, Schulte PFJ. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of Vitex agnus castus: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2017 Aug;217(2):150-166. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.028. Epub 2017 Feb 22. Review.
20. Wang Q; Li X; Wang L; Feng YH; Zeng R; Gorodeski G. Antiapoptotic effects of estrogen in normal and cancer human cervical epithelial cells. Endocrinology 2004;145(12):5568-5579.
21. Ласачко С.А. Оценка эффективности применения препарата Индол-Ф у пациенток репродуктивного возраста с дисплазией молочных желез // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2016. – № 7. – С. 25–31.
22. Инструкция производителя на крем Маммодол®.

Статья поступила в редакцию 02.02.2018

МАММОДОЛ®

ДЛЯ ЯКОСТІ
ЖИТТЯ ЖІНКИ



- ФІБРОЗНО-КІСТОЗНА МАСТОПАТІЯ
- МАСТОДИНІЯ
- ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ
- ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ
- ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ В МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗАХ

- ДИСГОРМОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ (У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ)
- МАСТОДИНІЯ
- ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ



МАММОДОЛ® капсули

Рекомендований як додаткове джерело індол-3-карбінолу, біологічно активних сполук прудняку звичайного, з метою нормалізації метаболічних процесів в молочних залозах у жінок. **Індол-3-карбінол (ІЗС)** – біологічно активна речовина сімейства хрестоцвітних, що надає виражений позитивний ефект на гіперпластичні процеси жіночої репродуктивної системи. ІЗС сприяє вибірково пригніченню росту трансформованих клітин та індукції апоптозу. Антипроліферативна дія ІЗС реалізується декількома механізмами, основними з яких – нормалізація метаболізму і балансу естрогенів, зниження утворення патологічного метаболіту 16 α -гідроксестрону, що має виражений канцерогенний властивості. ІЗС блокує як гормонозалежні, так і гормононезалежні шляхи виникнення патологічної клітинної проліферації – нейтралізує дію ростових факторів, що стимулюють клітинну проліферацію в молочних залозах і матці, інгібує ефект прозапальних цитокінів. ІЗС блокує синтез онкобілка E7 в епітеліальних клітинах, інфікованих вірусом папіломи людини. **Прудняк звичайний (Agnus Castus)** – лікарська рослина; маючи допамінергічний ефект, сприяє зниженню рівня пролактину, що опосередковано призводить до встановлення фізіологічного співвідношення жіночих статевих гормонів (естрогенів і прогестерону), зменшення мастодинії, нормалізації менструального циклу, пом'якшення симптомів передменструального синдрому, поліпшення психоемоційного стану. **Рекомендації до застосування:** жінкам по 1-2 капсули на добу під час або після вживання їжі. Запивати достатньою кількістю води. Курс прийому – 3 місяці. В подальшому періодичність і тривалість застосування узгоджувати з лікарем. Перед застосуванням рекомендовано порадитися з лікарем. Протипоказання: індивідуальна чутливість до компонентів, вагітність, лактація, діти до 14 років. Не рекомендується одночасний прийом продуктів, що знижують кислотність шлунку. **Форма випуску:** капсули 0,4 г №30 в упаковці. Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Науковий звіт санітарно-епідеміологічної оцінки №8/2647 від 26.09.2016 р.

МАММОДОЛ® крем

Складає: екстракт фуксуса, екстракт живокосту, екстракт каштану, пантенол, вітамін Е, вітамін А, ефірна олія лаванди, ефірна олія фенхелю, допоміжні компоненти. **Рекомендовано:** у комплексній терапії дисгормональних захворювань молочних залоз, при мастодинії, а також з метою догляду за шкірою молочних залоз. Активні компоненти крему сприяють усуненню болю, набрякості, відчуття важкості та дискомфорту в молочних залозах, зменшують проникність стінок судин, підтримують пружність та еластичність шкіри молочних залоз, попереджають її передчасне старіння, проявляють антиоксидантний ефект. Застосування крему запобігає появі стрій на шкірі грудей після годування. **Спосіб застосування:** у комплексній терапії дисгормональних захворювань молочних залоз: невелику кількість крему наносити на шкіру молочних залоз 2 рази на день легкими круговими рухами. Процедуру проводити протягом 1-3 місяців. В подальшому тривалість застосування крему узгоджувати з лікарем; з метою зняття передменструальної напруги, при мастодинії крем наносити за 10-12 днів до початку менструації; з метою запобігання виникнення стрій на шкірі грудей після годування крем рекомендується наносити на шкіру молочних залоз 1-2 рази на день протягом усього терміну вагітності. Перед застосуванням рекомендується проконсультуватися з лікарем. Застосування крему під час годування грудьми рекомендується після консультації з лікарем, наносити крем на поверхню шкіри молочної залози 2 рази на день, перед годуванням крем змити з поверхні шкіри. Застереження при застосуванні: індивідуальна чутливість до окремих компонентів. **Форма випуску:** туба 70 мл в упаковці. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи №602-123-20-1/412 від 18.10.2016 р.

Виробник: ТОВ ВТФ «Фармаком», Україна, м. Харків. Тел./факс: +380 57 717-73-96, www.farmakom.ua. Інформація призначена для медичних фахівців. Більш повна інформація представлена в інструкції до застосування.

FARMAKOM

ВИСОКИЙ ПРОФІЛЬ БЕЗПЕКИ,
ЗАБЕЗПЕЧЕНИЙ



відповідністю стандартів виробництва міжнародним вимогам ISO 9001 та ISO 22 000



Особенности развития и клинико-патогенетические варианты течения инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком грудной железы

М.К. Мамедов, Т.Н. Мамедова, С.Э. Рагимзаде

Национальный центр онкологии, г. Баку

В статье приведены результаты серологического, вирусологического и биохимического исследований сыворотки крови 217 женщин, больных раком грудной железы (РГЖ), инфицированных вирусом гепатита С.

Было показано, что у больных РГЖ эта инфекция характеризовалась низкой частотой спонтанной элиминации вируса и высокой частотой регистрации ее репродуктивных форм. Кроме того, были определены преобладающие формы течения этой инфекции и описан ряд патогенетических особенностей ее течения у данного контингента онкологических больных.

Ключевые слова: гепатит С, рак грудной железы.

Факт широкого распространения инфекции, вызванной вирусом гепатита С (ВГС), среди находящихся в профильных стационарах онкологических больных документирован во многих наблюдениях, проведенных в нескольких странах. Именно эти сведения послужили основой для формирования представления о том, что такие больные входят в одну из наиболее многочисленных групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГС [1]. Вместе с тем приходится признать, что имеющаяся информация о широте распространения этой инфекции среди больных с различными злокачественными опухолями на разных клинических стадиях их развития, а также о клинико-патогенетических особенностях течения этой инфекции и ее исходах у онкологических больных все еще остается скудной [2].

Именно последнее соображение побудило авторов в процессе оценки широты распространения этой инфекции среди находившихся под наблюдением больных раком грудной железы (РГЖ) специально рассмотреть и группу вопросов, связанных с особенностями течения инфекции ВГС и ее преобладающими формами развития среди обследованных больных РГЖ, у которых имелась данная вирусная инфекция.

Цель исследования: определение преобладающих форм развития ВГС-инфекции и основных клинико-патогенетических особенностей ее течения у больных РГЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены обследованные 217 женщин, больных РГЖ разных клинических стадий (КС). При серологическом исследовании сыворотки крови этих женщин

с помощью иммуноферментного метода у них были выявлены суммарные антитела к ВГС (anti-HCV). При молекулярно-генетическом исследовании с помощью полимеразной цепной реакции в 205 сыворотках была обнаружена РНК ВГС [3].

И, наконец, в сыворотках крови этих больных с помощью автоматического анализатора был определен ряд биохимических показателей и, в том числе, концентрация билирубина (БР) и активность аланин-аминотрансферазы (АлАТ).

Полученные цифровые данные были математически обработаны с использованием известных методов вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты повторного серологического и молекулярно-генетического исследований указанных выше сывороток крови больных РМЖ, содержащих суммарные anti-HCV, приведены в табл. 1.

Из табл. 1 следует, что из 217 серопозитивных в отношении ВГС сывороток вирусная РНК была выявлена лишь в 205 (94,5%) сыворотках. Эти сыворотки принадлежали тем больным РГЖ, в организме которых происходила репродукция ВГС, за счет которой у них имелась и вирусемия.

Вместе с тем в 12 (5,5%) серопозитивных сыворотках РНК ВГС отсутствовала. Предположительно последние сыворотки принадлежали реконвалесцентам острого гепатита С (ГС), которые перенесли ВГС-инфекцию в прошлом и у которых ВГС к моменту взятия крови для серологического исследования уже элиминировался из крови.

Однако средняя частота спонтанной элиминации ВГС у инфицированных им лиц составляет около 25–30% [4]. Так, например, при комплексном исследовании крови инфицированных ВГС здоровых жителей г. Баку доля сывороток, содержащих anti-HCV, но не содержащих вирусную РНК, составила $23,0 \pm 5,4\%$ [5].

Этот факт позволил прийти к заключению, что частота спонтанной элиминации ВГС среди инфицированных им больных РГЖ оказалась почти в 5 раз ниже, чем частота элиминации этого же вируса в группе инфицированных им здоровых лиц, причем разница между этими показателями имела статистически устойчивый характер в интервале $p < 0,01$ [6].

При этом было обращено внимание на то, что если по мере увеличения КС РГЖ частота развития репродуктивной

Таблица 1

Частота выявления РНК ВГС в содержащих anti-HCV сыворотках больных с различными стадиями РГЖ

Клиническая стадия РГЖ	Количество сывороток, содержащих anti-HCV, n	Количество сывороток, содержащих РНК ВГС, %
I	2	17/85,0
II	64	57/89,0
III	80	78/97,5
IV	53	53/100
Всего	217	205/94,5

Таблица 2

Частота выявления четырех патогенетических вариантов ВГС-инфекции у больных РГЖ разных клинических стадий

Стадия РГЖ	Количество больных РГЖ, n	Инаппарантный вариант, n (%)	Гиперферментемический вариант, n (%)	Билирубинемический вариант, n (%)	Гипербилирубинемический вариант, n (%)
I	17	3 (17,6)	10 (58,8)	3 (17,6)	1 (5,9)
II	57	19 (33,3)	34 (59,6)	4 (7,0)	-
III	78	46 (58,9)	27 (34,6)	5 (6,4)	-
IV	53	34 (64,1)	19 (35,8)	-	-
Всего	205	102 (49,8)	90 (43,8)	12 (5,9)	1 (0,5)

Таблица 3

Частота выявления разных патогенетических вариантов течения ВГС-инфекции у больных РГЖ, больных гемобластомами (ГБ) и здоровых лиц из контрольной группы, n (%)

Патогенетические варианты течения ВГС-инфекции	ВГС-инфекция у больных РГЖ, n=205	ВГС-инфекция у больных ГБ, n=87	ВГС-инфекция у здоровых лиц, n=127
Инаппарантный	102 (49,8)	43 (49,4)	108 (85,0)
Гиперферментемический	90 (43,8)	27 (31,0)	16 (12,6)
Билирубинемический	12 (5,9)	14 (16,1)	3 (2,4)
Гипербилирубинемический	1 (0,5)	3 (3,4)	0

инфекции заметно возрастала по мере увеличения КС заболевания, то доля реконвалесцентов ГС среди больных РГЖ по мере увеличения КС этого заболевания уменьшалась от 15% при I КС до 0% при IV КС РГЖ.

Итак, отмеченные выше особенности течения ВГС-инфекции позволили полагать, что среди больных РГЖ инфекция характеризовалась более выраженной тенденцией к хронизации, проявляющейся в том, что частота спонтанной элиминации ВГС в группе больных РГЖ оказалась заметно ниже таковой в группе здоровых лиц, инфицированных указанным вирусом.

Аналогичная патогенетическая особенность течения ВГС-инфекции ранее отмечалась и среди представителей других групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГС [7]. Предположительно эта особенность была связана с иммунокомпрометацией больных РГЖ, затрудняющей формирование полноценного иммунного ответа, обеспечивающего освобождение организма от ВГС и, тем самым, превращающего хронизацию острой инфекции [8]. Подобная иммунокомпрометация у больных РГЖ могла являться следствием иммунодепрессии, вызванной онкологическим заболеванием и побочным действием противоопухолевого лечения.

Рассматривая клинико-патогенетические варианты течения этой инфекции у больных РГЖ, нельзя не отметить, что без проведения морфологического исследования печени обследованных инфицированных ВГС больных РГЖ отсутствовала бы возможность обоснованно определить у них конкретные формы течения ВГС-инфекции, предусмотренные современной классификацией хронических вирусных гепатитов.

В то же время, располагая результатами определения активности главного печеночно-индикаторного фермента – АЛАТ и концентрации БР в сыворотках крови данных больных РГЖ, был использован известный подход, позволяющий определить у инфицированных лиц наличие одного из типовых патогенетических (лабораторных) вариантов течения гепатотропных вирусных инфекций [9].

В частности, при ретроспективном сопоставлении повышения активности АЛАТ и разной степени повышения концентрации БР было выявлено у инфицированных ВГС больных РГЖ четыре важнейших, на наш взгляд, типовых патогенетических варианта течения ВГС-инфекции.

Таковыми являются инаппарантный, гиперферментемический, билирубинемический и гипербилирубинемический варианты.

Инаппарантный вариант течения инфекции характеризовался отсутствием каких-либо изменений биохимических показателей. Гиперферментемический вариант отличался наличием у больных повышенной активности АЛАТ в крови и нормальной концентрацией БР.

Билирубинемический вариант характеризовался умеренным повышением концентрации БР в крови (до 50 ммоль/л), а гипербилирубинемический вариант характеризовался более выраженным повышением уровня БР в крови (более 50 ммоль/л) [9].

Итак, при использовании указанного выше подхода были определены у больных РГЖ частота регистрации всех четырех патогенетических вариантов течения ВГС-инфекции и их соотношение [10]. Эти данные сведены в табл. 2.

Судя по цифровым показателям, представленным в табл. 2, почти у половины (49,8%) больных РГЖ ВГС-инфекция протекала в инаппарантном варианте. Гиперферментемический вариант инфекции был отмечен у 43,8% инфицированных вирусом больных РГЖ.

Интересно, что у абсолютного большинства больных РГЖ (93,6%) были отмечены именно эти два варианта течения ВГС-инфекции, протекавшие без изменений уровня БР в крови.

Варианты ВГС-инфекции, сопровождавшиеся повышением уровня БР в крови, были отмечены лишь у 6,4% больных РГЖ, причем гипербилирубинемический вариант отмечали в десять раз реже билирубинемического варианта.

Интересным представлялось то, что по мере увеличения КС РГЖ отмечали, с одной стороны, увеличение частоты регистрации инаппарантного варианта инфекции, а с другой стороны – снижение частоты регистрации гиперферментемического и билирубинемического вариантов этой инфекции.

Трактуя вероятные причины данного проявления патогенетического своеобразия ВГС-инфекции у больных РГЖ, исходили из того, что гепатоциты при ГС разрушаются за счет их иммунообусловленного лизиса, который на фоне иммунодепрессии может ослабляться [11]. Поэтому с увеличением КС РГЖ, когда выраженность иммунодепрессии нарастала, интенсивность иммунозависимого цитолиза гепатоцитов снижалась, что и приводило к повышению частоты регистрации инаппарантного варианта инфекции.

И, наконец, результаты, полученные в настоящем наблюдении, сравнили с ранее опубликованными результатами, полученными нами при аналогичном обследовании инфицированных ВГС больных гемобластомами (ГБ) и контрольной группы

здоровых взрослых жителей г.Баку, сформированной из безвозмездных доноров крови [12]. Эти данные приведены в табл. 3.

Из табл. 3 следует, что иннаппаратный вариант инфекции у больных РГЖ отмечали практически с той же частотой, что и у инфицированных ВГС больных ГБ, но в 1,7 раза реже, чем у инфицированных ВГС безвозмездных доноров. Гиперферментемический вариант ВГС-инфекции у больных РГЖ отмечали в 1,4 раза чаще, чем у больных ГБ и почти в 3,5 раза чаще, чем у доноров крови.

В то же время билирубинемический вариант течения у больных РГЖ отмечался реже, чем у больных ГБ, но чаще, чем у здоровых лиц. И, наконец, гипербилирубинемический вариант развития инфекции среди больных РГЖ был отмечен менее чем в 1% случаев, в то время как этот вариант течения инфекции не наблюдался ни у одного инфицированного ВГС здорового донора крови.

При изучении возможных причин такой картины было в первую очередь допущено, что в ее основе может лежать тот факт, что у больных РГЖ иммунодепрессия менее выражена, чем у больных ГБ, и более выражена, нежели у здоровых лиц из контрольной группы.

Особливості розвитку та клініко-патогенетичні варіанти перебігу інфекції, спричиненої вірусом гепатиту С, у хворих на рак грудної залози М.К. Мамедов, Т.Н. Мамедова, С.Е. Рагімзаде

У статті наведені результати серологічного, вірусологічного і біохімічного досліджень сироватки крові 217 жінок, хворих на рак грудної залози (РГЗ), інфікованих вірусом гепатиту С. Було зафіксовано, що у хворих на РГЗ ця інфекція характеризувалася низькою частотою спонтанної елімінації вірусу і високою частотою реєстрації її репродуктивних форм. Крім того, були визначені переважні форми перебігу цієї інфекції та описано низку патогенетичних особливостей її перебігу у даного контингенту онкологічних хворих.

Ключові слова: гепатит С, рак грудної залози.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании приведенных выше данных было сделано заключение о том, что у больных раком грудной железы (РГЖ) развитие ВГС-инфекции характеризовалось рядом клинко-патогенетических особенностей.

Так, в частности, у инфицированных ВГС больных РГЖ частота спонтанной элиминации ВГС оказалась значительно ниже таковой у инфицированных им здоровых лиц. Причем по мере увеличения клинической стадии РГЖ частота течения репродуктивной ВГС-инфекции возрастала, а доля лиц со спонтанной элиминацией вируса снижалась.

ВГС-инфекция у больных РГЖ чаще всего протекала в иннаппаратном и гиперферментемическом вариантах – общая частота регистрации этих вариантов у обследованного контингента больных превышала 90%. При этом соотношение разных патогенетических вариантов течения инфекции у больных РГЖ не имело существенного отличия от такового у инфицированных ВГС больных гемобластозами, но заметно отличалось от соответствующего соотношения у инфицированных ВГС здоровых взрослых лиц из контрольной группы.

Development's peculiarities and clinical and pathogenetical variants of course of infection caused with hepatitis C virus at patients with breast cancer M.K. Mamedov, T.N. Mamedova, S.E. Rahimzadeh

The authors carried out serological, virological and biochemical testing of blood serum of 217 women with breast cancer (BC) and infected with hepatitis C virus.

It was demonstrated that at BC patients this infection was characterized with low frequency of virus spontaneous elimination and high frequency registration of its reproductive forms. Besides the authors determined of predominant forms of the infection's course and noted several pathogenetical peculiarities of its development in mentioned contingent of oncological patients.

Key words: hepatitis C, breast cancer.

Сведения об авторах

Мамедов Мурад Кыяс оглы – Национальный онкологический центр Азербайджана, AZ1011, г. Баку, Зардаби Гасанбека, 79 В; тел.: (+99412) 537-08-33

Мамедова Тунзала Новруз кызы – Национальный онкологический центр Азербайджана, AZ1011, г. Баку, Зардаби Гасанбека, 79 В; тел.: (+99412) 537-08-33

Рагимзаде Севиндж Эльхан кызы – Национальный онкологический центр Азербайджана, AZ1011, г. Баку, Зардаби Гасанбека, 79 В; тел.: (+99412) 537-08-33

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлов М.И., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. О двух типах групп с высоким риском инфицирования вирусами гепатитов В и С: эпидемиологическое и клиническое значение // В мире вирусных гепатитов. – 2011. – № 1. – С. 12–14.
2. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Патогенетическая и клиническая характеристика гепатитов В и С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2012. – № 1. – С. 55–58.
3. Мамедов М.К., Мамедова Т.Н., Рагимзаде С.Э., Рагимов А.А. Специфические маркеры инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы, живущих в Азербайджане // Медицинские новости Грузии. – 2017. – № 9. – С. 55–58.
4. Инфекционные болезни. Национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука и Ю.А. Венгера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 616–664.
5. Дадашева А.Э. Соотношение результатов определения серологического и молекулярного маркеров инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования // Современные достижения азербайджанской медицины. – 2012. – № 1. – С. 33–35.
6. Мамедова Т.Н., Рагимзаде С.Э., Мамедов М.К. Патогенетические особенности развития инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы // Современные достижения азерб. Медицины. – 2014. – № 4. – С. 36–39.
7. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Патогенетическая характеристика инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С, у лиц из разных групп с высоким риском парентерального инфицирования // Эпидемиология и вакцинация. – 2012. – № 1. – С. 55–58.
8. Мамедов М.К., Михайлов М.И., Дадашева А.Э. Иммунокомпрометация лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С: причины и патогенетическое значение // Ж. инфектологии. – СПб., 2012. – № 1. – С. 19–22.
9. Михайлов М.И., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Патогенетические особенности инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования этими вирусами // Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2014. – № 2. – С. 90–93.
10. Зейналов Р.С., Мамедов М.К., Рагимзаде С.Э., Мамедова Т.Н. Клинико-патогенетические варианты течения инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы // Биомедицина. – 2014. – № 4. – С. 15–17.
11. Мамедов М.К. Вирусный гепатит С. – Баку: Элм, 2010. – 192 с.
12. Мамедов М.К., Рагимов А.А., Таги-заде Р.К., Дадашева А.Э. Распространение и патогенетические особенности инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С, у больных гемобластомами, находившихся в онкогематологических клиниках Азербайджана // Сибирский онкологический ж. – 2012. – № 6. – С. 66–69.

Статья поступила в редакцию 05.01.2018

Роль функціональних методів діагностики при багатоплідній вагітності

А.В. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Проведено ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 90 жінок із двійнями різного генезу. За результатами обстеження і лікування пацієнток були розроблені і впроваджені основні підходи і принципи ведення багатоплідної вагітності. Комплексна функціональна пренатальна діагностика дозволяє на ранніх етапах виявити і попередити тяжкі акушерські та перинатальні ускладнення у таких вагітних.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, вагітність двійнею, перинатальні чинники, функціональні методи діагностики.

Багатоплідна вагітність (БВ) є фактором високого ризику виникнення несприятливих наслідків для матері та плода [1]. Одним з найчастіших ускладнень БВ є її дострокове переривання внаслідок невиношування і передчасних пологів [2]. Актуальність даної проблеми пов'язана з народженням дітей з низькою та екстремально низькою масою тіла, що призводить до низки неонатальних ускладнень та порушень у постнатальний період [3]. З огляду на збільшення частоти БВ, пов'язаної із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, збільшенням віку настання вагітності та цілої низки інших факторів, у тому числі екологічного та ятрогенного генезу, слід очікувати підвищення частоти передчасних пологів [4]. У зв'язку з чим важливим завданням сучасного акушерства є розроблення оптимальної тактики ведення вагітних з БВ з метою зниження частоти передчасних пологів і поліпшення перинатальних наслідків у таких пацієнток [5].

Точність виявлення БВ з використанням сучасних приладів ультразвукової діагностики (УЗД) досягає 99,2%, починаючи вже з ранніх термінів гестації [6]. За їхньою допомогою можна не тільки здійснити ранню діагностику БВ, але й визначити особливості розвитку ембріонів і плодів, їхні біометричні показники та стан, кількість амніотичних порожнин, хоріальність, локалізацію і структуру плацент, об'єм навколоплідної рідини, наявність хромосомних аномалій і вроджених вад розвитку, параметри материнсько-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки, встановити наявність та прогнозувати інші можливі ускладнення [7].

Доведено, що одним з найважливіших факторів, що визначають та зумовлюють перинатальні наслідки при БВ, є не зиготність, а хоріальність [8]. Монохоріальний (МХ) тип плацентації при БВ є найбільш несприятливим щодо виникнення акушерських і перинатальних ускладнень, оскільки перинатальна смертність при МХ двійні у 3–4 рази перевищує таку при дихоріальній (ДХ) двійні [9]. Висока захворюваність і смертність при МХ двійні порівняно з ДХ здебільшого пов'язані з особливостями ангіоархитектури МХ плаценти [10]. Судинні внутрішньо-плацентарні анастомози, які об'єднують системи кровообігу двох плодів, є патогенетичною основою розвитку специфічних ускладнень, характерних тільки для МХ двійні, а саме – синдрому близнюкового перетікання (СБП), синдрому зворотної артеріальної перфузії (СЗАП), синдрому анемії-поліцитемії (САП) тощо. СБП, перинатальна смертність при ранніх проявах, прогресивному перебігу та відсутності лікування якого досягає 100%, ускладнює перебіг вагітності при МХ двійні у 15–20%

[11]. Антенатальна загибель плодів при багатоплідності часто зумовлена плацентарною дисфункцією, внутрішньоутробною гіпоксією та тяжкою затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) плода [12]. Тільки 3,9% плацент при БВ гістоморфологічно «відповідають гестаційному терміну», а у 96,1% виникають різні порушення і патологічні зміни [13].

Отже, незважаючи на численні дослідження та публікації у світових і вітчизняних літературних джерелах, проблема багатоплідності потребує подальшого ретельного вивчення. Уточнення існуючих схем спостереження та розроблення алгоритмів медичного супроводу даної категорії вагітних можуть сприяти профілактиці найбільш частих акушерських і перинатальних ускладнень, ранній їхній діагностиці, своєчасній і раціональній тактиці ведення вагітності та пологів, набуваючи при цьому не тільки медичного, але й великого соціального значення.

Мета дослідження: визначення ролі функціональних методів діагностики для контролю за характером розвитку плода(-ів) при двійні та своєчасної діагностики можливих ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз перебігу БВ, пологів та перинатальних наслідків у 90 жінок з двійнями. Усі пацієнтки були розподілені на дві групи залежно від характеру плацентації:

- I група – 49 (54,4%) пацієнток з МХ діамніотичною двійнею (МХДА);
- II група – 41 (45,6%) пацієнтка з ДХ діамніотичною двійнею (ДХДА).

Відповідно до стандартної програми пренатального скринінгу УЗД проведено у 97,6% вагітних у терміни 11–14, 18–22 і 32–34 тиж. При цьому проводили оцінювання фетометричних параметрів, визначали ступінь зрілості плаценти за класифікацією Р.А. Grannum (1979). Для оцінювання функціонального стану плодів вивчали їхній біофізичний профіль (БФП), використовуючи методику F.A. Manning (1985). Кардіотокографічне дослідження (КТГ) проводили на апараті «FETALCARE» непрямым способом. Оцінювання даних КТГ проводили за шкалою W. Fischer (1976). Допплерометричне дослідження виконували шляхом вимірювання кривих швидкостей кровотоку (КШК). Визначали показники судинної резистентності: систоло-діастолічне співвідношення (СДС), індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ) та максимальну систолічну швидкість у середньомозковій артерії плода (МСШ-СМА). Вимірювання показників проводили в артерії пуповини (АП), правій та лівій маткових артеріях (ПМА і ЛМА), середньомозковій артерії (СМА) та грудному відділі аорти (ГОА) плода.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнестичних даних продемонстрував, що середній вік обстежених пацієнток обох груп становив $31,5 \pm 2,7$ року, при цьому пацієнтки I групи були молодші ($28,8 \pm 1,8$ року), ніж пацієнтки II групи ($34,2 \pm 3,1$ року).

Екстрагенітальна патологія виявлена у 38 (42,2%) пацієнток: у I групі – у 21 (42,8%), а у II групі – у 16 (34,8%) вагітних. При цьому у пацієнток I групи частіше діагностували захворювання сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба) – 7 (14,3%), серцево-судинної системи – 6 (12,2%), захворювання органів травного тракту (ТТ) – 5 (10,2%), а також варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок – 3 (6,1%). У пацієнток II групи частіше відзначали захворювання ТТ – 7 (15,2%), нирок – 6 (13,1%), ВРВ нижніх кінцівок – 3 (6,5%). Гінекологічні захворювання виявлені в анамнезі у 49 (54,4%) пацієнток обох груп. У пацієнток I і II груп частіше діагностували хронічні запальні захворювання придатків матки, патологію шийки матки; у жінок з II групи частіше відзначали вторинну безплідність в анамнезі.

Серед обстежуваних у I групі жінок було 23 (46,9%) першовагітних, у II – лише 13 (31,7%) ($p < 0,05$).

Вагітність перебігала з ускладненнями у 55 (61,1%) пацієнток, з них у 27 (30,0%) жінок I групи, що становило 55,1% від загальної кількості МХМА двієнь. Преєклампсія (ПЕ) різного ступеня тяжкості виявлена у 17 (18,9%) вагітних, з них 10 (11,1%) – жінки з I групи (20,4%). У 3 (6,1%) пацієнток з МХДА двійнями діагностовано легку ПЕ, у 5 (10,2%) – ПЕ середнього ступеня, тяжка ПЕ виявлена у 2 (4,1%) вагітних I групи, що є відображенням більш несприятливого перебігу БВ з МХ типом плацентарії.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) спостерігалася у 9 жінок, що становило 10,0% від усіх вагітних. Загрозу переривання вагітності у I і II триместрах діагностовано у 38 (42,2%) пацієнток. У III триместрі загрозою передчасних пологів ускладнилися 24 (26,7%) вагітності. Анемію вагітних діагностовано у 13 (14,4%) пацієнток, з них 5 (5,6%) – з I групи (10,2%) і 8 (8,9%) – з II групи (19,5%) відповідно.

Відсоток жінок, розроджених шляхом кесарева розтину (КР), в обох групах істотно не відрізнявся і становив 36,7% і 39,0% відповідно, що свідчить про загальну тенденцію у сучасному акушерстві щодо зменшення спроб вагінальних пологів при БВ. Частота планових операцій КР у I групі (72,2%) була вищою, ніж у II групі (62,5%). У I групі у 5 (27,8%) випадках КР виконано у зв'язку з тазовим передлежанням першого плода, у 4 (22,2%) – з приводу наявності рубця на матці після попередніх операцій КР, у 2 (11,1%) – з гострим дистресом одного з плодів, у 7 (38,9%) – у зв'язку з порушенням гемодинаміки (2-го ступеня) плодів та реверсним кровотоком в АП на тлі ЗВУР та специфічних ускладнень БВ (СБП, САП). У II групі основним показанням до абдомінального розродження стало тазове передлежання першого плода – 6 (37,5%) випадків, ПЕ тяжкого ступеня – 4 (25,0%), 2 (12,5%) випадки – рубець на матці після попереднього КР, первинна слабкість пологової діяльності – 2 (12,5%), 2 (12,5%) – гострий дистрес плода під час пологів.

Ручне відділення плаценти і виділення посліду виконано в 1 (2,0%) жінки I групи і 2 (4,9%) – II групи. Передчасні пологи у I групі становили 63,3% (31 випадок) і 39,0% (16 випадків) – у II. Передчасним розривом плодової оболонки (ПРПО) ускладнилися 13 (26,5%) пологів у I групі і 9 (21,9%) – у II.

Специфічні ускладнення БВ (СБП, СЗАП, САП, дискордантний ріст плодів – ДРП, антенатальна внутрішньоутробна загибель одного з плодів – ВЗОП) відзначені у 15 (30,6%) пацієнток I групи. У 3 (7,3%) вагітних з II групи діагностовано ДРП, в 1 (2,4%) випадку при ДХДА двійні стався випадок ВЗОП.

Під час проведення УЗД особливу увагу приділяли оцінюванню кількості навколоплідної рідини у кожній амніотичній порожнині, що має особливо важливе значення при МХДА двійнях, а також визначенню ступеня зрілості плаценти. Невідповідність ступеня зрілості плаценти гестаційному

терміну спостерігали у 8 (8,9%) вагітних, з яких 7 (87,5%) були з МХ типом плацентарії (14,3% жінок з I групи). Під час оцінювання БФП плодів у II групі частіше фіксували їхній нормальний стан, що відповідало у середньому 7–8 балам. У 6 (12,2%) випадках у I групі вагітних зафіксовано БФП одного або обох плодів нижче 6 балів, що свідчило про тяжкі порушення їхнього стану та було приводом для дострокового розродження.

Середня оцінка КТГ за шкалою W. Fischer у плодів у жінок I групи була достовірно нижче, ніж у жінок II групи, і становила $7,1 \pm 1,2$ бала і $7,9 \pm 0,8$ бала відповідно.

Під час доплерометричного дослідження виявлено прояви порушення матково-плацентарної та/або плодово-плацентарної гемодинаміки в 11 (22,4%) вагітних I групи: з них у 4 (8,2%) – 1А ступеня (ізольоване порушення матково-плацентарного кровотоку – МПК при збереженому плодово-плацентарному кровотоці – ППК; у 6 (12,2%) – 2-го ступеня (одночасне порушення МПК і ППК) і в 1 (2,0%) – 3-го ступеня (одночасне порушення МПК і ППК з появою постійного реверсного або нульового кровотоку). У II групі порушення гемодинаміки 1А ступеня спостерігались у 4 (9,8%) вагітних, 1Б ступеня (порушення ППК при збереженні МПК) – у 2 (4,9%) і 3-го ступеня – в 1 (2,4%).

У I групі народилися 98 немовлят, з них – 58 хлопчиків і 40 дівчаток, у II групі – 38 хлопчиків та 44 дівчинки (один з хлопчиків з різностатевої ДХДА двійні народився мертвим внаслідок ВЗОП). Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у I групі на першій хвилині у середньому становила $6,7 \pm 1,2$ бала, на п'ятій хвилині – $7,4 \pm 1,4$ бала, а у II групі: на першій хвилині – $6,9 \pm 1,3$ бала, на п'ятій хвилині – $7,8 \pm 1,6$ бала. Маса тіла новонароджених у I групі: 500–1499 г – 12 (12,2%) випадків; 1500–2999 г – 78 (79,6%); 3000–4000 г – 8 (8,2%); у II групі: 500–1499 г – 2 (2,4%) випадки; 1500–2999 г – 62 (75,6%); 3000–4000 г – 18 (22%). Тяжких вроджених вад розвитку у новонароджених ані в I, ані в II групі серед обстежуваного контингенту жінок виявлено не було.

За результатами обстеження і лікування пацієнток з БВ були розроблені і впроваджені основні підходи і принципи ведення вагітності двійнею. При затримці росту одного або обох плодів та за відсутності класичних ознак СБП (у випадку МХДА двійні) необхідний динамічний ультразвуковий контроль з доплерометрією в артерії пуповини, середньомозковій артерії та венозній протоці обох плодів. Корекцію виявлених порушень та лікування акушерської патології здійснюють згідно з чинними клінічними протоколами. У разі відсутності ефекту від проведеної терапії необхідно розглянути питання щодо госпіталізації у лікарняний заклад III–IV рівня надання спеціалізованої перинатальної допомоги. З огляду на високу частоту передчасних пологів при багатоплідності рекомендується медикаментозна профілактика респіраторного дистрес-синдрому новонароджених глюкокортикоїдами у 30–32 тиж вагітності за наявності ознак загрози передчасних пологів та у випадку прогресивного порушення стану плода(-ів), коли є ймовірно високий ризик необхідності дострокового розродження.

Безпосередньо з початку II триместра необхідно проводити профілактику невиношування, гестозу й анемії вагітних та здійснювати динамічне спостереження за вагітними й плодами залежно від хоріальності, згідно з чинними клінічними протоколами та порядком надання медичної допомоги вагітним із багатоплідністю.

Прогнозування і своєчасну діагностику СБП необхідно проводити за даними УЗД на підставі ехографічних критеріїв. Ехографічними критеріями прогнозування СБП у I триместрі вагітності є: наявність МХ двійні; асиметричне розширення комірцевого простору більше 3 мм у терміні гестації 10–14 тиж в одного з ембріонів (плодів); зменшення

куприко-тім'яного розміру (КТР) одного з ембріонів (плодів), що за відсутності виражених вад розвитку й аномалій плацентації свідчить про відставання в рості та може бути одним з проявів раннього розвитку тяжкого СБП в подальшому; утворення складок амніотичної перетинки у 10–13 тиж тощо. Ехографічними критеріями, необхідними для встановлення діагнозу СБП у II і III триместрах вагітності, є: МХ тип плацентації, однакова статева приналежність плодів; тонка амніотична перетинка та утворення її складок у 14–17 тиж вагітності; секвенція мало-, багатоводдя (поєднання маловоддя в одного з плодів з багатоводдям у іншого); відмінність розмірів сечового міхура плодів (малі розміри або відсутність наповнення сечового міхура у плода-донора і великі розміри сечового міхура у плода-реципієнта); відмінність у передбачуваній масі плодів понад 20%; тісне прилягання одного з плодів до стінки матки через відсутність у нього навколоплідної рідини (ознака «прилипання» – stuck-twin), водянка одного плода (підшкірний набряк більше 5 мм, плевральний та/або перикардальний випіт, асцит). У разі тісного прилягання одного з плодів до стінки матки необхідно проводити диференціальну діагностику між СБП і моноамніотичною вагітністю (монохоріальна моноамніотична двійня – МХМА, моно- чи дихоріальна діамніотична трійня та ін.), позаяк у зв'язку з маловоддям у плода-донора амніотична перетинка на певному етапі може чітко не візуалізуватися. Для цього необхідно оцінити рухову активність плода – згинання, розгинання кінцівок (при СБП рухи плодів будуть різко обмежені) та використати функціональні проби (зокрема запропону-

вати вагітній повернутися на протилежний бік і простежити зміну «тісного» біля стінки матки розташування плода або її відсутність).

ВИСНОВКИ

Багатоплідна вагітність (БВ) належить до гестації з високим ступенем ризику розвитку ускладнень з боку матері та плодів, при якій найчастіше діагностують такі акушерські ускладнення, як загроза переривання вагітності, передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, анемія вагітних, прееклампсія. Крім того, у разі діагностування БВ для планування подальшої тактики ведення та прогнозування перинатальних ускладнень у першу чергу необхідно вирішувати питання про точне визначення типу хоріальності. Клінічний досвід свідчить, що не існує такого тесту, який мав би 100% чутливість і специфічність для виявлення порушень у фетоплацентарному комплексі при БВ на ранніх етапах їхнього розвитку. Тільки комплексна функціональна пренатальна діагностика, що включає УЗД з динамічною фетометрією, плацентометрію, доплерометрією матково-плацентарно-плодового кровотоку, вимірюванням кількості навколоплідної рідини у поєднанні з оцінюванням КТГ та БФП плодів (за потреби) у разі прогресування вагітності, дає змогу виявити вже наявні прояви патологічного процесу, що у більшості випадків діагностують запізно.

Отже, необхідні додаткові дослідження у цьому напрямку, що дозволять на ранніх етапах виявляти і попереджувати акушерські та перинатальні ускладнення при БВ – хоча б найбільш поширені з них.

Роль функциональных методов диагностики при многоплодной беременности

А.В. Ткаченко

Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и перинатальных результатов у 90 женщин с двойнями разного генеза. По результатам обследования и лечения пациенток были разработаны и внедрены основные подходы и принципы антенатального сопровождения многоплодной беременности. Комплексная функциональная пренатальная диагностика способствует прогнозированию, выявлению и предотвращению тяжелых акушерских и перинатальных осложнений у таких беременных на ранних этапах.

Ключевые слова: многоплодная беременность, беременность двойней, перинатальные факторы, функциональные методы диагностики.

The role of functional methods of diagnostics in women with multiple pregnancy

A. V. Tkachenko

A retrospective analysis of multiple pregnancy duration, deliveries and perinatal outcomes among 90 women with different genesis of twins was conducted. The general principles and clinical tactic of medical care for patients with multiple pregnancy were developed and implemented, based on the results of the examination and treatment of such patients and data observed. Set of integrated functional prenatal tests and diagnostic approaches allows early detection and prevention of severe obstetric and perinatal complications among this group.

Key words: multiple pregnancy, twin pregnancy, perinatal factors, functional methods of diagnostic.

Сведения об авторе

Ткаченко Андрей Владимирович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 721-96-19. E-mail: perinatolog@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Федорова М.В. Современные представления о многоплодной беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – № 1. – С. 38–45.
2. Reducing perinatal and material mortality in the world: major challenges // Brit. J. Obstet. Gyn. – 2000. – Vol. 107. – P. 831–832.
3. Stanton C, Abderahim N., Hill K. An assessment of DHS Maternal Mortality Indicators // Studies in Family Planning. – 2000. – Vol. 31, № 2. – P. 111–123.
4. Краснопольский В.И., Новикова С.В., Капустина М.В., Титченко Л.И., Аksenov А.Н., Жарова А.А. Современные проблемы многоплодной беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2009;(2):79–82.
5. Conde-Agudelo A, Romero R, Hassan SS, Yeo L. Transvaginal sonographic cervical length for the prediction of spontaneous preterm birth in twin pregnancies: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):128.e1–12.
6. Klausner CK, Briery CM, Keiser SD, Martin RW, Kosek MA, Morrison JC. Effect of antenatal tocolysis on neonatal

- outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(12):2778–81.
7. Rode L, Tabor A. Prevention of preterm delivery in twin pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(2):273–83.
8. Aziz S, Soomro N. Twin births and their complications in women of low socioeconomic profile. J Pak Med Assoc. 2012;62(11):1204–8.
9. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane

- Database Syst Rev. 2009;(1):CD004661.
10. Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: pregnancy outcome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(2):249–63.
11. Lee H, Wagner AJ, Sy E, Ball R, Feldstein VA, Goldstein RB, Farmer DL. Efficacy of radiofrequency ablation for twin-reversed arterial perfusion sequence. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(5):459.e1–4.
12. Doyle LW. Antenatal magnesium sulfate and neuroprotection. Curr Opin Pediatr. 2012;24(2):154–9.

Статья поступила в редакцию 22.01.2018

Прогностичні фактори ефективності преіндукційної підготовки шийки матки до пологів міфепристоном

О.В. Кравченко

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета дослідження: вивчення клінічних та ультразвукових критеріїв, які є прогностично важливими у визначенні ефективності преіндукції та індукції пологів міфепристоном.

Матеріали та методи. Було обстежено 192 пацієнтки у терміні вагітності 40–42 тиж, у яких з метою підготовки шийки матки до пологів застосовували міфепристон (Міропристон). Ефективність преіндукційної підготовки міфепристоном оцінювали за наступними критеріями: дозрівання шийки матки, необхідність у додаткових методах індукції, самостійний початок регулярної пологової діяльності, розвиток аномалій пологової діяльності, частота пологів через природні пологові шляхи та шляхом кесарева розтину, неонатальні наслідки. **Результати.** Установлено, що перед вживанням міфепристону шийка матки була оцінена як «незріла» у 59,9% вагітних, у 40,1% пацієнток вона була «недостатньо зрілою». Самостійна пологова діяльність після преіндукції міфепристоном розвинулась у 83,3% жінок; 2,6% вагітних були прооперовані у плановому порядку у зв'язку з відсутністю ефекту від преіндукційної підготовки. У 16,7% пацієнток пологи закінчились шляхом ургентного кесарева розтину. Основними прогностичними факторами ефективності преіндукційної підготовки є довжина шийки матки, вік вагітної, співвідношення дози міфепристону і маси тіла жінки.

Заключення. Застосування міфепристону є високоефективним методом підготовки організму вагітної до пологів. Призначення міфепристону сприяє спонтанному розвитку пологової діяльності у 83,3% вагітних. Найбільш високий відсоток успіху в преіндукційній підготовці відзначений при довжині шийки матки 25 мм і менше. Вік вагітної понад 30 років є прогностичним фактором більш низької ефективності міфепристону при підготовці шийки матки до пологів, ніж вік до 30 років. Співвідношення дози міфепристону і маси тіла пацієнтки має суттєве прогностичне значення як щодо ефективності дозрівання шийки матки, так і особливостей перебігу пологового акту. Застосування міфепристону не призводить до негативного впливу на стан плода та інволютивні процеси у міометрії у післяпологовий період.

Ключові слова: фактори ефективності, преіндукційна підготовка, міфепристон.

У розвинених країнах один з чотирьох доношених дітей народжується після індукованих пологів [1, 9]. У свою чергу, розвиток пологової діяльності на тлі відсутності біологічної готовності організму вагітної до пологів, нерациональне застосування утеротонічних засобів призводять до формування різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень [3].

Сучасні методи підготовки до пологів повинні сприяти підвищенню частоти вагінальних пологів здоровою дитиною протягом найкоротшого часу та супроводжуватися мінімальними незручностями і дискомфортом для матері.

Сьогодні існує спектр як лікарських засобів, так і механічних методів, що використовуються для підготовки пологових шляхів та індукції пологів.

Медикаментозним методам як неінвазивним завжди надавали перевагу. У сучасній акушерській практиці широко використовуються з метою преіндукційної підготовки шийки матки до пологів аналоги простагландинів та антипрогестерони (міфепристон).

Міфепристон є синтетичним стероїдним препаратом для перорального застосування та антагоністом прогестерону. Він блокує ефекти прогестерону за рахунок конкурентного інгібування його рецепторів. Активність антипрогестеронів опосередковується клітинами запалення і антигенами хемотаксису – цитокинами. Міфепристон підвищує скоротливу активність міометрія, збільшуючи кількість рецепторів простагландинів у шийці матки [11]. Відомо, що міфепристон чинить не тільки антигестагенну, але і антиандрогенну, антиглюкокортикоїдну дію, а також, можливо, володіє антимінералокортикоїдною активністю. Препарат також впливає на активність інших рецепторних систем: відновлює знижену під дією прогестерону чутливість клітин міометрія до окситоцину, у доношеному терміні вагітності активує скоротливу діяльність матки, підвищуючи частоту і амплітуду її скорочень; змінює співвідношення цАМФ / цГМФ у цитоплазмі клітин шийки матки, що приводить до її релаксації [2]. Напередодні пологів підвищується чутливість міометрія до інтерлейкіну-1β за рахунок збільшення синтезу та експресії їхніх рецепторів на поверхні клітин міометрія, що приводить до нормалізації скоротливої діяльності матки; інгібується синтез рецепторів простагландину E2 в ендометрії [5]. У разі перорального застосування 200–600 мг міфепристону препарат швидко абсорбується у травному тракті, і через 0,7–1,5 год його концентрація у плазмі крові становить в середньому 2,5 мг/л. У плазмі крові 98% міфепристону знаходиться у зв'язаному з білком стані. Через 12–72 год його концентрація знижується наполовину [6].

Мета дослідження: вивчення клінічних та ультразвукових критеріїв, які є прогностично важливими у визначенні ефективності преіндукції та індукції пологів міфепристоном.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 192 пацієнтки у терміні вагітності 40–42 тиж, у яких з метою підготовки шийки матки до пологів застосовували міфепристон (Міропристон).

Критерії включення у дослідження:

- вік вагітної 18–40 років;
- настання вагітності природним шляхом;
- одноплідна вагітність;
- головне передлежання;
- наявність інтактних плодових оболонок;
- відсутність протипоказань до застосування міфепристону.

Критерії виключення з дослідження:

- тяжкі системні захворювання;
- інфекційна та автоімунна патологія;
- аномалії розвитку матки;
- вади розвитку плода;
- протипоказання до пологів через природні шляхи.

Перед проведенням підготовки шийки матки до пологів проводили оцінювання стану матері та плода, яке включало клінічні обстеження та проведення кардіотокографічного (КТГ) дослідження перед преіндукцією, а також виконання КТГ-контролю у динаміці. Ступінь зрілості шийки матки оцінювали за допомогою шкали J. Burnett (2008). Оцінка від 0 до 5 балів відповідала «незрілій» шийці матці, 6–7 балів – «недостатньо зрілій», 8 і більше балів – «зрілій».

Ефективність преіндукційної підготовки міфепристоном оцінювали за наступними критеріями: дозрівання шийки матки, необхідність у додаткових методах індукції, самостійний початок регулярної пологової діяльності, розвиток аномалій пологової діяльності, частота пологів через природні пологові шляхи та шляхом кесарева розтину, неонатальні наслідки.

З метою преіндукційної підготовки вагітним призначали міфепристон по 200 мг перорально з інтервалом 24 год протягом 2 днів. Через 48–72 год проводили повторне оцінювання стану шийки матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зі 192 обстежених 150 (78,1%) пацієнток були мешканками міста, 42 (21,9%) жінки проживали у сільській місцевості. Вік обстежених вагітних коливався від 22 до 38 років; 74 (38,5%) жінки були віком понад 30 років. Сто тридцять п'ять (70,3%) пацієнток були першородільцями, причому 35 (25,9%) жінок були повторновагітними і в анамнезі мали артифіційні та мимовільні аборти. У 29,7% вагітних пологи були повторними.

Менструальний анамнез був обтяжений у 36 (18,8%) жінок, які страждали на порушення менструального циклу; 155 (59,9%) пацієнток зазначали ускладнений гінекологічний анамнез, а саме – ерозія шийки матки спостерігалась у 40 (20,8%) жінок, хронічний аднексит – у 20 (10,4%), вульвовагініт в анамнезі відзначали 65 (33,9%) обстежених.

Перебіг вагітності ускладнився раннім та пізнім гестозом різного ступеня тяжкості у 38 (19,8%) жінок, анемією – у 65 (33,9%).

Екстрагенітальні захворювання було діагностовано у 82 (72,7%) жінок, зокрема ожиріння виявляли у 31 (16,1%), серцево-судинну патологію – у 34 (17,7%), захворювання щитоподібної залози – у 19 (9,9%), хронічні захворювання урогенітальної сфери – у 48 (25%) пацієнток.

Перед вживанням міфепристоно шийка матки була оцінена як «незріла» у 115 (59,9%) вагітних, у 77 (40,1%) пацієнток вона була «недостатньо зрілою». Причому середня вихідна оцінка стану шийки матки у першороділь становила $4,4 \pm 1,2$ бала, у повторнороділь – $5,3 \pm 1,1$ бала.

Після вживання першої таблетки міфепристоно у 95 (49,5%) жінок на тлі «зрілої» шийки матки розвинулась самостійна пологова діяльність. Слід відзначити, що першороділь у даній групі було 37 (38,9%), повторнороділь – 58 (61,1%).

Дев'яносто семи (50,5%) пацієнткам була призначена друга таблетка міфепристоно, хоча слід відзначити, що у 80 (82,5%) жінок з них спостерігався ефект від застосування першої таблетки препарату – середня оцінка шийки матки за шкалою J. Burnett (2008) збільшилась до $6,8 \pm 1,0$ бала. А у 17 (17,5%) вагітних змін ступеня зрілості шийки матки не визначено.

Після отримання другої таблетки міфепристоно шийка матки стала «зрілою» у 69 (71,1%) жінок, з них у 65 (94,2%) розвинулась самостійна пологова діяльність і у 4 (5,8%) – проведена амніотомія та родозбудження окситоцином.

«Недостатньо зрілою» шийка матки залишалась у 23 (11,9%) вагітних, що потребувало застосування інших методів преіндукції. П'ять (2,6%) вагітних були прооперовані у

плановому порядку за комплексними показаннями у зв'язку з відсутністю ефекту від преіндукційної підготовки та обтяженим акушерським анамнезом.

Отже, самостійна пологова діяльність після преіндукції міфепристоном (1 чи 2 таблеток) розвинулась у 160 жінок, що становило 83,3%.

Також слід відзначити, що у пацієнток віком понад 30 років (74 жінки) розвиток регулярної пологової діяльності після вживання міфепристоно відбувся без додаткової індукції у 32 (43,2%) випадках, у той час як у пацієнток молодше 30 років (118 жінок) – у 100 (84,7%) випадках.

Для визначення взаємозв'язку вихідного стану шийки матки та ефективності її підготовки міфепристоном було проведено вимірювання довжини шийки матки при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні. Було виявлено, що при довжині шийки матки 26 мм і більше (101 жінка) регулярна пологова діяльність після преіндукції розвинулась у 53 (52,5%) випадках, в той час як при довжині шийки менше 25 мм (91 жінка) – у 88 (96,7%) спостереженнях.

Однією з найважливіших характеристик, що визначає перебіг вагітності і пологів, є вихідна маса тіла жінки та її збільшення під час вагітності. Ми також вивчили прогностичний вплив даного параметра на успішність проведення преіндукції пологів. При масі тіла вагітної близько 70 кг, яку найбільш часто фіксували, середня доза препарату становила 2,9–3,0 мг/кг. Відповідно при збільшенні маси тіла даний показник зменшувався. Нами встановлено, що при дозі препарату менше 2,6 мг/кг (31 жінка) необхідність у додаткових методах індукції становила 51,6% (16 випадків), у той час як при дозі 2,6 мг/кг і більше (161 пацієнтка) – тільки 6,8% (11 випадків).

У 35 (18,2%) вагітних відбулося допологове вилиття навколоплідних вод. Перебіг пологів у більшості роділь був фізіологічним, середня тривалість пологів становила $9,2 \pm 1,2$ год. Патологічний прелімінальний період на тлі використання міфепристоно реєстрували у 17 (8,9%) вагітних, що потребувало призначення β -міметиків та епідуральної анестезії. У 22 (11,5%) жінок розвинулась слабкість пологової діяльності, причому у більшості з них вихідною оцінкою стану шийки матки було 2–3 бали. У 7 (3,6%) роділь з приводу слабкості пологової діяльності у другий період пологів застосований вакуум-екстрактор.

У 32 (16,7%) пацієнток пологи закінчились шляхом ургентного кесарева розтину. Основними показаннями до оперативного розродження були первинна слабкість пологової діяльності, дискоординована пологова діяльність, дистрес плода, клінічно вузький таз тощо.

Заслуговує на увагу і той факт, що у першороділь частіше відсутній ефект від пологозбудження. Наші результати співпадають з даними літератури, в яких перші передбачувані пологи розглядаються як один із предикторів невдалої індукції [7, 8].

Усім вагітним у динаміці преіндукції та під час пологів проводили кардіомоніторне спостереження за станом плода. Більшість дітей (175 новонароджених – 91,1%) народилися у задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 7 і більше балів на першій хвилині; 17 (8,9%) дітей народилися у стані помірної асфіксії з оцінкою за шкалою Апгар 5–6 балів. Маса тіла новонароджених варіювала від 2600 г до 4100 г.

Аналізуючи післяпологові ускладнення, слід констатувати, що розриви шийки матки спостерігалися у 21 (10,9%) жінки. Лише у 7 (4,5%) породіль після самостійних пологів (155 випадків) діагностували субінволюцію матки.

Отже, сприятливий перебіг післяпологового періоду та низький відсоток післяпологових ускладнень можуть свідчити про відсутність негативного впливу міфепристоно на інволютивні процеси у міометрії.

ВИСНОВКИ

1. Застосування міфепристону є високоефективним методом підготовки організму вагітної до пологів.
2. Призначення міфепристону сприяє спонтанному розвитку пологової діяльності у 83,3% вагітних.
3. Найбільш високий відсоток успіху в преіндукційній підготовці відзначений при довжині шийки матки 25 мм і менше.
4. Вік вагітної понад 30 років є прогностичним фактором

Прогностические факторы эффективности преиндукционной подготовки шейки матки к родам мифепристоном
Е.В. Кравченко

Цель исследования: изучение клинических и ультразвуковых критериев, которые являются прогностически важными в определении эффективности преиндукции и индукции родов мифепристоном.

Материалы и методы. Было обследовано 192 пациентки в сроке беременности 40–42 нед, у которых с целью подготовки шейки матки к родам применяли мифепристон (Мироприсстон).

Эффективность преиндукционной подготовки мифепристоном оценивали по следующим критериям: созревание шейки матки, необходимость в дополнительных методах индукции, самостоятельное начало регулярной родовой деятельности, развитие аномалий родовой деятельности, частота родов через естественные родовые пути и путем кесарева сечения, неонатальные исходы.

Результаты. Установлено, что перед приемом мифепристона шейка матки была оценена как «незрелая» у 59,9% беременных, у 40,1% пациенток она была «недостаточно зрелой». Самостоятельная родовая деятельность после преиндукции мифепристоном развилась у 83,3% женщин; 2,6% беременных были прооперированы в плановом порядке в связи с отсутствием эффекта от преиндукционной подготовки. У 16,7% пациенток роды закончились путем ургентного кесарева сечения. Основными прогностическими факторами эффективности преиндукционной подготовки является длина шейки матки, возраст беременной, соотношение дозы мифепристона и массы тела женщины.

Заключение. Применение мифепристона является высокоэффективным методом подготовки организма беременной к родам. Назначение мифепристона способствует спонтанному развитию родовой деятельности у 83,3% беременных. Наиболее высокий процент успеха в преиндукционной подготовке отмечен при длине шейки матки 25 мм и меньше. Возраст беременной старше 30 лет является прогностическим фактором более низкой эффективности мифепристона при подготовке шейки матки к родам, чем возраст до 30 лет. Соотношение дозы мифепристона и массы тела пациентки имеет существенное прогностическое значение как в отношении эффективности созревания шейки матки, так и особенностей течения родового акта. Применение мифепристона не оказывает негативного влияния на состояние плода и инволютивные процессы в миометрии в послеродовой период.

Ключевые слова: факторы эффективности, преиндукционная подготовка, мифепристон.

більш низької ефективності міфепристону при підготовці шийки матки до пологів, ніж вік до 30 років.

5. Співвідношення дози міфепристону і маси тіла пацієнтки має суттєве прогностичне значення як щодо ефективності дозрівання шийки матки, так і особливостей перебігу пологового акту.

6. Застосування міфепристону не призводить до негативного впливу на стан плода та інволютивні процеси у міометрії у післяпологовий період.

Predictional factors of efficiency of myfipristone in pre-induction cervical ripening
O.V. Kravchenko

The objective: to study clinical and ultrasound criteria, which are prognostically important in determining the effectiveness of pre-induction and induction of labor by mifepristone.

Materials and methods. 192 patients were examined during the gestation period of 40–42 weeks, with mifepristone (mirapriston) used to prepare the cervix for delivery.

The effectiveness of pre-induction preparation of mifepristone was assessed by the following criteria: maturation of the cervix, the need for additional induction methods, the independent initiation of regular labor, the development of abnormalities of labor, the frequency of delivery through the natural birth canal and by cesarean section, neonatal outcomes.

Results. It was found that before the reception of mifepristone the cervix was evaluated as «immature» in 59.9% of pregnant women, in 40.1% of patients it was «not mature enough». Self-sustained labor after pre-induction with mifepristone developed in 83.3% of women. 2.6% of pregnant women were operated in a planned manner due to the lack of effect from pre-induction training. In 16.7% of the patients, deliveries ended by an urgent cesarean section. The main prognostic factors for the effectiveness of pre-induction preparation are the length of the cervix, the age of the pregnant woman, the dose ratio of mifepristone and the body weight of the woman.

Conclusion. Use of mifepristone is a highly effective method of preparing the body for pregnant women to delivery. The appointment of mifepristone promotes spontaneous development of labor activity in 79.3% of pregnant women. The highest percentage of success in pre-induction with mifepristone was observed with a cervical length of 25 mm or less. The age of a pregnant woman over the age of 30 is a prognostic factor of the less effective mifepristone in preparing the cervix to delivery than before age 30. The dose ratio of mifepristone and the body weight of the patient have great prognostic value as for to the maturation of the cervix and for the characteristics of the course of the normal labor. The use of mifepristone does not lead to a negative effect of the fetal condition and involutive processes of myometrium in postpartum period.

Key words: efficacy factors, pre-induction preparation, mifepristone.

Сведения об авторе

Кравченко Елена Викторовна – ВГУЗ Украины «Буковинский медицинский государственный университет», 58002, г. Черновцы, Театральная площадь, 2; тел.: (03722) 4-44-01. E-mail: akusherstvo2@bsmu.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баев О.Б. Прогностические факторы эффективности мифепристона в подготовке к родам / О.Б. Баев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 91–94.
2. Баев О.Р. Мифепристон в преиндукции и индукции родов / О.Р. Баев, В.П. Румянцев // Фарматека. – 2011. – № 13. – С. 75–79.
3. Гаспарян Н.Д. Мифепристон в подготовке и индукции родов / Н.Д. Гаспарян, Е.Н. Караева // Акуш. и гин. – 2008. – № 3. – С. 50–53.
4. Гаспарян Н.Д. Подготовка к родам мифепригеном и его влияние на состояние детей грудного возраста, лактационную и менструальную функцию женщин после родов / Н.Д. Гаспарян // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2001. – № 4. – С. 34–37.
5. Краснополянский В.И. Медицинская технология «Подготовка шейки

- матки к программным родам» / В.И. Краснополянский, В.Е. Радзинский, Н.Д. Гаспарян. – М., 2010.
6. Опыт применения мифепристона с целью медикаментозной подготовки шейки матки к родам / В.А. Петрухин, Т.С. Коваленко, К.Н. Ахведияни [и др.] // Медицинский совет. – 2013. – № 8. – С. 44–47.
7. Elective induction of labor: failure to follow guidelines and risk of cesarean delivery / Le Ray C., Carayol M., Breat G.,

- Goffinet F. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2007. – Vol. 86, № 6. – P. 657–665.
8. Guidelines for the management of postterm pregnancy / Mandruzzato G., Alfirevic Z., Chervenak F. [et al.] // J. Perinat. Med. – 2010. – Vol. 38, № 2. – P. 111–119.
9. Talaulikar V.S. Failed induction of labor: strategies to improve the success rates / V.S. Talaulikar, S. Arulkumaran // Obstet. Gynecol. Surv. – 2011. – Vol. 66, 11. – P. 717–728.

Статья поступила в редакцию 21.02.2018

МІРОЛЮТ та МИРОПРИСТОН

для допомоги
у пологах



STADA
СОЦІАЛЬНА
КОМПАНІЯ РОКУ
2015



Інформація в цьому інформаційному матеріалі призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Міропристон, таблетки. Діюча речовина: міфепристон. Статіві гормони та засоби, які впливають на статеву сферу Антигестагени засоби. Код АТС G02XB01. Можлива побічна дія: відчуття дискомфорту в нижніх відділах живота, болісні маткові скорочення, загальна слабкість, головний біль, нудота, блювання, діарея, озноб, запаморочення, артеріальна гіпотензія, відсуття прижизня, гіпертермія. Реєстраційне посвідчення №UA/16102/01/01. Виробник: ЗАТ «Об'єднана хіміко-фармацевтична компанія», Росія на замовлення BAT «Нижфарм». Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Зберігати в місці, що недоступні дітям. Міролют, таблетки. Діюча речовина: мизопропрост. Засоби, що підсилюють тонус та скоротливість м'язів матки. Код АТС B02AD05. Можлива побічна дія: перебіг болі в животі, запаморочення, головний біль, нудота, блювання, метеоризм, пронос, шкідливий вплив, приливи. Реєстраційне посвідчення №UA/7260/01/01. Виробник: ЗАТ «Об'єднана хіміко-фармацевтична компанія», Росія на замовлення BAT «Нижфарм». Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Зберігати в місці, що недоступні дітям.

Використання родинно орієнтованих технологій у жінок–лікарів різних спеціальностей

О.С. Шелигін, С.Ю. Вдовиченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: розроблення та впровадження тактики ведення пологів у жінок–лікарів різних спеціальностей з використанням родинно орієнтованих технологій.

Матеріали та методи. Було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів різних спеціальностей, яких розподілили на три групи залежно від використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки–лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності і пологів, стабілізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що зрештою приводить до зниження частоти акушерської патології під час розродження.

Заключення. Упровадження родинно орієнтованих технологій дозволяє знизити частоту ускладнень під час розродження жінок–лікарів різних спеціальностей.

Ключові слова: жінки–лікарі, пологи, родинно орієнтовані технології.

В умовах сьогодення пріоритетним є проблема охорони і зміцнення здоров'я працюючого населення, перш за все жінок, з метою збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [1–2]. Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з дією професійних чинників, здатних спричинювати захворювання, призвести до втрати працездатності, інвалідності, а у низці випадків – бути безпосередньою загрозою життю [1–3]. Проблема охорони репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, і її рішення передбачає взаємодію різних напрямів охорони здоров'я і соціальної політики держави з урахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів.

Незважаючи на важливість проблеми, у літературі недостатньо доказових даних щодо клінічного перебігу пологів у жінок–медичних працівників, що, безумовно, суттєво впливає на перинатальні наслідки їхнього розродження.

Мета дослідження: розроблення та впровадження тактики ведення пологів у жінок–лікарів різних спеціальностей з використанням родинно орієнтованих технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів, яких розподілили на три групи:

- до 1-ї групи увійшли 50 жінок–лікарів, які отримували вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів з використанням родинно орієнтованих технологій;
- у 2-у групу були включені також 50 жінок–лікарів, які використовували лише вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів, при цьому від партнерських пологів ці пацієнтки відмовилися;
- 3-я група включала 50 жінок–лікарів, які не пройшли жодної підготовки до і під час вагітності та самостійно визначали тактику ведення вагітності і пологів.

Додаткове розподілення жінок–лікарів за спеціальностями не проводили, оскільки не спостерігали виражених відмінностей (за результатами попередніх досліджень) у клінічному перебігу вагітності і пологів.

Під час розроблення вдосконаленого алгоритму ведення жінок–лікарів на етапах допологової підготовки, вагітності і пологів застосовували принцип мінімізації використання лікарських препаратів, а також методи психологічного тестування під час розроблення індивідуального плану ведення вагітної з обов'язковою консультацією психолога та подальшою психологічною корекцією виявлених відхилень. Під час формування індивідуальних програм профілактики і спостереження жінок–лікарів під час вагітності враховували результати дослідження параметрів якості життя.

Таблиця 1

Соціальний статус обстежених вагітних

Критерії порівняння	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Спеціальність						
Терапевт, сімейний лікар	15	30	15	30	14	28
Лікар УЗД	16	32	14	28	17	34
Лікар ФД	3	6	4	8	6	32
Акушери-гінекологи	16	32	17	34	13	26
Шлюбний статус						
Заміжні	39	78	40	80	38	76
Незаміжні	6	12	8	16	4	8
Узяли шлюб під час вагітності	5	10	1	2	8	16
Одинокі	-	-	1	-	-	-

Таблиця 2

Терміни настання пологів у вагітних досліджуваних груп

Показник	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Своєчасні пологи	50	100,0	49	98,0	45	90,0
Передчасні пологи	-	-	-	-	3	6,0
Запізнілі пологи	-	-	1	2,0	2	4,0

Таблиця 3

Середня тривалість пологів у вагітних досліджуваних груп

Показник	Група жінок		
	1-а, n=50	2-а, n=50	3-я, n=50
Середня тривалість пологів загальна, хв	466,1±28,0	524,4±153,1	559,5±206,7
Перший період	432,7±127,0	486,0±153,0	534,0±202,0
Другий період	23,47±6,48	24,06±7,81	25,45±7,43
Третій період	9,89±1,28	10,58±3,48	9,84±2,33

Таблиця 4

Ускладнення під час пологів у жінок досліджуваних груп

Ускладнення	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	Абс. число	%	Абс. число
Передчасний вилив навколоплідних вод	16	32,0	19	38,0	20	40,0
Пологозбудження	-	-	5	10,0	4	8,0
Аномалії пологової діяльності	-	-	19	38,0	16	32,0
Пологостимулювання	-	-	20	40,0	16	32,0
Дефект оболонок, посліду	-	-	1	2,0	2	4,0
Щільне прикріплення посліду	-	-	1	2,0	-	-
Травми м'яких тканин пологових шляхів, з них:	12	24,0	12	24,0	18	36,0
розрив слизової оболонки піхви	4	8,0	6	12,0	6	12,0
розрив промежини 1-го ступеня	8	16,0	6	12,0	10	20,0
розрив шийки матки	-	-	-	-	2	4,0
Середня крововтрата, мл	151,5±36,7		173,2±54,0		174,8±50,9	
Максимальна крововтрата, мл	200		300		350	

Використання родинно орієнтованих технологій у жінок-лікарів проводили згідно із загальноприйнятими рекомендаціями [4–5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок коливався від 26 до 36 років (середній вік – 29,3±3,6 року у 1-й групі, 29,8±4,8 року – у 2-й групі і 29,4±3,5 року – у 3-й групі).

У табл. 1 представлений соціальний статус обстежених вагітних.

Як видно з даних табл. 1, за лікарськими спеціальностями, сімейним станом жінки усіх трьох груп достовірно не відрізнялися ($p>0,05$). При цьому було вивчено особливості перебігу вагітності і пологів у жінок-лікарів таких самих спеціальностей, як і на першому етапі (терапевти, родинні лікарі, фахівці УЗД і ФД, а також акушери-гінекологи).

Серед вагітних усіх трьох груп були переважно першороділлі. У 3-й групі з 43 першовагітних у 15 (34,9%) в анамнезі виявлені аборт, викидні, що дещо вище, ніж у 1-й і 2-й групах ($p<0,01$). Вочевидь, жінки-лікарі з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) повинні

були уважніше ставитися до свого здоров'я і готуватися до майбутніх пологів, але вони відмовилися від спеціальної допологової підготовки і використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності і пологів. Щодо початку статевого життя і частоти перенесених гінекологічних захворювань, то пацієнтки були повністю зіставні ($p>0,05$). Найбільш висока частота планованої вагітності була у пацієнток 1-ї групи (100,0%), які окрім допологової підготовки погодилися на використання родинно орієнтованих технологій.

У процесі клінічного спостереження було проаналізовано перебіг пологів у вагітних, що увійшли до 1-ї, 2-ї і 3-ї груп, залежно від використаного алгоритму, які відповідно мали різні психоемоційний статус напередодні пологів.

У табл. 2 наведені терміни настання пологів.

Як видно з табл. 2, у 100% жінок-лікарів 1-ї групи (допологова медико-психологічна підготовка і родинно орієнтовані технології) вагітність завершилася своєчасними пологами. У вагітних 2-ї групи (лише допологова медико-психологічна підготовка) своєчасними були 98% пологів і 2% – запізнених пологів. У вагітних 3-ї групи (відмовилися від розробленого алгоритму) пологи відбулися своєчасно у 90% випадків, у 6%

Оперативне розродження

Ускладнення	Група жінок					
	1-а, n=50		1-а, n=50		1-а, n=50	
	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число
Метод розродження						
Кесарів розтин (усього)	5	10,0	7	14,0	12	24,0
Клінічно вузький таз	3	6,0	1	2,0	-	-
Стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції	1	2,0	1	2,0	6	12,0
ОАГА (безплідність, невиношування в анамнезі)	1	2,0	1	2,0	1	2,0
Дистрес плода	-	-	1	2,0	2	4,0
Поперечне, тазове передлежання	-	-	3	6,0	2	4,0
Прееклампсія середнього ступеня тяжкості	-	-	-	-	1	2,0

випадків відбулися передчасні пологи, кількість запізнених пологів збільшилася до 4%.

Середня тривалість пологів представлена у табл. 3.

З табл. 3 видно, що у 1-й групі середня тривалість пологів становила 7 год 46 хв і не перевищувала фізіологічних меж. У вагітних 2-ї групи середня тривалість пологів становила 8 год 40 хв, що на 54 хв довше, ніж у 1-й групі ($p < 0,05$). У вагітних 3-ї групи середня тривалість пологів становила 9 год 19 хв, що значно перевищує таку у 1-й групі – на 1 год 33 хв ($p < 0,01$). Порівняно з 2-ю групою відзначено тенденцію до зменшення тривалості пологів на 36 хв ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що загальна тривалість пологів у породіль 1-ї і 2-ї груп була менше через скорочення першого періоду. Очевидно також, що у пацієнок, які проходили підготовку до пологів з ранніх термінів вагітності, період розкриття був значно коротший порівняно не лише з 3-ю ($p < 0,01$), але і з 2-ю групою ($p < 0,05$). Тривалість другого і третього періодів пологів у 1-й, 2-й і 3-й групах була зіставною ($p > 0,05$).

Отже, у вагітних 1-ї і 2-ї груп зменшення загальної тривалості пологів і періоду розкриття було результатом ефективно проведеної медико-психологічної підготовки як на прегравідарному етапі, так і протягом усього терміну гестації.

Ускладнення під час пологів у пацієнок наведені у табл. 4.

Як видно з табл. 4, у 3-й групі частіше в 1,3 разу спостерігався передчасний розрив плодових оболонок ($p < 0,001$). Слід зазначити, що аномалій пологової діяльності під час пологів не спостерігалося у породіль 1-ї групи, у зв'язку з чим стояло питання щодо полостимулювання. У жінок 2-ї групи у 38% випадків і у 32% випадків у 3-й групі відзначено первинну і вторинну слабкість пологової діяльності.

Передчасний розрив плодових оболонок і слабкість пологової діяльності відповідно вимагали проведення полостимулювання і полостимулювання. Полостимуляцію окситоцином застосовували у 23,0% жінок у 2-й групі і так само у 23,0% – у 3-й групі. У породіль 1-ї групи при передчасному вилитті вод полостимулювання і полостимулювання не застосовували – жінки, які пройшли повну підготовку до пологів, під час вагітності і застосували методики психофізіологічної полостимуляції для зняття психоемоційного напруження, народжували самостійно – без медикаментозного втручання, у присутності партнера.

Один з показників якості пологів є пологовий травматизм у матері. Травми м'яких тканин пологових шляхів діагностували частіше у 3-й групі порівняно із 1-ю і 2-ю групами ($p < 0,001$). У структурі пологового травматизму переважали значні пошкодження тканин пологових шляхів: розриви слизової оболонки піхви, промежини 1-го ступеня, і лише у цій групі фіксували розриви шийки матки (у 1-й і 2-й групах не реєстрували).

У жінок 2-ї і 3-ї груп перебіг пологів ускладнився дефектом посліду і щільним його прикріпленням, у зв'язку з чим було виконано ручне обстеження порожнини матки. Проте патологічної крововтрати при цьому не відзначено.

Середня крововтрата у 1-й групі під час пологів становила $151,5 \pm 36,7$ мл (максимальна – 200 мл), у 2-й групі – $173,2 \pm 54,0$ мл (максимальна крововтрата 300 мл – відмінність від 2-ї групи; $p = 0,02$) і $174,8 \pm 50,9$ мл – у 3-й групі (максимальна – 350 мл – відмінність від 1-ї групи; $p = 0,02$).

Отримані дані щодо оперативного методу розродження і його причин наведені у табл. 5.

Як видно з табл. 5, частота кесарева розтину у 1-й групі становила 10%, причому всі показання були екстрені: клінічно вузький таз – 3 випадки, стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 1 випадок. У плановому порядку шляхом кесарева розтину була розроджена 1 вагітна з ОАГА (безплідність в анамнезі).

У 2-й групі частота кесарева розтину виявилася в 1,4 разу вищою порівняно з 1-ю групою і становила 14,0%. Оперативне розродження було у 4 випадках плановим (тазове передлежання плода, ОАГА – безплідність в анамнезі). Решта випадків оперативних розроджень – екстрені: клінічно вузький таз – 1, стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 1, а також дистрес плода – 1.

У вагітних 3-ї групи, які відмовилися від допологової підготовки і родинно орієнтованих технологій, частота кесарева розтину становила 24,0%, що значно перевищує – у 2,4 ($p < 0,001$) та 1,7 ($p < 0,01$) разу відповідно – показники 1-ї і 2-ї груп. Слід зазначити, що у структурі показань до оперативного розродження у цій групі переважали стани, що пов'язані з високим психоемоційним напруженням породіллі, а саме: стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 6 випадків з 12 (50,0%), поперечне і тазове передлежання плода – 2 з 12 випадків (25,0%), прееклампсія середнього ступеня тяжкості – 1 (8,3%). У 2 випадках пологи завершені шляхом кесарева розтину за екстремним показанням: дистрес плода. Плановий кесарів розтин виконано 1 вагітній з приводу ОАГА (безплідність, невиношування вагітності в анамнезі).

Отже, при сформованій у процесі роботи під час всієї вагітності за розробленим алгоритмом медико-психологічної підготовки до пологів домінантні вагітності і пологів у породіль рідше спостерігалися ускладнення під час пологів порівняно з породільями, які відмовилися від допологової медико-психологічної підготовки і родинно орієнтованих технологій. Також була нижчою частота оперативного розродження, причому, як правило, кесарів розтин проводили здебільшого через невідповідність розмірів плода і таза матері.

Стосовно важливості медико-психологічної підготовки вагітних до пологів і використання родинно орієнтованих технологій у жінок-лікарів проводили порівняльне оцінювання даної підготовки співробітниками пологових відділень.

Представлені на малюнку дані свідчать, що співробітники пологових будинків вище оцінювали підготовку до пологів у породіль з 1-ї групи (медико-психологічна підготовка і родинно орієнтовані технології): повна ефективність відзначена ними у 91,3% жінок. У 2-й групі (лише медико-психологічна підготовка) ефективність підготовки також оцінена як досить висока: повна підготовленість відзначена у 66,7% жінок, що статистично значуще відрізняється з 1-ю групою ($p < 0,01$). У 3-й групі (жінки-лікарі, які відмовилися від медико-психологічної підготовки і родинно орієнтованих технологій) ситуація прямо протилежна – лише у 29,2% породіль відзначена повна підготовленість до пологів, що статистично значуще відрізняється з 1-ю ($p < 0,001$) і 2-ю групами ($p < 0,01$). Ці дані підтверджують значущість медико-психологічної підготовки, особливо у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що жінки-лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності і пологів, стабілізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що зрештою приводить до зниження частоти акушерської патології під час розродження.

Использование семейно ориентированных технологий у женщин-врачей различных специальностей

А.С. Шелыгин, С.Ю. Вдовиченко

Цель исследования: разработка и внедрение тактики ведения родов у женщин-врачей различных специальностей с использованием семейно ориентированных технологий.

Материалы и методы. Было обследовано 150 беременных женщин-врачей различных специальностей, которых разделили на три группы в зависимости от используемых лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины-врачи различных специальностей входят в группу высокого риска по развитию различных осложнений беременности и родов, а также перинатальной патологии. Использование медико-психологической подготовки, начиная с прегравидарного периода, в сочетании с семейно ориентированными технологиями позволяет нормализовать психологический статус, выработать позитивную доминанту на благоприятный результат беременности и родов, стабилизировать функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, что приводит к снижению частоты акушерской патологии при родоразрешении.

Заключение. Внедрение семейно ориентированных технологий позволяет снизить частоту осложнений при родоразрешении женщин-врачей различных специальностей.

Ключевые слова: женщины-врачи, роды, семейно ориентированные технологии.

Using family-oriented technologies in women doctors of various specialties

O.S. Shelygin, S. Yu. Vdovichenko

The objective: to develop and introduce tactics of maintaining labors at women of doctors of various specialties with use of the family focused technologies.

Materials and methods. 150 pregnant women-doctors of various specialties, who were divided into three groups depending on used treatment-and-prophylactic actions.

Results. Results of the conducted researches testify that women doctors of various specialties make group of high risk on development of various complications of pregnancy and labors, and also perinatal pathology. Use of medico-psychological preparation, since the pregravidare period in combination with the family focused technologies allows to normalize the psychological status, to develop positive majorant on favorable result of pregnancy and labors, to normalize functional condition of fetoplacental complex that, to lead to depression of frequency of obstetric pathology at delivery.

Conclusion. Introduction of the family focused technologies allows to reduce the frequency of complications at delivery of women of doctors of various specialties.

Key words: women-doctors, labors, the family focused technologies.

Сведения об авторах

Шелыгин Александр Сергеевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баке М.Ч., 2012. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Медицина труда и экология: 3: 28–33.
2. Веккер И.Р., 2011. Роль факторов профессиональной деятельности в развитии перинатальной патологии // Гигиена и санитария : 3 : 29–32.
3. Горблянский Ю.Ю., 2012. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод. рекомендации / Сост. Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан // Ростовский Гос. Мед. Ун-т. – Ростов н/Д:35.
4. Вдовиченко С.Ю., 2016. Роль родинно орієнтованих технологій у клінічному перебігу вагітності у жінок високого акушерського ризику // Здоровье женщины: 9 :64–67.
5. Вдовиченко С.Ю., 2017. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів // Здоровье женщины :3: 79–82.

Статья поступила в редакцию 16.01.2018

Надання допомоги вагітним з істміко-цервікальною недостатністю за наявності нутритивної магнієвої недостатності

Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилович, Г.Я. Кунинець, А.І. Попович, У.Є. Прокіп

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження: удосконалення надання допомоги вагітним з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН), у тому числі за наявності нутритивної магнієвої недостатності.

Матеріали та методи. У групу спостереження увійшли 50 жінок, у яких при 13–16-тижневому терміні вагітності була діагностована ІЦН за наявності нутритивної магнієвої недостатності (вміст магнію у сироватці крові $<0,8$ ммоль/л).

Рівень іонів магнію у плазмі крові вагітних визначали колориметричним методом з використанням аналізатора Cobas 600c (501 модуль) і тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія). Ступінь вираженості ІЦН визначали за бальною шкалою Штембера.

Для корекції магнієвого дефіциту призначали Магнікум (ПАТ «Київський вітамінний завод») по 2 таблетки 2 рази на добу під час їди. Одна таблетка лікарського засобу містить магнію лактату дигідрату 470 мг, що еквівалентно магнію 48 мг та піридоксину гідрохлориду (вітаміну B_6) 5 мг.

Результати. Одним з патогенетичних чинників ІЦН є нутритивна магнієва недостатність у вагітних.

Результати проведеного кореляційного аналізу продемонстрували наявність сильного зворотного зв'язку ($r=-0,83$) між концентрацією іонів магнію у сироватці крові вагітних й діаметром внутрішнього вічка шийки матки (ШМ), а також прямого зв'язку середньої сили ($r=0,38$) з довжиною ШМ. Під час вивчення кореляційного зв'язку показників кровотоку і морфометричних параметрів ШМ встановлено тісний зв'язок ($r=0,78$) між довжиною ШМ і показниками судинного опору у дрібних артеріях ШМ (ДАШМ). У той самий час слабший кореляційний зв'язок ($r=-0,41$) між діаметром внутрішнього вічка ШМ та гемодинамічними показниками у ДАШМ дозволяє припустити, що зміна діаметра вічка є вторинною щодо порушень кровотоку у ДАШМ.

Заключення. Використання Магнікуму забезпечує ефективну корекцію гіпомagneмії у вагітних, попереджає прогресування ІЦН, сприяє зниженню частоти невиношування вагітності, обмежує проведення хірургічного серкляжу ШМ, попереджає ускладнення пологів дискоординацією пологової діяльності.

Ключові слова: істміко-цервікальна недостатність, нутритивна магнієва недостатність, Магнікум.

Невиношування вагітності – найбільш часте ускладнення гестаційного процесу. Частота невиношування вагітності становить 15,5–42,7% і не має тенденції до зниження [20, 24]. Прямі репродуктивні втрати від невиношування в Україні щорічно нараховують 36–40 тис. ненароджених бажаних дітей, а народження дітей у 23–27 тиж гестації зумовлює до 50% перинатальної смертності [6, 27].

У генезі дострокового переривання вагітності одним зі значущих факторів є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). Частота цієї патології у популяції серед вагітних сягає 13–15% [9, 8].

ІЦН – безсимптомне вкорочення шийки матки (ШМ), розширення внутрішнього вічка, що призводить до розриву плодових оболонок та втрати вагітності. Останні десятиліття ознаменувалися стрімким розвитком молекулярно-біологічної, хімічної та медичної науки, що сприяло перегляду існуючих раніше уявлень про ІЦН лише як гормонозалежного та/або ятрогенного стану [17, 10]. Найбільш поширеним методом лікування ІЦН на сьогодні є хірургічний цервікальний серкляж [22].

Функція ШМ, що є фіброзним органом з високим вмістом колагену, регулюється протягом вагітності процесами метаболізму колагену і протеогліканів [23, 25]. У зв'язку з цим порушення її спроможності може розглядатися як прояв недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Дослідження, проведені Л.Б. Маркіним та У.Є. Прокіп [12, 13, 14, 15, 16], встановили, що одним з патогенетичних чинників виникнення ІЦН є зниження рівня іонів магнію у плазмі крові вагітних, яке спостерігається у 35% випадків.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ (2002), а також рішення Міжнародної експертної ради «Дефіцит магнію в акушерстві та гінекології» (Австрія, 2012) норма вмісту магнію у сироватці крові у вагітних становить 0,8–1,05 ммоль/л. Магній входить до складу основної речовини сполучної тканини і бере участь у регуляції її метаболізму. В умовах магнієвого дефіциту порушується здатність фібробластів продукувати колаген, виникають явища НДСТ, неспроможності ШМ.

Частота недоношування вагітності у разі накладання лікувального шва на ШМ при ІЦН на тлі магнієвого дефіциту становить 28%. При цьому основними причинами дострокового переривання вагітності є розрив плодових оболонок, хоріоамніоніт і прорізування шва на ШМ. Ускладнений перебіг пологів дискоординацією пологової діяльності (ДПД) діагностують у 16% випадків. Провідною причиною ДПД є наявність циркулярного рубця на ШМ та пов'язані з цим розлади фізіологічних рецепторних відношень між тілом та ШМ.

Мета дослідження: удосконалення надання допомоги вагітним з ІЦН, у тому числі за наявності нутритивної магнієвої недостатності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У групу спостереження увійшли 50 жінок, у яких при 13–16-тижневому терміні вагітності була діагностована ІЦН за наявності нутритивної магнієвої недостатності (вміст магнію у сироватці крові $<0,8$ ммоль/л).

Рівень іонів магнію у плазмі крові вагітних визначали колориметричним методом з використанням аналізатора Cobas 600с (501 модуль) і тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія).

Ступінь вираженості ІЦН визначали за бальною шкалою Штембера. При цьому оцінювали довжину вагінальної частини ШМ, її консистенцію, розташування, стан каналу ШМ, розміщення передлеглої частини плода. Ультразвукове і доплерометричне дослідження здійснювали із застосуванням діагностичного приладу «SA-8000EX» (Medison, Південна Корея). Проводили складне сканування у реальному масштабі часу за допомогою трансвагінального датчика з частотою 5,0 та 7,5 МГц. Вимірювали довжину і діаметр внутрішнього вічка. У вагітних з відкриттям внутрішнього вічка проводили оцінювання його форми (Y-, V- або U-подібна). Визначали ступінь гіпертонусу міометрія, величину відношення довжини порожнини матки до її передньо-заднього розміру. З використанням кольорового доплерівського картування на відстані 2/3 від внутрішнього вічка і на 1/2 відстані від каналу ШМ до зовнішнього контуру органу за характером судинної кривої, гомологічному судинній кривій маткової артерії, проводили пошук дрібних артерій шийки матки (ДАШМ) з подальшим визначенням показника опору кровотоку – індексу резистентності (ІР). ІР визначають за відношенням різниці між максимальною систолічною і кінцевою діастолічною швидкістю до максимальної систолічної швидкості кровообігу:

$$- \text{ІР} = (A - D) / A,$$

де А – максимальна систолічна швидкість кровообігу, D – кінцева діастолічна швидкість кровообігу [1, 11].

Для корекції магнієвого дефіциту призначали Магнікум (ПАТ «Київський вітамінний завод») по 2 таблетки 2 рази на добу під час їди. Одна таблетка лікарського засобу містить магнію лактату дигідрату 470 мг, що еквівалентно магнію 48 мг та піридоксину гідрохлориду (вітамін В₆) 5 мг.

Препарати магнію призначали вагітним з нормальною функцією нирок за відсутності серцево-судинної патології. Нутритивну підтримку препаратом магнію припиняли у разі повернення рівня внутрішньоклітинного катіону до норми.

Статистичне оброблення одержаних результатів проведено методами дисперсійного та кореляційного аналізу з використанням програмного забезпечення Statistica 10.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік вагітних групи спостереження становив $22,3 \pm 0,5$ року з індивідуальними коливаннями від 18 до 43 років. Першою дана вагітність була у 66% жінок. Малий інтергенетичний проміжок (менше року) спостерігався у 8%, великий інтергенетичний проміжок (більше 10 років) – у 6% випадків. Частота порушень менструальної функції становила 26%; захворювань, що передаються статевим шляхом, – 12%; запальних захворювань органів малого таза – 16%; оперативних втручань на яєчниках і трубах – 10%; накладання шва на ШМ – 10%; мимовільних викиднів – 14%; замирання вагітності – 6%; передчасних пологів – 12%; мертвородження – 10%; смертності у ранній неонатальний період – 6%.

У всіх випадках результати вагінального та ехографічного дослідження розташування, довжини, консистенції ШМ, стану каналу ШМ свідчили про наявність ІЦН. При цьому аналіз генеративної функції серед обстежених жінок виявив, що переважну більшість пацієнток з даною патологією становили першовагітні, в анамнезі яких не було жодних втручань на ШМ, що виключало імовірність виникнення органічної (набутої) ІЦН.

Дослідження рівня магнію у периферійній крові вагітних встановило, що у 70% жінок концентрація іонів магнію у сироватці крові становила у середньому $0,63 \pm 0,07$ ммоль/л, що свідчило про дефіцит внутрішньоклітинного катіона, а у 30% вагітних – $0,45 \pm 0,04$ ммоль/л, що свідчило про тяжкий магнієвий дефіцит.

Відомо, що основними проявами магнієвого дефіциту є:

- хронічна втомлюваність, серцево-судинні порушення (тахікардія, аритмія, біль у серці, гіпо- або гіпертензія);
- нервові порушення (дратівливість, тривожність, депресія, порушення сну, головний біль, головокружіння, порушення концентрації, пам'яті, зниження шкірної чутливості, парестезії);
- акушерсько-гінекологічні симптоми (альгоменорея, передменструальний синдром, загроза невиношування вагітності);
- м'язові симптоми (судоми литкових м'язів);
- вісцеральні розлади (закрепи, знижена температура тіла, оніміння кінцівок);
- метеозалежність (ломота у тілі, біль у суглобах, зубах, яснах) [18, 19].

Під час вагітності потреби у магнії зростають у 2–3 рази, що пов'язано з ростом і розвитком плода, збільшенням маси матки від 80–100 г до 1000 г, збільшенням об'єму циркулюючої крові, високим рівнем естрогенів та підвищенням концентрації альдостерону, а також появою і ростом плаценти [3, 4]. Останнє підтверджується результатами нашого дослідження, відповідно до якого клінічні прояви дефіциту магнію спостерігалися у зазначеній кількості вагітних групи спостереження.

Так, передменструальний синдром діагностували у 28%, альгодисменорею – у 38%, тахікардію та/або аритмію – у 26%, закрепів – у 28%, головний біль та головокружіння – у 22%, парестезії – у 24%, судоми м'язів – у 18%, загальну втомлюваність – у 54%, порушення сну – у 30% жінок.

Результати проведеного кореляційного аналізу засвідчили наявність сильного зворотного зв'язку ($r = -0,83$) між концентрацією іонів магнію у сироватці крові вагітних й діаметром внутрішнього вічка ШМ, а також прямого зв'язку середньої сили ($r = 0,38$) з довжиною ШМ.

Як відомо, іонам магнію належить істотна роль у формуванні нормальної структури сполучної тканини, і порушення гомеостазу магнію є одним з етіологічних чинників формування дисплазії сполучної тканини [18, 5]. Ураховуючи, що ШМ є фіброзним органом, останнє призводить до порушень структури колагенових волокон, змін пропорційного співвідношення між сполучною і м'язовою тканиною в ШМ, збільшення вмісту останньої до 60%. Подібна «слабкість» сполучної тканини зумовлює розвиток ІЦН – ШМ передчасно розм'якшується, вкорочується і втрачає здатність утримувати плідне яйце до термінових пологів.

Заслугує на увагу той факт, що у випадках низького рівня іонів магнію при УЗД ШМ мала U-подібну форму, що, за даними різних авторів [2, 26], вважається найбільш прогностично несприятливою ехографічною ознакою ІЦН.

При трансвагінальному УЗД довжина шийки матки становила $22,2 \pm 0,6$ мм.

Форма відкриття внутрішнього вічка у 32% вагітних була Y-подібна, у 32% – V-подібна і у 30% – U-подібна. Ехографічних ознак гіпертонусу міометрія не спостерігалось. Ділянок потовщення міометрія відзначено не було.

Величина відношення довжини порожнини матки до її передньо-заднього розміру становила $1,39 \pm 0,04$ (за неускладненого перебігу вагітності – $1,41 \pm 0,05$; $p > 0,05$).

У невагітної, а також у I та II триместрах вагітності функціонує лише частина дрібних артерій, інші ж є потенційним резервуаром для депонування крові. У II триместрі вагітності

ті збільшується загальна та функціонуюча кількість венозних судин, вони розширюються, утворюють додаткові анастомози. За даними різних авторів, до початку пологів їхня кількість збільшується у 1,3 разу – при цьому відзначають перевищення їхніх просвітів в 1,5 разу у центральній зоні по відношенню до периферійної ($53 \pm 4,5$ та $38 \pm 3,1$ мкм відповідно), що свідчить про різницю у судинному забезпеченні периферійних та центральних відділів товщі стінок ШМ [7, 1, 11, 21].

Результати наших досліджень продемонстрували характерне зниження ІР ($0,40 \pm 0,03$) порівняно з нормою ($0,65 \pm 0,05$; $p < 0,05$) у ДАШМ у вагітних з прогресуючою ІЦН, що свідчило про підвищення васкуляризації ШМ і, як наслідок, достовірне зниження судинного опору у ДАШМ.

Як відомо, значущі зміни ШМ, які забезпечують заключні стадії її дозрівання, розм'якшення та наступне розкриття, у нормі відбуваються наприкінці вагітності. Останнє полягає у прогресивному зменшенні концентрації колагену та колагеновій реорганізації під впливом протеогліканів, підвищенню васкуляризації ШМ, що проявляється зниженням показників судинного опору у ДАШМ. Подібна доплерометрична картина у ДАШМ у II триместрі вагітності свідчить про передчасне дозрівання ШМ і може бути однією з прогностичних ознак виникнення ІЦН.

Вивчення кореляційного зв'язку показників кровотоку і морфометричних параметрів ШМ дозволило встановити

тісний зв'язок ($r = 0,78$) між довжиною ШМ і показниками судинного опору у ДАШМ. У той самий час слабший кореляційний зв'язок ($r = -0,41$) між діаметром внутрішнього вічка ШМ та гемодинамічними показниками у ДАШМ дозволяє припустити, що зміна діаметра вічка є вторинною щодо порушень кровотоку у ДАШМ.

Використання Магнікуму забезпечувало ефективну корекцію магнієвого дефіциту у вагітних. Градієнт просту рівня іонів магнію після 30-денної терапії становив $0,18 \pm 0,03$ ммоль/л. Побічні ефекти використання препарату були відсутні.

Разом з тим дострокове переривання вагітності спостігалось у 18% випадків (10% – пізні викидні, 8% – передчасні пологи). Ускладнення пологів ДПД відзначено не було.

ВИСНОВКИ

Одним з патогенетичних чинників істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) є нутритивна магнієва недостатність у вагітних.

Використання препарату Магнікум забезпечує ефективну корекцію гіпомagneмії у вагітних, попереджає прогресування ІЦН, сприяє зниженню частоти невиношування вагітності, обмежує проведення хірургічного серкляжу шийки матки, попереджає ускладнення пологів дискоординацією пологової діяльності.

Giving the medical aid to pregnant women with cervical insufficiency with nutritional magnesium deficiency

L.B. Markin, K.L. Shaylovych, H.Ya. Kunynets, A.I. Popovych, U.Ye. Prokip

The objective: of the study was the feasibility of further improvement of giving medical aid to pregnant women with cervical insufficiency, especially with nutritional magnesium deficiency.

Materials and methods. The observation group was made of 50 women, in which in 13–16 week of pregnancy was diagnosed cervical insufficiency with presence of nutritional magnesium deficiency (amount of magnesium in blood $< 0,8$ mmol/l). Level of magnesium ions in blood plasma of pregnant women was determined by colorimetric method using the analyzer Cobas 600c (501 module) and test systems Roche Diagnostics (Switzerland). The degree of CIN was determined with Shtembera scale.

To correct magnesium deficiency was recommended Magnicum (PJSC «Kyiv Vitamin Factory») 2 tablets 2 times a day with meals. One tablet contains magnesium lactate dihydrate 470 mg, equivalent to 48 mg of magnesium and pyridoxine hydrochloride (vitamin B6) 5 mg.

Results. One of the pathogenetic factors of CIN is nutritional magnesium deficiency in pregnant women. The results of correlation analysis showed the presence of a strong feedback ($r = -0,83$) between the concentration of magnesium ions in the blood serum of pregnant women and the inner diameter orifice of uterine cervix, and direct communication of medium strength ($r = 0,38$) with a length of cervix. In studying of the correlations between blood parameters and morphometric parameters of cervix, was established a close relationship ($r = 0,78$) between the length of cervix and parameters of vascular resistance in small arteries of cervix. At the same time, a weak correlation ($r = -0,41$) between the diameter of the inner orifice of cervix and hemodynamic parameters in small cervical arteries suggests that the change in diameter of the orifice is secondary in relation to disturbances in blood flow in small cervical arteries.

Conclusion. Usage of Magnicum provides effective correction of hypomagnesemia in pregnant, prevents the progression of CIN, reduces the frequency of miscarriage, reduces number of surgical cerclage of cervix, prevents complications during labor.

Key words: Cervical insufficiency, nutritional magnesium deficiency, Magnicum.

Помощь беременным с истмико-цервикальной недостаточностью при наличии нутритивной магниевой недостаточности

Л.Б. Маркин, К.Л. Шатилович, Г.Я. Кунынец, А.И. Попович, У.Е. Прокип

Цель исследования: совершенствование оказания помощи беременным с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН), в том числе при наличии нутритивной магниевой недостаточности.

Материалы и методы. В группу наблюдения вошли 50 женщин, у которых при 13–16-недельном сроке беременности была диагностирована ИЦН при наличии нутритивной магниевой недостаточности (содержание магния в сыворотке крови $< 0,8$ ммоль/л). Уровень ионов магния в плазме крови беременных определяли колориметрическим методом с использованием анализатора Cobas 600c (501 модуль) и тест-системы Roche Diagnostics (Швейцария). Степень выраженности ИЦН определяли по бальной шкале Штембера.

Для коррекции магниевого дефицита назначали Магнікум (ПАО «Киевский витаминный завод») по 2 таблетки 2 раза в день во время еды. Одна таблетка лекарственного средства содержит магния лактата дигидрата 470 мг, что эквивалентно магния 48 мг и пиридоксина гидрохлорида (витамин В₆) 5 мг.

Результаты. Одним из патогенетических факторов ИЦН является нутритивная магниевая недостаточность у беременных. Результаты проведенного корреляционного анализа показали наличие сильной обратной связи ($r = -0,83$) между концентрацией ионов магния в сыворотке крови беременных и диаметром внутреннего зева шейки матки (ШМ), а также прямой связи средней силы ($r = 0,38$) с длиной ШМ. При изучении корреляционной связи показателей кровотока и морфометрических параметров ШМ установлена тесная связь ($r = 0,78$) между длиной ШМ и показателями сосудистого сопротивления в мелких артериях ШМ (МАШМ). В то же время слабая корреляционная связь ($r = -0,41$) между диаметром внутреннего зева ШМ и гемодинамическими показателями в МАШМ позволяет предположить, что изменение диаметра зева является вторичной по отношению к нарушениям кровотока в МАШМ.

Заключение. Использование Магнікума обеспечивает эффективную коррекцию гипомagneмії у беременных, предупреждает прогрессирование ИЦН, способствует снижению частоты невынашивания беременности, ограничивает проведение хирургического серкляжа ШМ, предупреждает осложнение родов дискоординацией родовой деятельности.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, нутритивная магниевая недостаточность, Магнікум.

Магнікум

Комфортно поповнює
нестачу магнію
і вітаміну B₆!



🌸 Німецька якість субстанції¹
🌸 Менша кількість таблеток на прийом²
(завдяки наявності кишковорозчинної оболонки)

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Магнікум.
Склад: 1 таблетка містить магній дигідрату 470 мг, що еквівалентно магнію 48 мг і піридоксин гідрохлориду 5 мг;
Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, кишковорозчинні. Показання для застосування. Профілактика ускладнень, пов'язаних з дефіцитом магнію та/або вітаміну B₆. Препарат також застосовують з профілактичною метою при наступних станах: хронічна фізична і розумова втома, дратівливість, підвищений ризик стресу, депресія, розлади сну, міалгії, для профілактики атеросклерозу та інфаркту міокарда. Магнікум також застосовують при гіпомігнії внаслідок тривалого паління та зловживання алкоголем, тривалого застосування протисекреторних засобів, деяких дуретиків або осмотичного діурезу у хворих на діабет з постійною гіперглікемією. У комплексному лікуванні серцево-судинних захворювань, таких як артеріальна гіпертензія (АГ), застаткова серцева недостатність, артерії серця, у хворих, які одужують після перенесеного інфаркту, та у комплексному лікуванні остеопору. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату, тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну менше 30 мл/хв), гіпермагніємія, гіпервітаміноз вітаміну B₆, АІ-блокада, тяжка міастенія, хвороба Паркінсона (що лікується леводопою без супутнього застосування периферичних інгібіторів декарбоксилази леводопи), тяжка артеріальна гіпертензія, діарея. Застосування у період вагітності або годування груддю. Питання про застосування препарату під час вагітності та годування груддю вирішує індивідуально щодо кожного пацієнта лише лікар, із урахуванням співвідношення користі для жінки/ризиків для плода (дитини). Спосіб застосування та дози. Профілактика: дорослі та діти віком від 12 років – 2 таблетки 1 раз на добу або 1-2 таблетки 2 рази на добу. Лікування: лише за призначенням лікаря. Термін лікування визначає лікар. Таблетку слід ковтати цілою та запивати склянкою води. Побічні ефекти. Дуже рідко – розлади з боку шлунково-кишкового тракту (біль у животі, запор, діарея, нудота, блювання); алергічні реакції, у тому числі свербіж, кропив'янка, шкірний висип. Категорія відпуску. Без рецепта. За повною інформацією про лікарський засіб зверніться до інструкції в упаковці.
Назва і місце знаходження виробника. ПАТ «Київський вітамінний завод» 04073, Україна, м. Київ, вул. Копилівська, 38.

1. Згідно "Сертифікату аналізу якості субстанції" для виготовлення препарату Магнікум використовується субстанція компанії «Dr. Paul Lohmann» (Німеччина).
2. Інструкція для медичного застосування препарату Магнікум.

Інформація для спеціалістів

Регістраційне посвідчення МОЗ України №104/7018/01/01 від 16.04.2015.
Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

Сведения об авторах

Маркин Леонид Борисович – Кафедра акушерства и гинекологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (022) 33-32-11. E-mail: shatik 2@ukr.net

Шатилович Катерина Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Кунинец Галина Ярославовна – Кафедра акушерства и гинекологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Попович Алла Ильинична – Кафедра акушерства и гинекологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (097) 337-89-49. E-mail: Popalochka@ukr.net

Прокип Ульяна Евгеньевна – Кафедра акушерства и гинекологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М.И. Агеева. – М.: Издательский дом Видар-М., 2000. – 112 с.
2. Бенюк В.О. Ультразвукові маркери недоношування вагітності / В.О. Бенюк // ПАГ. – 2000. – № 3. – С. 92–93.
3. Городецкий В.В. Препараты магния в медицинской практике / В.В. Городецкий, О.Б. Талибов. – М.: Медпрактика, 2008. – 44 с.
4. Громова О.А. Молекулярные механизмы воздействия магния на дисплазию соединительной ткани / О.А. Громова // Дисплазия соединительной ткани. – 2008. – № 1. – С. 23–32.
5. Дернер К. Клиническая биохимия / К. Дернер. – М.: Мир, 2001. – 480 с.
6. Добрянский Д.О. Проблемні аспекти надання медичної допомоги екстремально недоношеним новонародженим з критичною життєздатністю / Д.О. Добрянський // Здоровье женщины. – 2008. – Т. 1, № 33. – С. 148–153.
7. Допплерография в акушерстве / [М.В. Медведев, А. Курьяк, Е.В. Юдина и др.]. – М.: Реальное время, 1999. – 157 с.
8. Дубоссарская З.М. Современный взгляд на этиопатогенез, диагностику и лечение невынашивания беременности / З.М. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 6–7. – С. 12–16.
9. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. Підручник: у 2-х томах / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський, Н.М. Рожковська. – Одеса: Одеський державний медичний університет, 2008. – Т. 1. – 472 с.
10. Линченко Н.А. Факторы риска возникновения истмико-цервикальной недостаточности и способы ее коррекции: Дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Линченко Наталья Александровна. – Волгоград, 2014. – 117 с.
11. Маркин Л.Б. Допплерометрія в акушерстві: гемодинамічні особливості функціональної системи мати-плацента-плід / Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилович, Н.Е. Надоршина // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 1 (30). – С. 36–39.
12. Л.Б. Маркин. Корекція магнієвого дефіциту у вагітних з істміко-цервікальною недостатністю / Л.Б. Маркін, У.Є. Прокип // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2013. – № 3–4 (20–21). – С. 78–81.
13. Л.Б. Маркин. Профілактично-терапевтичні заходи при ідіопатичній істміко-цервікальній недостатності / Л.Б. Маркін, У.Є. Прокип // Здоровье женщины. – 2014. – №10 (96). – С. 61–64.
14. Л.Б. Маркин. Содержание магния у беременных при идиопатической истмико-цервикальной недостаточности / Л.Б. Маркин, У.Е. Прокип // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2014. – № 5 (35). – С. 36–39.
15. Л.Б. Маркин. Вплив корекції гіпомагніємії на перебіг гестаційного процесу при істміко-цервікальній недостатності / Л.Б. Маркін, У.Є. Прокип // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 63–64.
16. Л.Б. Маркин. Корекція нутритивної магнієвої недостатності у прегравідарному періоді / Л.Б. Маркін, А.І. Попович, У.Є. Прокип // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 1. – С. 155–157.
17. Назаренко Л.Г. Прогнозування цервікальної недостатності і втрати вагітності другого триместру / Л.Г. Назаренко, Р.І. Хані // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2010. – № 1. – С. 96–99.
18. Некоторые аспекты применения препаратов магния при беременности / [А.Л. Верткин, О.Н. Ткачева, О.М. Ткачева и др.] // Проблемы репродукции. – 2005. – № 4. – С. 57–63.
19. Пшений А.Р. Оценка эффективности терапии препаратом Магнерот при различных диспластических синдромах и фенотипах / А.Р. Пшений // Дисплазия соединительной ткани. – 2008. – № 1. – С. 19–22.
20. Сидельникова В.М. Современные принципы токолитической терапии при угрозе преждевременных родов / В.М. Сидельникова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 232–233.
21. An in vivo comparative study of the pregnant and non-pregnant cervix using electrical impedance measurements / [M. O'Connell, J. Tidy, S.J. Wisner et al.] // BJOG. – 2000. – Vol. 8, № 107 (8). – P. 1040–1041.
22. Cervical cerclage for prevention of preterm delivery: meta-analysis of randomized trial / [H. Honest, A. Coomarasamy, L.M. Bachmann, K.S. Khan] // Obstetric Gynecology. – 2003. – Vol. 9, № 102 (3). – P. 621–627.
23. Gemmill T.R. Overview of N- and O-linked oligosaccharide structures found in various yeast species / T.R. Gemmill, R. Romero, B.H. Yoon // 4th World Congress of prenatal medicine. Buenos Aires. – 1999. – P. 247–255.
24. Haram K. Preterm delivery: an overview / K. Haram, J.H. Mortensen, A.L. Wollen // Act. Obstetric Gynecology Scand. – 2003. – Vol. 8, № 82 (8). – P. 687–704.
25. Ludmir J., Sehdev H.M. Anatomy and physiology of the uterine cervix / J. Ludmir, H.M. Sehdev // Clin. Obstetric Gynecology. – 2000. – Vol. 43, № 3. – P. 433–439.
26. Owen J. Vaginal sonography and cervical incompetence / J. Owen, J.D. Lams, J.C. Hauth // Am.J. Obstetric Gynecology. – 2003. – Vol. 2, № 188 (2). – P. 586–596.
27. Recent short-term outcomes of ultrapreterm and extremely low-birthweight infants in Japan / [K. Ikeda, S. Hayashida, I. Hokuto et al.] // Neo Reviews. – Vol. 7. – P. 511–516.

Статья поступила в редакцию 29.01.2018

Родинно орієнтовані технології при багатоплідній вагітності

Т.А. Шинкарук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок з багатоплідною вагітністю на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та розродження.

Матеріали та методи. Обстежено 120 вагітних, яких було розподілено на чотири групи залежно від репродуктивного анамнезу та використання родинно орієнтованих технологій.

Результати. Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволило знизити частоту сумарних ускладнень багатоплідної вагітності (з 76,7% до 53,3%) за рахунок загрози переривання у різні терміни (з 58,3% до 30,0%), прееклампсії (з 50,0% до 30,0%), гестаційної анемії (з 51,7% до 33,3%); плацентарної дисфункції (з 66,7% до 46,7%); затримки розвитку плода (з 23,3% до 13,3%); передчасних пологів (з 80,0% до 60,0%); абдомінального розродження (з 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середнього та важкого ступеня (60,0% до 40,0%) та перинатальних втрат (з 41,7 до 25,0%).

Заключення. Використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності за удосконаленням нами алгоритмом покращує психологічний статус жінок, а також знижує частоту акушерських та перинатальних ускладнень. Це дозволяє рекомендувати більш широке використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, родинно орієнтовані технології.

Проблема багатоплідної вагітності (БВ) є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві [1, 2]. Це зумовлено постійним зростанням застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), високим рівнем акушерських та перинатальних ускладнень у цих жінок, а також широким використанням гормональних контрацептивів [3, 4]. У сучасній літературі є різноманітні дані про частоту гестаційної патології залежно від варіанта настання вагітності – самостійно або індуковано [5–7].

Серед нових технологій ведення вагітності та розродження особливе місце посідають родинно орієнтовані технології, частота яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [8, 9].

Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатнє вивчення питання ведення вагітності та розродження жінок з БВ з використанням родинно орієнтованих технологій, хоча його актуальність не викликає сумнівів, особливо щодо розроблення ефективних лікувально-профілактичних методик.

Мета дослідження: зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок з БВ на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було обстежено 120 вагітних, яких було розподілено на чотири групи:

- 1-а група – 30 жінок з БВ після ДРТ та з використанням родинно орієнтованих технологій (РОТ);
- 2-а група – 30 жінок з БВ після ДРТ та без використання РОТ;
- 3-я група – 30 жінок зі спонтанною БВ, у яких були використані РОТ;
- 4-а група – 30 жінок зі спонтанною БВ без використання РОТ.

Ведення жінок з БВ без використання РОТ проводили згідно з існуючими протоколами.

Використання РОТ у жінок з БВ проводили згідно з останніми науковими розробками вітчизняних авторів [1, 5]. Ураховуючи відсутність наукових публікацій щодо використання РОТ у жінок з БВ, ми удосконалили алгоритм їхнього ведення залежно від репродуктивного анамнезу:

1) за використання ДРТ проводили індивідуальну психологічну корекцію з формування домінанти на БВ як у жінки, так і у її партнера;

2) використання удосконаленого комплексу фізичних вправ, спрямованих на встановлення та підтримку правильного положення плодів з обов'язковим залученням партнера:

- вагітна поперемінно повертається з одного боку на інший протягом години, перебуваючи на кожному боці по 10 хв, що виконується у положенні тіла лежачи на твердій кушетці 3–4 рази на день протягом 5–7 днів;
- вагітна перебуває у вихідному колінно-ліктьовому положенні протягом 10 хв, потім, не піднімаючи плечовий пояс, плавно переходить у положення лежачи на боці;
- вагітна у вихідному положенні лежачи на боці, ноги напівзігнуті у колінних і кульшових суглобах, випрямляє ногу, згинає у колінному і кульшовому суглобах (видих), знову випрямляє і відводить ногу дещо назад, одночасно виконуючи напівоберт тулуба (видих), що виконується повільно 10 разів протягом 10 хв 2–3 рази на день;
- у разі розродження шляхом кесарева розтину обов'язкове прикладання новонароджених до тіла батька.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, психологічні, ехографічні, функціональні і статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок з БВ не залежить від репродуктивного анамнезу та характеризується високою частотою прееклампсії (50,0%), загрози переривання вагітності (у I та II триместрах – 48,3%; у III – 68,3%), анемією (51,7%), що призводить до високої частоти плацентарної дисфункції (66,7%), затримки розвитку плода (23,3%), передчасних пологів (80,0%) та оперативного розродження (98,3%).

Порушення психологічного статусу відіграють провідну роль у розвитку ускладнень БВ та полягають у наявності високої частоти емоційної нестабільності (56,7%), зниженого або мінливого настрою (53,3%) та тривожного стану щодо майбутньої дитини (46,7%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з БВ не залежать від варіанта настання вагітності (самостійно або індуко-

вано) та характеризуються значним рівнем асфіксії середнього (20,0%) та тяжкого ступеня (10,0%); внутрішньоутробного інфікування (16,7%); постгіпоксичної енцефалопатії (40,0%) та перинатальних втрат (41,7%).

Застосування методики індивідуальної підготовки з використанням родинно орієнтованих технологій дозволяє нормалізувати психологічний статус жінок з БВ, що підтверджується зниженням особистісної (з 83,3% до 43,3%) і ситуативної тривожності (з 66,7% до 33,3%), а також підвищити рівень моральної задоволеності методом розродження (з 36,7% до 93,3%), високої самооцінки (з 46,7% до 93,3%) і відсутності порушень у взаєминах з чоловіком та новонародженими (з 66,7% до 100,0%).

Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволяє знизити частоту сумарних ускладнень БВ (з 76,7% до 53,3%) за рахунок загрози переривання вагітності у різні терміни (з 58,3% до 30,0%); преєклампсії (з 50,0% до 30,0%); гестаційної анемії (з 51,7% до 33,3%); плацентарної дисфункції (з 66,7% до 46,7%); затримки розвитку плода (з 23,3% до 13,3%); передчасних пологів (з 80,0% до 60,0%); абдомінального розродження (з 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середнього та тяжкого ступеня (60,0% до 40,0%) та перинатальних втрат (з 41,7 до 25,0%).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності за удосконаленням нами алгоритмом покращує психологічний статус жінок, а також знижує частоту акушерських та перинатальних ускладнень. Це дозволяє рекомендувати більш широке використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності.

Семейно ориентированные технологии при многоплодной беременности Т.А. Шинкарук

Цель исследования: снижение частоты акушерской и перинатальной патологии у женщин с многоплодной беременностью на основе усовершенствования и внедрения методики индивидуальной подготовки супружеской пары во время беременности и родоразрешения.

Материалы и методы. Обследованы 120 беременных, которые были разделены на четыре группы в зависимости от репродуктивного анамнеза и использования семейно ориентированных технологий.

Результаты. Проведение партнерских родов с предварительной индивидуальной подготовкой позволило снизить частоту суммарных осложнений многоплодной беременности (с 76,7% до 53,3%) за счет угрозы прерывания в различные сроки (с 58,3% до 30,0%); преєклампсии (с 50,0% до 30,0%); гестационной анемии (с 51,7% до 33,3%); плацентарной дисфункции (с 66,7% до 46,7%); задержки развития плода (с 23,3% до 13,3%); преждевременных родов (с 80,0% до 60,0%); абдомінального родоразрешения (с 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середньої та важкої ступені (с 60,0% до 40,0%) і перинатальних втрат (с 41,7 до 25,0%).

Заключение. Использование семейно ориентированных технологий при многоплодной беременности по усовершенствованному нами алгоритму улучшает психологический статус женщин, а также снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений. Это позволяет рекомендовать более широкое использование семейно ориентированных технологий при многоплодной беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, семейно ориентированные технологии.

The family focused technologies at polycarpous pregnancy T.A. Shinkaruk

The objective: depression of frequency of obstetric and perinatal pathology at women with polycarpous pregnancy on the basis of improvement and introduction of technique of individual preparation of a married couple during pregnancy and at delivery.

Materials and methods. We surveyed 120 pregnant women who were divided into four groups depending on the genesial anamnesis and use of the family focused technologies.

Results. Carrying out partner labors with preliminary individual preparation allows to reduce the frequency of cooperative complications of polycarpous pregnancy (from 76,7% to 53,3%) due to discontinuing threat in various terms (from 58,3% to 30,0%); preeclampsias (from 50,0% to 30,0%); gestational anemia (from 51,7% to 33,3%); placental dysfunction (from 66,7% to 46,7%); fetus arrests of development (from 23,3% to 13,3%); premature births (from 80,0% to 60,0%); an abdominal delivery (from 98,3% to 86,7%); asphyxias of newborns of average and serious degree (from 60,0% to 40,0%) and perinatal losses (with 41,7 to 25,0%).

Conclusion. Use of the family focused technologies at polycarpous pregnancy on the algorithm improved by us allows to improve the psychological status of women, and also to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications. It allows us recommend wider use of the family focused technologies at polycarpous pregnancy.

Key words: polycarpous pregnancy, the family focused technologies.

Сведения об авторе

Шинкарук Татьяна Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Вдовиченко Ю.П., 2011. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник : Київ : 360.
- Баранов І.І., 2012. Перинатальні наслідки при багатоплідних пологах // Акушерство і гінекологія : 1 : 98–102.
- Blickstein I., 2015. Multiple Pregnancy // Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome : Informa UK Ltd : 946.
- Бойчук А.В., 2016. Особливості гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології : 1:42–47.
- Вдовиченко С.Ю., 2017. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів // Здоров'я жінки : 3 : 79–82.
- Круть Ю.Я., 2013. Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему // Здоровье женщины : 6 : 83–85.
- Бойчук О.Г., 2013. Особливості перебігу багатоплідної вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій // Медико-соціальні проблеми сім'ї : 4 : 5–8.

Стаття поступила в редакцію 21.01.2018

Антибиотикопрофилактика при гинекологических вмешательствах до и во время использования вспомогательных репродуктивных технологий: систематический обзор

<http://dx.doi.org/10.1155/2016/4698314>

Nigel Pereira¹, Anne P. Hutchinson², Jovana P. Lekovich¹, Elie Hobeika³, and Rony T. Elias¹

¹e Ronald O. Perelman and Claudia Cohen Center for Reproductive Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, NY 10021, USA

²Department of Obstetrics and Gynecology, Weill Cornell Medical College, New York, NY 10021, USA

³Department of Obstetrics and Gynecology,

North Shore Long Island Jewish Staten Island University Hospital, Staten Island, NY 10309, USA

Частота использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) неуклонно возрастает. Соответственно наблюдается увеличение количества связанных с ВРТ процедур, таких, как гистеросальпингография (ГСГ), инфузионная сонография (ИС), гистероскопия, лапароскопия, забор ооцитов и перенос эмбрионов (ПЭ). При выполнении этих процедур доступ осуществляется через переднюю брюшную стенку, верхнюю часть влагалища или шейку матки, что не исключает возможности колонизации тазовых структур микроорганизмами. Поэтому антибиотикопрофилактика важна для профилактики или лечения любых, связанных с процедурой, инфекций. Тщательный анализ опубликованной литературы показывает, что рутинная антибиотикопрофилактика не рекомендуется для большинства процедур, связанных с ВРТ. При трансцервикальных процедурах, таких, как ГСГ, ЭГ, гистероскопия, ПЭ и хромотубация, пациенты с риском развития тазовых инфекций должны подвергаться скринингу и лечению до их проведения. Пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ) или гидросальпинксами подвергаются высокому риску инфицирования и должны получить антибиотикопрофилактику во время процедур, таких, как ГСГ, ИС или хромотубация. Антибиотикопрофилактика рекомендуется перед извлечением ооцитов у пациентов с историей эндометриоза, ХВЗОМТ, перфоративным аппендицитом или несколькими предшествующими тазовыми операциями.

1. Введение

Использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для лечения бесплодия в Соединенных Штатах неуклонно возрастает: в 2012 году благодаря ВРТ родилось 1,5% всех младенцев [1]. Процедуры ВРТ предполагают несколько этапов в течение двухнедельного периода, начиная с контролируемой стимуляции овуляции до извлечения ооцитов, оплодотворения *in vitro* и в конечном итоге – переноса эмбрионов [1]. Однако прежде чем приступить к ВРТ, многие женщины могут подвергаться диагностическим процедурам для определения необходимости или потенциальной модификации метода ВРТ.

Эти процедуры, как до, так и во время ВРТ, проводятся с доступом через брюшную стенку, верхнюю часть влагалища или шейку матки, что приводит к возможности колонизации матки, маточных труб или перитонеальной полости микроорганизмами, колонизирующими кожу, влагалище или эндцервикс [2]. Это обуславливает важность антибиотикопро-

филактики или терапии инфицирования [2]. Недавние данные свидетельствуют, что изменение микробиома человека может повлиять на результаты ВРТ [3]. Таким образом, в этой статье мы систематически оцениваем текущие данные, касающиеся антибиотикопрофилактики при проведении гинекологических вмешательств до и во время ВРТ.

2. Область применения ВРТ

С момента рождения первого американского ребенка с использованием ВРТ в 1981 году число клиник и процедур ВРТ значительно увеличилось [1]. По оценкам, 456 клиник ВРТ в США провели 157 635 циклов ВРТ в 2012 году [1], результатом которых были 51 261 роды и рождение 65 151 младенца [1]. В общем, ВРТ включает экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), перенос гамет в маточную трубу (GIFT) и перенос зиготы в маточную трубу (ZIFT), при этом ЭКО составляет примерно 99% всех процедур ВРТ [1]. Однако ВРТ не включает внутриматочную инсеминацию, при которой обрабатывается только сперма, или индукцию овуляции, которая включает стимуляцию роста ооцитов пероральными или инъекционными лекарственными средствами [1].

3. Микробиология гинекологических инфекций

Несмотря на то что предманипуляционная или хирургическая антисептика была связана с общим снижением инфекций, инфицирование места проведения процедуры неизбежно [2]. Исследования показывают, что для большинства инфекций, следующих за гинекологическими процедурами или хирургическими вмешательствами, источником возбудителей является кожа пациента или влагалище [2, 4]. Обычно при исследовании кожи верхнего и среднего отделов живота выделяют микроорганизмы, представляющие собой грамположительные аэробные кокки (*Staphylococcus*), в то время как область паха или промежности наиболее часто колонизируют анаэробы и грамотрицательные аэробы [5, 6]. При нарушении целостности стенок влагалища область, которая подвергается хирургическому вмешательству, также подвержена контаминации полимикробной флорой, включающей анаэробы и аэробы [6–8]. При гинекологической лапароскопии не нарушается целостности стенки влагалища, и поэтому любая инфекция чаще всего возникает из-за попадания микроорганизмов с кожи [2, 9]. Трансцервикальные процедуры, такие, как гистеросальпингография (ГСГ), инфузионная сонография (ИС) и гистероскопия, а также трансвагинальные процедуры, такие, как пункция ооцитов, могут потенциально привести к инфицированию эндометрия, маточных труб или

перитонеальной полости микроорганизмами с эндоцервикса или верхней части влагалища [2, 8]. Общий риск инфицирования невысокий и чаще всего встречается у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ) [10].

4. Выбор статей

Мы провели поиск в базах PubMed, EMBASE и Google Scholar среди англоязычных публикаций с января 1980 года по июль 2015 года с поисковыми терминами «антибиотики», «профилактика», «лапароскопия», «гистероскопия», «гистеросальпингография», «эхогидротубация» и «in vitro оплодотворение». Авторы самостоятельно рассмотрели предварительные результаты поиска и названия статей. Из этого первоначального пула были рассмотрены тезисы, касающиеся антибиотикопрофилактики при гинекологических манипуляциях, в частности, в контексте ВРТ. Учитывая нехватку проспективных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в анализ были включены все типы исследований, то есть отчеты о случаях, ретроспективные когортные исследования, проспективные исследования случай-контроль и другие обзоры.

В общей сложности первоначально были идентифицированы 640 публикаций с использованием вышеупомянутых поисковых терминов. Из них 24 (3,75%) публикации соответствовали критериям включения. Публикации включали по типу вмешательств: ГСГ – 3 (12,5%); гистероскопия – 7 (29,2%); лапароскопия – 4 (16,7%); ИС – 5 (20,8%); пункция ооцитов – 4 (16,7%) и перенос эмбрионов – 1 (4,2%). Систематический обзор проводился в соответствии с руководящими принципами предпочтительной отчетности для систематических обзоров и мета-анализов (PRISMA) [11]. На рисунке представлена стратегия поиска публикаций.

5. Перед проведением ВРТ

До проведения ВРТ обычно проводится тщательная оценка матки и придатков, включающая в себя бимануальное обследование и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. Кроме того, предыдущие ГСГ-плёнки должны быть пересмотрены для выявления нарушений в трубах или матке, таких, как гидросальпинкс и дефекты заполнения контрастом [12]. Чтобы исключить внутриматочные поражения, такие, как полипы или лейомиомы, дополнительная оценка полости матки может быть проведена при трансвагинальном УЗИ в середине цикла или ЭС [12]. Любые аномальные на-

ходки, отмеченные при проведении УЗИ в середине цикла или при ИС, в дальнейшем оцениваются при гистероскопии, которая является золотым стандартом для исследования полости матки [13]. Аналогичным образом при лапароскопии следует исследовать внематочные поражения, выявленные при ГСГ (например гидросальпинкс, перитубарные спайки или эндометриомы) [14].

5.1. Гистеросальпингография

5.1.1. Краткое описание техники.

ГСГ позволяет визуализировать полость матки и маточные трубы при введении контрастных средств с последующей рентгенологической визуализацией [15]. Доступ к полости матки осуществляется в асептических условиях, после чего при рентгеноскопической визуализации вводят небольшой объем (10–30 мл) контрастного вещества для визуализации структур, которые будут отображаться [15, 16]. Метод также может использоваться при подозрении на патологию эндометрия [15, 16], хотя чаще всего ГСГ используется для оценки проходимости маточных труб и верификации бесплодия трубно-перитонеального генеза.

5.1.2. Антибиотикопрофилактика.

Несмотря на редкость, ХВЗОМТ после ГСГ возникают в 2% от числа всех процедур [17, 18]. Считается, что большинство ХВЗОМТ возникает вследствие восходящего инфицирования из нижних отделов половых путей с проникновением через цервикальный барьер. Авторы ретроспективного обзора последствий ГСГ у 116 женщин сообщили о пятидесятипроцентной распространенности ХВЗОМТ после ГСГ у пациенток с подтвержденной хламидийной инфекцией на время проведения процедуры [17]. По этой причине важно проводить скрининг пациенток с повышенным риском ХВЗОМТ до начала процедуры. ГСГ также не следует выполнять у пациенток с подозрением на наличие активных тазовых инфекций или гнойный цервицит.

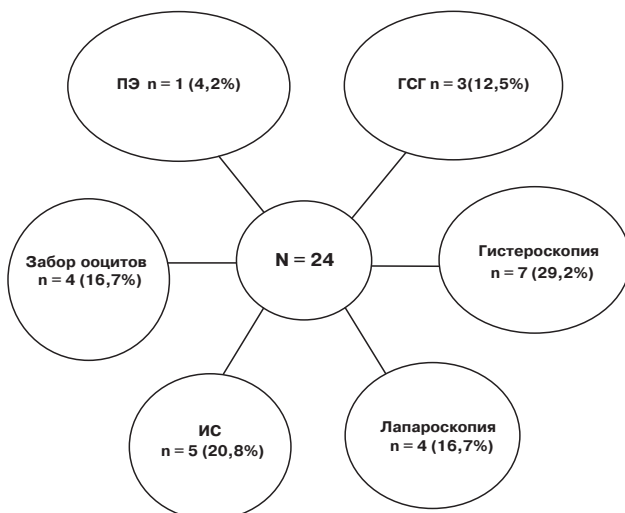
Дилатация труб также признана фактором риска развития ХВЗОМТ после ГСГ. Ретроспективный обзор 278 ГСГ выявил 11% риск ХВЗОМТ у пациенток с расширением маточных труб по сравнению с 1,4% в популяции в целом [18]. Кроме того, не было отмечено случаев ХВЗОМТ после ГСГ у пациенток с нормальной анатомией маточных труб. Также не было отмечено случаев ХВЗОМТ после ГСГ у пациенток с гидросальпинксами, которые профилактически получали доксициклин [2].

Исходя из представленных данных, пациенты с риском развития инфекций нижних отделов половых путей, включая Chlamydia trachomatis и Neisseria gonorrhoeae, должны подвергаться скринингу и лечению до проведения ГСГ, однако у пациенток, не имеющих в анамнезе эпизодов ХВЗОМТ, ГСГ может быть проведена без антибиотикопрофилактики [2]. Если ГСГ демонстрирует расширенные маточные трубы, следует назначить пероральный доксициклин (100 мг два раза в день в течение 5 дней) для снижения риска развития воспалительных осложнений после ГСГ [2]. У пациенток с эпизодами ХВЗОМТ доксициклин можно назначать до ГСГ и продолжать, если расширенные маточные трубы обнаружены во время ГСГ [2].

5.2. Инфузионная сонография

5.2.1. Краткое описание техники.

ИС включает в себя визуализацию полости матки с проведением УЗИ в режиме реального времени с одновременным введением стерильного физиологического раствора в матку [19]. Во влагалище вводится вагинальное зеркало, а шейка матки очищается антисептическим раствором [20]. Перед введением в полость матки 3,5 мм катетер заполняется стерильным физиологическим раствором, что уменьшает ко-



личество воздуха, попадающего в полость матки [20]. Как только катетер введен в полость матки, зеркало удаляют и проводят трансвагинальное УЗИ [20]. Стерильный физиологический раствор медленно вводят в полость матки при прямой сонографической визуализации с использованием 20 мл шприца, прикрепленного к катетеру [20]. Добавление внутриматочной контрастности (физиологический раствор) повышает диагностическую точность трансвагинального УЗИ [14] и позволяет оценить аномалии полости матки, наличие полипов, лейомиом и спаек [21–23].

5.2.2. Антибиотикопрофилактика.

Инфекционные осложнения после ИС являются редкими [10, 20]. Низкое внутриматочное давление без фиксации катетера и небольшое количество жидкости, используемой для оценки полости матки, обычно сводит к минимуму риск заражения [20]. Авторы ретроспективного исследования с участием 1153 пациентов, которым проводилась ИС [24], сообщили о 9 случаях лихорадки в течение нескольких дней после процедуры. У четырех пациентов наблюдалось спонтанное разрешение лихорадки в течение 24 часов, а оставшимся пяти потребовалось проведение антибактериальной терапии. Из них у двух пациенток развился перитонит, потребовавший хирургического вмешательства. В другом исследовании с участием 81 пациентки, которым проводилась ИС по поводу постклимактерического кровотечения [25], авторы сообщили о 2 случаях постпроцедурного эндометрита, потребовавших проведения антибиотикотерапии. Наконец, в одном из сообщений [10] после проведения ИС в рамках диагностики причин бесплодия описано возникновение двусторонних тубовариальных абсцессов у женщины без истории заболеваний, передающихся половым путем, или ХВЗОМТ.

Таким образом, антибиотикопрофилактика при проведении ИС в настоящее время не рекомендуется, хотя решение должно основываться на индивидуальном риске развития ХВЗОМТ [2]. Некоторые исследователи предполагают, что все пациентки, которым проводится ИС при лечении бесплодия, должны получать антибиотикопрофилактику [20, 26]. У пациенток с наличием гидросальпинксов при проведении ИС рекомендуется проведение антибиотикопрофилактики [19]. ИС не следует выполнять у женщин с подозрением на беременность или у женщин с острыми воспалительными заболеваниями половых органов или тазовой болью невыясненной этиологии [19].

5.3. Гистероскопия

5.3.1. Краткое описание техники.

Гистероскопия является золотым стандартом для оценки полости матки в случаях аномального маточного кровотечения и бесплодия, а также привычной потери беременности [13, 27]. Эта процедура может быть выполнена в стационаре или в амбулаторных условиях; выбор обычно зависит от предпочтения пациента, умения врача и доступности оборудования [9, 28]. В настоящее время доступны несколько диагностических систем, таких, как жесткие и гибкие камеры малого диаметра, а также оперативные системы, в том числе монополярная петлевая [13], биполярные системы [29], микроножницы или пинцеты [13] и гистероскопические морцелляторы [30], которые используются в зависимости от предполагаемой сложности гистероскопической операции. Стерильный физиологический раствор, глицин и углекислый газ (CO₂) являются наиболее часто используемыми растягивающими средами для гистероскопии. После стерильной хирургической подготовки влагалища гистероскопия проводится путем фиксации передней губы шейки матки с последующим расширением шейки матки до требуемого диаметра, введением гистероскопа и растяжением полости матки с по-

мощью растягивающих сред [13]. Также существуют атравматические гистероскопические методики с использованием вагиноскопического подхода [27, 31, 32].

5.3.2. Антибиотикопрофилактика.

Как и при любом хирургическом вмешательстве, гистероскопия несет риск инфицирования, однако риск невысокий и находится в диапазоне от 0,18 до 0,55% [2]. В одном из ретроспективных когортных исследований сообщалось о 3 (1,5%) случаях тяжелой инфекции тазовых органов среди 200 пациенток, подвергшихся оперативной гистероскопии без антибиотикопрофилактики, однако у всех пациенток с постхирургическими инфекциями имелась предыстория ХВЗОМТ [33]. В другом крупном ретроспективном исследовании с оценкой 2116 оперативных гистероскопий авторы сообщили о 30 (1,42%) случаях послеоперационных воспалительных осложнений [34], из которых в 18 (0,85%) случаях наблюдался эндометрит, в то время как остальные были представлены инфекциями мочевых путей. Что касается эндометрита, то в шестнадцати случаях развитие осложнения было ранним, а при микробиологическом исследовании были обнаружены *Streptococcus D* и *Staphylococcus aureus* (по 2 случая). Шести пациенткам не проводилось микробиологическое исследование, а у остальных 6 пациенток патогены не были выделены. В 2 случаях позднего эндометрита микробиологическое исследование показало наличие *Streptococcus D* в одном случае и полимикробной флоры – в другом случае. Все пациентки с эндометритом получали антибиотикотерапию.

В проспективном исследовании изучалась эффективность антибиотикопрофилактики амоксициллином и клавуланатом для профилактики бактериемии во время гистероскопии [35]. В этом исследовании, проведенном с участием 166 пациенток, исследователи рандомизировали 55 пациенток для получения 1,2 г внутривенных антибиотиков и 61 пациентку, не получавших антибиотиков до гистероскопии. Посевы крови, собранные в конце процедуры, показали увеличение частоты бактериемии в группе без антибиотиков (16%) по сравнению с группой, принимавшей антибиотик (2%). Несмотря на различия в частоте бактериемии, разницы в частоте послеоперационной инфекции отмечено не было, что позволило исследователям предположить, что большая часть выделенных микроорганизмов может быть вызвана контаминацией.

В других исследованиях не было отмечено влияния антибиотикопрофилактики или ее отсутствия на развитие воспалительных осложнений. В рандомизированном исследовании Kasius и соавторов [36] с участием 631 женщины, проходивших диагностическую гистероскопию, не обнаружили существенной разницы в частоте послеоперационных инфекций при проведении антибактериальной профилактики или без нее. Аналогичным образом, Gregoriou с соавторами в рандомизированном контролируемом исследовании (364 женщины) [37] не обнаружили существенной разницы в частоте послеоперационных инфекций между женщинами, получившими антибиотикопрофилактику, и теми, кто ее не получал. В многоцентровом двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с участием 1046 пациенток, которым проводилась гистероскопия, Narri с соавторами [38] оценивали защитный эффект антибиотикопрофилактики. Пациенты были рандомизированы для получения 1 г цефазолина внутримышечно ($n=523$) или плацебо ($n=523$) до операции. Исследователи установили общий уровень инфицирования 1,15% ($n=12$) без статистической разницы между исследуемой или контрольной группами. Основываясь на этих опубликованных исследованиях, большинство профессиональных сообществ рекомендуют не проводить рутинную антибиотикопрофилактику при гистероскопии в общей популяции пациентов [2, 13].

Резюме доказательств, относящихся к схемам антибиотикопрофилактики для гинекологических вмешательств до и во время ВРТ

Вмешательство	Рекомендации по антибиотикопрофилактике
Гистеросальпингография (ГСГ)	Антибиотикопрофилактика не рекомендуется у пациенток без ХВЗОМТ в анамнезе Если при ГСГ выявлено расширение маточных труб (гидросальпинксы), следует назначать доксициклин по 100 мг дважды в день в течение 5 дней перорально. У пациенток с историей ХВЗОМТ доксициклин следует назначать до процедуры и продолжать, если были выявлены гидросальпинксы
Инфузионная сонография	Рутинное проведение антибиотикопрофилактики сегодня не рекомендуется, хотя она должна основываться на индивидуальном риске развития ХВЗОМТ У пациенток с обнаруженными гидросальпинксами рекомендуется антибиотикопрофилактика
Гистероскопия	Рутинная антибиотикопрофилактика не рекомендуется
Лапароскопия	Антибиотикопрофилактика не рекомендуется для лапароскопических процедур, которые не предусматривают прямого доступа из брюшной полости в полость матки или влагалище Если во время хромогидротубации отмечаются аномальные или расширенные маточные трубы, следует проводить послеоперационную профилактику доксициклином
Забор ооцитов	Антибиотикопрофилактика (2 г цефокситина внутривенно) рекомендуется у пациенток с эндометриозом, ХВЗОМТ, перфоративным аппендицитом или множественными предшествующими хирургическими вмешательствами на органах малого таза
Перенос эмбрионов	Рутинная антибиотикопрофилактика не рекомендуется

5.4. Лапароскопия

5.4.1. Краткое описание техники.

В современной клинической практике лапароскопия обычно проводится для окончательного диагноза эндометриоза перед проведением ВРТ [14]. Во многих случаях лапароскопия с удалением гидросальпинкса выполняется для увеличения эффективности лечения ВРТ [39, 40]. Диагностическая лапароскопия обычно начинается с помещения пациента в положение дорсальной литотомии, подготовки операционного поля и драпировки с последующим введением катетера Фолея. При необходимости также можно использовать назогастральный зонд и маточный манипулятор. Далее следует вскрытие фасции в области пупка под визуальным контролем или слепым методом с использованием иглы Veress в области пупка или левого верхнего квадранта живота. После инсуффляции брюшной полости CO₂, три 5 мм троакара помещаются в пупочный, правый и левый нижние квадранты брюшной полости. Через пупочный порт вводится лапароскоп 0° или 30° 5 мм. При необходимости используются вспомогательные инструменты через другие пятимиллиметровые порты. Также во время диагностической лапароскопии может быть проведена хромогидротубация [2].

5.4.2. Антибиотикопрофилактика.

За последнее десятилетие лапароскопия стала популярна среди гинекологов из-за лучшего косметического эффекта и более легкого послеоперационного периода по сравнению с лапаротомией. По сравнению с обычной лапаротомией для доброкачественных гинекологических заболеваний лапароскопическая хирургия имеет низкий уровень послеоперационных инфекций [41]. Лапароскопические процедуры можно разделить на чистые или условно чистые (включающие вход в полость матки или влагалища) [2, 4]. Хотя большинство данных свидетельствуют о том, что при чистых лапароскопических процедурах антибиотикопрофилактика не требуется [2, 4], недавний обзор практической хирургии в гинекологии показал, что 54% практикующих врачей в этих случаях продолжают использовать обычную антибиотикопрофилактику [42].

В 2005 году в плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании с участием 450 женщин, подвергшихся лапароскопии, исследовался эффект приема одной дозы цефалоспоринового первого поколения или плацебо до операции при распределении пациенток по группам случайным образом [43]. Никакой существенной разницы не было обнаружено ни

в частоте послеоперационной инфекции, ни в среднем времени госпитализации. Это свидетельствует о том, что нет никакой пользы от рутинной антибиотикопрофилактики при лапароскопии. В поддержку этих результатов в 2010 году когортное исследование, включающее 300 женщин, не обнаружило существенного различия в показателе послеоперационных инфекций между женщинами, получавшими 2 г цефазолина до операции, и теми, кто не получал антибиотикопрофилактику [44]. Недавнее плацебо-контролируемое рандомизированное исследование аналогичным образом обнаружило, что в группе из 218 пациентов, подвергшихся лапароскопии при неосложненных гинекологических состояниях, не было зафиксировано значительного снижения частоты послеоперационных инфекций при проведении антибиотикопрофилактики [45]. Исходя из результатов вышеупомянутых исследований, антибиотикопрофилактику не рекомендуется применять при чистых лапароскопических операциях [2, 4]. Кроме того, так же, как и при ГСГ, если во время хромогидротубации отмечаются аномальные или расширенные маточные трубы, следует рассмотреть возможность послеоперационной профилактики с доксициклином [2].

6. Проведение ВРТ

6.1. Забор ооцитов

6.1.1. Краткое описание техники.

На начальном этапе развития ВРТ большинство заборов ооцитов проводили лапароскопически с использованием общей анестезии [45]. Однако сегодня трансвагинальный забор ооцитов под контролем УЗИ с использованием седации или местной анестезии стал рутинным методом [46, 47]. Хотя седация является наиболее распространенной формой анестезии для забора ооцитов, иногда используется местная, спинальная, эпидуральная или общая анестезия [12]. Заборы ооцитов выполняются в положении дорсальной литотомии, после подготовки влагалища и промежности раствором повидона-йода или гексахлорафена и обильным орошением стерильным физиологическим раствором [12]. Для визуализации яичников используется высокочастотный трансвагинальный УЗИ с прикрепленной направляющей для иглы. Для прокола фолликулов с помощью иглы используется 30 см, 16 G, однопросветная или двухпросветная аспирационная игла [12], а постоянное отрицательное давление 80–100 мм рт.ст. помогает в сборе фолликулярной жидкости [12].

6.1.2. Антибиотикопрофилактика.

Общая распространенность инфекции после забора ооцитов оценивается примерно в 0,4% [48, 49]. В большинстве случаев инфекции тазовых органов после извлечения ооцитов отмечались у пациенток с эндометриозом, вероятно, из-за наличия тазовых спаек [50, 51]. В нашем центре обычно вводится цефокситин внутривенно в дозе 2 г до извлечения ооцитов в качестве профилактики у всех пациенток с историей эндометриоза, ХВЗОМТ, перфоративным аппендицитом в анамнезе или несколькими предшествующими хирургическими вмешательствами [12]. Все доноры ооцитов также получают вышеупомянутую антибактериальную профилактику до извлечения ооцитов [12]. Однако в настоящее время недостаточно проспективных исследований для однозначного подтверждения эффективности такого режима антибиотикопрофилактики.

6.2. Перенос эмбрионов

6.2.1. Краткое описание техники.

Процедура переноса эмбрионов (ПЭ) является, пожалуй, наиболее важным этапом ВРТ [12]. Основной целью ПЭ является перенос качественных эмбрионов на 3-й день или blastocysts на 5–6-й день в полость матки атравматичным способом, чтобы максимизировать шансы на имплантацию [12]. Хотя для проведения ПЭ в различных клиниках ВРТ используются различные коммерчески доступные катетеры, наиболее предпочтительными остаются специальные ПЭ-катетеры [12]. При выполнении ПЭ пациент помещается в положение дорсальной литотомии, а во влагалище размещается зеркало соответствующего размера [12]. Шейка очищается, а избыточная цервикальная слизь атравматически удаляется, чтобы уменьшить возможность восходящего инфицирования [12]. Катетер загружается эмбрионами, а затем вставляется в полость матки через канал шейки матки. При ПЭ может быть полезен ультразвуковой контроль, особенно у пациенток с предыдущими родами методом кесарева сечения или лейомиомой матки. После переноса эмбриона(ов) катетер медленно выводится из матки [12].

6.2.2. Антибиотикопрофилактика.

В дополнение к техническим аспектам на процесс переноса эмбрионов может влиять микрофлора половых путей [52]. Клинически тазовые инфекции редко встречаются после ПЭ [53], однако имеются некоторые свидетельства того, что увеличение эндоцервикальной микробной колонизации во время ПЭ связано с более низкой частотой беременности [54–56].

На сегодня в одном систематическом обзоре была проведена оценка эффективности и безопасности профилактиче-

ского применения антибиотиков до ПЭ во время проведения циклов ВРТ [52]. Хотя авторы идентифицировали 4 исследования, только одно [57] было включено в окончательный анализ: проспективное исследование с участием 350 пациенток, рандомизированных на две группы – с использованием комбинации перорального амоксициллина (500 мг) и клавуланата (125 мг) за день до и в день ПЭ или без использования антибиотиков. Несмотря на то что антибиотики уменьшали уровень инфицирования катетером для ПЭ, не было зафиксировано различий в частоте инфекций или клинической беременности. Таким образом, нет данных в поддержку рутинной антибиотикопрофилактики при ПЭ.

7. Резюме текущих доказательств

В таблице 1 на основе опубликованных данных приведены схемы антибиотикопрофилактики при проведении гинекологических вмешательств до и во время ВРТ [2, 3, 8, 49, 52].

8. Выводы

Клиницистам важно оценить, когда необходимо назначать антибиотикопрофилактику и когда это неуместно. Обоснованное использование антибиотиков уменьшит риск возникновения инфекционных послеоперационных осложнений и может свести к минимуму развитие антибиотикорезистентности микроорганизмов. Хотя рутинная антибиотикопрофилактика не рекомендуется для гинекологических вмешательств низкого инфекционного риска, связанных с ВРТ, оценка отдельных факторов риска по-прежнему имеет решающее значение. Для трансцервикальных процедур, таких, как ГСГ, ИС, гистероскопия, перенос эмбрионов и хромогидротубация, пациентки с риском развития тазовых инфекций должны подвергаться скринингу и лечению до проведения вмешательств. Пациентки с ХВЗОМТ в анамнезе или расширенными маточными трубами (гидросальпиксами) подвергаются высокому риску развития постпроцедурных воспалительных осложнений, и следует внимательно изучать риски и преимущества антибиотикопрофилактики у этих пациенток. Для трансвагинальных процедур, таких, как забор ооцитов, рекомендуется антибиотикопрофилактика у пациенток с эндометриозом, ХВЗОМТ, перфоративным аппендицитом или множественными предшествующими операциями на тазовых органах в анамнезе.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что не существует конфликта интересов в отношении публикации этого документа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. S. Sunderam, D.M. Kissin, S.B. Crawford et al., «Assisted reproductive technology surveillance—United States, 2012», MMWR Surveillance Summaries, vol. 64, supplement 6, pp. 1–29, 2015.
2. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology, «ACOG practice bulletin no. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures», Obstetrics & Gynecology, vol. 113, no. 5, pp. 1180–1189, 2009.
3. I. Sirota, S. M. Zarek, and J. H. Segars, «Potential influence of the microbiome on infertility and assisted reproductive technology», Seminars in Reproductive Medicine, vol. 32, no. 1, pp. 35–42, 2014.
4. N. Van Eyk, J. van Schalkwyk, and Infectious Diseases Committee, «Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures», Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 34, no. 4, pp. 382–391, 2012.
5. W.J. Ledger, «Prophylactic antibiotic use in obstetrics-gynecology: a current assessment, a future liability?» Expert Review of Anti-Infective Therapy, vol. 4, no. 6, pp. 957–964, 2006.
6. D. L. Hemsell, «Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery», Reviews of Infectious Diseases, vol. 13, no. 10, pp. S821–S841, 1991.
7. M. Y. Morrill, M. O. Schimpf, H. Abed et al., «Antibiotic prophylaxis for selected gynecologic surgeries», International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 120, no. 1, pp. 10–15, 2013.
8. J. Inkhamrop, M. Laopaiboon and P. Lumbiganon, «Prophylactic antibiotics for transcervical intrauterine procedures», Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 5, Article ID CD005637, 2013.
9. J. D. Wright, K. Hassan, C. V. Ananth et al., «Use of guideline-based antibiotic prophylaxis in women undergoing gynecologic surgery», Obstetrics and Gynecology, vol. 122, no. 6, pp. 1145–1153, 2013.
10. V. I. Shavell, I. P. Le, and F. D. Yellian, «Tuboovarian abscess after saline infusion sonohysterography: an unusual complication», Journal of Minimally Invasive Gynecology, vol. 16, no. 5, pp. 652–654, 2009.
11. A. Liberati, D. G. Altman, J. Tetzlaff et al., «e PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration», e British Medical Journal, vol. 339, article b2700, 2009.
12. J. Y. Huang and Z. Rosenwaks, «Assisted reproductive techniques», in Human Fertility: Methods and Protocols, pp. 171–231, Springer, New York, NY, USA, 1st edition, 2014.
13. American Association of Gynecologic Laparoscopists, «AAGL practice report:

- practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps», *e Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 19, no. 1, pp. 3–10, 2012.
14. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, «Endometriosis and infertility: a committee opinion», *Fertility and Sterility*, vol. 98, no. 3, pp. 591–598, 2012.
15. ACR Practice Parameter for the Performance of Hysterosalpingography Res. 50-2011, Amended 2014 (Res. 39), 2015, <http://www.acr.org/Quality-Safety/Standards-Guidelines/Practice-Guidelines-by-Modality/Radiography>.
16. N. Pereira, A. C. Petrini, J. P. Lekovich, R. T. Elias, and S. D. Spandorfer, «Surgical management of endometrial polyps in infertile women: a comprehensive review», *Surgery Research and Practice*, vol. 2015, Article ID 914390, 7 pages, 2015.
17. B. R. Miller, J. Allen, B. To, K. B. Hansen, and D. Taylor-Robinson, «Pelvic inflammatory disease after hysterosalpingography associated with Chlamydia trachomatis and Mycoplasma hominis», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 91, no. 12, pp. 1181–1187, 1984.
18. D. E. Pittaway, A. C. Winfield, W. Maxson, J. Daniell, C. Herbert, and A. C. Wentz, «Prevention of acute pelvic inflammatory disease after hysterosalpingography: efficacy of doxycycline prophylaxis», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 147, no. 6, pp. 623–626, 1983.
19. American College of Obstetrics and Gynecologist Technology Assessment, «Saline infusion sonohysterography», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 84, no. 1, pp. 95–98, 2004.
20. L. M. Hill, «Saline Infusion Sonohysterography», 2015, <https://iame.com/saline-infusion-sonohysterography.html>
21. S. Seshadri, T. El-Toukhy, A. Douiri, K. Jayaprakasan, and Y. Khalaf, «Diagnostic accuracy of saline infusion sonography in the evaluation of uterine cavity abnormalities prior to assisted reproductive techniques: a systematic review and meta-analysis», *Human Reproduction Update*, vol. 21, no. 2, pp. 262–274, 2015.
22. F. W. Jansen, C. D. de Kroon, H. van Dongen, C. Grooters, L. Louwe, and T. Trimbos-Kemper, «Diagnostic hysteroscopy and saline infusion sonography: prediction of intrauterine polyps and myomas», *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 13, no. 4, pp. 320–324, 2006.
23. C. H. Syrop and V. Sahakian, «Transvaginal sonographic detection of endometrial polyps with uid contrast augmentation», *Obstetrics & Gynecology*, vol. 79, no. 6, pp. 1041–1043, 1992.
24. S. Dessole, M. Farina, G. Rubattu, E. Cosmi, G. Ambrosini, and G. B. Nardelli, «Side effects and complications of sonohysterosalpingography», *Fertility and Sterility*, vol. 80, no. 3, pp. 620–624, 2003.
25. T. J. Dubinsky, H. R. Parvey, G. Gormaz, M. Curtis, and N. Maklad, «Transvaginal hysterosonography: comparison with biopsy in the evaluation of postmenopausal bleeding», *Journal of Ultrasound in Medicine*, vol. 14, no. 12, pp. 887–893, 1995.
26. L. Bonnamy, H. Marret, F. Perrotin, G. Body, C. Berger, and J. Lansac, «Sonohysterography: a prospective survey of results and complications in 81 patients», *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 102, no. 1, pp. 42–47, 2002.
27. A. Di Spiezio Sardo, A. Taylor, P. Tsirkas, G. Mastrogamvrakis, M. Sharma, and A. Magos, «Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5,000 outpatient hysteroscopies», *Fertility and Sterility*, vol. 89, no. 2, pp. 438–443, 2008.
28. N. A. Cooper, T. J. Clark, L. Middleton et al., «Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomised controlled non-inferiority study», *British Medical Journal*, vol. 350, pp. h1398–h1398, 2015.
29. A. Golan, R. Sagiv, M. Berar, S. Ginath, and M. Glezerman, «Bipolar electrical energy in physiologic solution—a revolution in operative hysteroscopy», *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, vol. 8, no. 2, pp. 252–258, 2001.
30. M. H. Emanuel and K. Wamsteker, «e Intra Uterine Morcellator: a new hysteroscopic operating technique to remove intrauterine polyps and myomas», *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 12, no. 1, pp. 62–66, 2005.
31. P. Litta, E. Cosmi, C. Saccardi, C. Esposito, R. Rui, and G. Ambrosini, «Outpatient operative polypectomy using a 5 mm hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: advantages and limits», *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 139, no. 2, pp. 210–214, 2008.
32. N. Pluchino, F. Ninni, S. Angionietal., «Ocevaginoscopic hysteroscopy in infertile women: effects of gynecologist experience, instrument size, and distention medium on patient discomfort», *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 17, no. 3, pp. 344–350, 2010.
33. V. M. McCausland, G. A. Fields, A. M. McCausland, and D. E. Townsend, «Tuboovarian abscesses after operative hysteroscopy», *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, vol. 38, no. 3, pp. 198–200, 1993.
34. A. Agostini, L. Cravello, R. Shojai, I. Ronda, V. Roger, and B. Blanc, «Postoperative infection and surgical hysteroscopy», *Fertility and Sterility*, vol. 77, no. 4, pp. 766–768, 2002.
35. S. Bhattacharya, D. E. Parkin, T. M. S. Reid, D. R. Abramovich, J. Mollison, and H. C. Kitchener, «A prospective randomised study of the effects of prophylactic antibiotics on the incidence of bacteraemia following hysteroscopic surgery», *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, vol. 63, no. 1, pp. 37–40, 1995.
36. J. C. Kasius, F. J. Broekmans, B. C. Fauser, P. Devroey, and H. M. Fatemi, «Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy: evaluation of the uterine cavity», *Fertility and Sterility*, vol. 95, no. 2, pp. 792–794, 2011.
37. O. Gregoriou, P. Bakas, C. Grigoriadis, M. Creatsa, C. Sofoudis, and G. Creatsas, «Antibiotic prophylaxis in diagnostic hysteroscopy: is it necessary or not?» *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 163, no. 2, pp. 190–192, 2012.
38. L. Nappi, A. Di Spiezio Sardo, M. Spinelli et al., «A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess whether antibiotic administration should be recommended during office operative hysteroscopy», *Reproductive Sciences*, vol. 20, no. 7, pp. 755–761, 2013.
39. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons, «Salpingectomy for hydrosalpinx prior to in vitro fertilization», *Fertility and Sterility*, vol. 90, no. 5, supplement, pp. S66–S68, 2008.
40. N. Johnson, S. van Voorst, M. C. Sowter, A. Strandell, and B. W. Mol, «Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 1, Article ID CD002125, 2010.
41. A. Darzi and S. Mackay, «Recent advances in minimal access surgery», *British Medical Journal*, vol. 324, no. 7328, pp. 31–34, 2002.
42. M. O. Schimpf, M. Y. Morrill, R. U. Margulies, R. M. Ward, C. L. Carberry, and V. W. Sung, «Surgeon practice patterns for antibiotic prophylaxis in gynecologic surgery», *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, vol. 18, no. 5, pp. 281–285, 2012.
43. I. Kocak, C. Ustün, B. Emre, and A. Uzel, «Antibiotics prophylaxis in laparoscopy», *Ceska Gynekologie*, vol. 70, no. 4, pp. 269–272, 2005.
44. P. Litta, G. Sacco, D. Tsiroglou, E. Cosmi, and A. Ciavattini, «Is antibiotic prophylaxis necessary in elective laparoscopic surgery for benign gynecologic conditions?» *Gynecologic and Obstetric Investigation*, vol. 69, no. 2, pp. 136–139, 2010.
45. P. C. Steptoe and R. G. Edwards, «Laparoscopic recovery of preovulatory human oocytes after priming of ovaries with gonadotrophins», *Lancet*, vol. 295, no. 7649, pp. 683–689, 1970.
46. S. Lenz and J. G. Lauritsen, «Ultrasonically guided percutaneous aspiration of human follicles under local anesthesia: a new method of collecting oocytes for in vitro fertilization», *Fertility and Sterility*, vol. 38, no. 6, pp. 673–677, 1982.
47. S. Lenz, J. G. Lauritsen, and M. Kjellow, «Collection of human oocytes for in vitro fertilisation by ultrasonically guided follicular puncture», *Lancet*, vol. 317, no. 8230, pp. 1163–1164, 1981.
48. K. N. Maxwell, I. N. Chilst, and Z. Rosenwaks, «The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation», *Fertility and Sterility*, vol. 90, no. 6, pp. 2165–2171, 2008.
49. E. B. Weinreb, I. N. Chilst, W. J. Ledger, R. B. Danis, and Z. Rosenwaks, «Should all oocyte donors receive prophylactic antibiotics for retrieval?» *Fertility and Sterility*, vol. 94, no. 7, pp. 2935–2937, 2010.
50. A. Moini, K. Riaz, V. Amid et al., «Endometriosis may contribute to oocyte retrieval-induced pelvic inflammatory disease: report of eight cases», *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 22, no. 7, pp. 307–309, 2005.
51. B. Romero, L. Aibar, L. Martínez Navarro, J. Fontes, M. A. Calderon, and J. Mozas, «Pelvic abscess after oocyte retrieval in women with endometriosis: a case series», *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, vol. 11, no. 8, pp. 677–680, 2013.
52. B. Kroon, R. J. Hart, B. M. S. Wong, E. Ford, and A. Yazdani, «Antibiotics prior to embryo transfer in ART», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, Article ID CD008995, 2012.
53. E. Sowerby and J. Parsons, «Prevention of iatrogenic pelvic infection during in vitro fertilization—current practice in the UK», *Human Fertility*, vol. 7, no. 2, pp. 135–140, 2004.
54. R. Fanchin, A. Harmas, F. Benaoudia, U. Lundkvist, F. Olivennes, and R. Frydman, «Microbial flora of the cervix assessed at the time of embryo transfer adversely affects in vitro fertilization outcome», *Fertility and Sterility*, vol. 70, no. 5, pp. 866–870, 1998.
55. D. E. Moore, M. R. Soules, N. A. Klein, V. Y. Fujimoto, K. J. Agnew, and D. A. Eschenbach, «Bacteria in the transfer catheter tip influence the live-birth rate after in vitro fertilization», *Fertility and Sterility*, vol. 74, no. 6, pp. 1118–1124, 2000.
56. R. Salim, I. Ben-Shlomo, R. Colodner, Y. Keness, and E. Shalev, «Bacterial colonization of the uterine cervix and success rate in assisted reproduction: results of a prospective survey», *Human Reproduction*, vol. 17, no. 2, pp. 337–340, 2002.
57. N. Brook, Y. Khalaf, A. Coomarasamy, J. Edgeworth, and P. Braude, «A randomized controlled trial of prophylactic antibiotics (co-amoxiclav) prior to embryo transfer», *Human Reproduction*, vol. 21, no. 11, pp. 2911–2915, 2006.

Визначення рівня експресії рецепторів стероїдних гормонів у поліпах ендометрія у жінок у постменопаузальний період

М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, С.В. Грідчин, В.С. Єляшович, І.В. Сокол, В.О. Берестовий, Р.М. Ворона
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті наведені результати дослідження з визначення експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах ендометрія у жінок у період постменопаузи. **Мета дослідження:** визначення рівня експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах ендометрія у жінок у період постменопаузи, а також рівня відповідних гормонів у крові.

Матеріали та методи. Був проведений проспективний аналіз 39 випадків залозистих поліпів ендометрія та фрагментів здорового ендометрія у жінок у постменопаузальний період – віком від 45 до 65 років. У жінок визначали рівень прогестерону та естрадіолу у сироватці крові, методом імуногістохімії – експресію естрогенових та прогестеронових рецепторів у стромі, залозах поліпів ендометрія та незміненому ендометрії.

Результати. Отримані дані свідчать про те, що у залозах поліпів виявлено більш виражену експресію естрогенових та прогестеронових рецепторів, ніж у залозах незміненого ендометрія. Експресія естрогенових рецепторів була вищою у стромі поліпів порівняно зі стромою ендометрія.

Заключення. Отримані результати свідчать, що дослідження експресії стероїдних рецепторів можуть бути критерієм для визначення злоякісного потенціалу поліпів у жінок у постменопаузальний період.

Ключові слова: імуногістохімічне дослідження, гістероскопія, рівень рецепторів естрогену та прогестерону, постменопауза, поліп ендометрія.

Гіперплазія ендометрія (ГЕ) – це передракова нефізіологічна неінвазивна проліферація ендометрія, що характеризується змінами залозистої архітектури (формою та розмірами) із співвідношенням ендометріальної залози до стромі 1:1 [9, 12]. Сьогодні у країнах Заходу спостерігається приблизно 200 000 нових випадків захворювання на ГЕ на рік [20]. У більшості випадків ГЕ виникає на тлі наявності хронічного впливу естрогену на ендометрій [9].

Етіопатогенез гіперпластичних процесів ще цілком не з'ясовано, хоча ці фокусні зростання можуть трансформуватися у рак ендометрія у близько 0,8–4,8% випадків [1, 10, 19, 23]. Деякі дослідження повідомляють про випадки карцином у поліпах ендометрія лише у жінок у постменопаузальний період [4]. У структурі гіперпластичних процесів поліпів ендометрія є патологією, яка становить понад 25% випадків, більшість яких реєструють у жінок пери- та постменопаузального віку [25].

Стандартом діагностики поліпів ендометрія є ультразвукове дослідження (УЗД) у поєднанні з гістерорезектоскопією з подальшим гістологічним та імуногістохімічним дослідженням [11, 14, 16]. Гістероскопічна резекція поліпів під контролем зору є безпечним, простим і кращим методом видалення поліпів ендометрія [2, 17]. Метод імуногістохімії дозволяє визначити експресію ядерних стероїдних рецепторів, через стимуляцію яких відбувається поширення та диференціювання ендометрія [15].

Мета дослідження: визначення рівня експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах

ендометрія у жінок у період постменопаузи, а також рівня відповідних гормонів у крові.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Був проведений проспективний аналіз 39 випадків залозистих поліпів ендометрія та фрагментів здорового ендометрія серед жінок у постменопаузальний період – віком від 45 до 65 років. Усі хворі мали ознаки наявності поліпу ендометрія за даними УЗД. Обстеження проведено згідно з Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

З лікувально-діагностичною метою всім жінкам виконана гістерорезектоскопія в об'ємі поліпектомії та біопсії ендометрія. Пацієнти перед оперативним лікуванням не вживали гормональні ліки протягом щонайменше 6 міс. Додатково всім жінкам визначали рівень прогестерону та естрадіолу у сироватці крові. Усі жінки надали письмову згоду на проведення оперативного лікування та участі у дослідженні.

Оперативне лікування проводили під внутрішньовенним знеболюванням резектоскопом 10 мм Storz (Карл Шторц, Туттінген, Німеччина). Порожнину матки заповнювали розчином глюкози 5% до тиску 100 мм рт.ст. Під контролем гістероскопа видаляли поліпи ендометрія та зразки незміненого ендометрія, які далі вміщували у контейнери з 4% формаліном.

Контейнери зі зразками тканин доправлені до патоморфологічного відділення клініко-діагностичного центру «CSD Health Care» (м. Київ) для подальшого визначення експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів. Експресію визначали у стромі та залозах поліпів ендометрія, а також у фрагментах незміненого ендометрія.

Статистичне оброблення: імуногістохімічну реакцію експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів оцінювали, використовуючи подвійну класифікацію напівкількісного підрахунку ядерної реакції позитивних клітин, тобто відсоткового індексу (1 = 0–25%; 2 = 26–50%; 3 = 51–75%; 4 = 76–100%) та індексу інтенсивності (1 – більшість клітини слабо забарвлені; 2 – більшість клітин мають помірне забарвлення; 3 – більшість клітин сильно забарвлювалися). Остаточний бал був сумою відсоткового індексу та індексу інтенсивності, який коливається від 2 (найслабша реакція) до 7 (найсильніша реакція) [15]. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми MS Excel 2010. Для кількісних ознак використовували оцінювання визначення медіан, середнього квадратичного відхилення та критерію Пірсона.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Видалені поліпи ендометрія були діаметром від 0,4 до 1,0 см. Середній рівень прогестерону сироватки крові становив $0,63 \pm 0,21$ нг/мл, естрадіолу – $5,44 \pm 3,68$ пг/мл. Медіана експресії естрогенових рецепторів становила 7,0 у залозах по-

ліпів і 5,0 – у залозах незміненого ендометрія ($P < 0,01$). Медіана експресії прогестеронових рецепторів була 6,0 і 4,0 ($P < 0,01$) відповідно. Медіана експресії рецепторів естрогену у стромі залозистих поліпів становила 6,5, у стромі здорового ендометрія – 5,5 ($P = 0,021$). Медіана прогестерону – 4,0 і 4,0 ($P = 0,02$).

Поліпи ендометрія є передраковим станом, а розуміння можливого механізму онкогенезу може допомогти у профілактиці онкологічних захворювань. Під час вивчення впливу рівня статевих гормонів на жінок у період постменопаузи виявлено відсутність позитивної кореляції між рівнем естрадіолу та розвитком поліпів [5–8, 22, 24]. Виходячи з цього, вважаємо, що вивчення ролі експресії стероїдних рецепторів є важливим у розумінні механізмів канцерогенезу.

Можливий механізм розвитку доброякісних і карциноматозних поліпів або карциноми ендометрія може відбуватися різними шляхами. Карцинома ендометрія зазвичай має нижчий рівень естрогенових та прогестеронових рецепторів, ніж нормальний ендометрій [21]. Фактором гіршого прогнозу, відповідно до літературних даних, є зменшення експресії стероїдних рецепторів у менш диференційованих пухлинах

[13, 18]. Крім того, у разі зниженої експресії стероїдних рецепторів ризик злоякісності був у шість разів вище порівняно із доброякісними поліпами [3].

ВИСНОВКИ

Дослідження з визначення експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів у залозистих поліпах ендометрія у жінок у період постменопаузи свідчать про більш виражену експресію естрогенових та прогестеронових рецепторів у поліпах, ніж у залозах незміненого ендометрія. Експресія естрогенових рецепторів була вищою у стромі поліпів порівняно зі стромою ендометрія. Наявність високої експресії стероїдних рецепторів у поліпах ендометрія у жінок у період постменопаузи може свідчити про високу чутливість до відповідних гормонів. Цим самим розвиток поліпів може стимулюватись навіть низьким рівнем естрадіолу та прогестерону у периферійній крові.

Отримані результати свідчать про те, що дослідження експресії стероїдних рецепторів можуть бути критерієм для визначення злоякісного потенціалу поліпів у жінок у період постменопаузи.

Определение уровня экспрессии рецепторов стероидных гормонов в полипах эндометрия у женщин в постменопаузальный период
М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.В. Гридчин, В.С. Еляшович, И.В. Сокол, В.О. Берестовой, Р.Н. Ворона

В статье приведены результаты исследования по определению экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в железистых полипах эндометрия у женщин в период постменопаузы.

Цель исследования: определение уровня экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в железистых полипах эндометрия у женщин в период постменопаузы, а также уровня соответствующих гормонов в крови.

Материалы и методы. Был проведен проспективный анализ 39 случаев железистых полипов эндометрия и фрагментов здорового эндометрия у женщин в постменопаузальный период – в возрасте от 45 до 65 лет. Женщинам определяли уровень прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови, методом иммуногистохимии – экспрессию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в строме, железах полипов эндометрия и неизмененном эндометрии.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что в железах полипов выявлено более сильную экспрессию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, чем в железах неизмененного эндометрия. Экспрессия эстрогеновых рецепторов в строме полипов была выше по сравнению со стромой эндометрия.

Заключение. Полученные результаты указывают на то, что исследование экспрессии стероидных рецепторов может быть критерием для определения злокачественного потенциала полипов у женщин в период постменопаузы.

Ключевые слова: иммуногистохимическое исследование, гистероскопия, уровень рецепторов эстрогена и прогестерона, постменопауза, полип эндометрия.

Determination of steroid hormones receptors in endometrial polyps of postmenopausal women
M.V. Makarenko, D.A. Govseev, S.V. Gridchin, V.S. Elyashovich, I.V. Sokol, V.O. Berestovoy, R.N. Vorona

The article presents the results of a study to determine the expression of estrogen and progesterone receptors in glandular polyps of endometrium in women during the postmenopause.

The objective: to determine expression of estrogen and progesterone receptors in glandular endometrial polyps in postmenopausal women and levels of relevant hormones in the serum.

Materials and methods. A prospective analysis of 39 cases of endometrial glandular polyps and fragments of healthy endometrium, in postmenopausal women, aged 45 to 65, was conducted. Levels of progesterone and estradiol in serum were measured. Immunohistochemically determined expression of estrogen and progesterone receptors in the stroma, glands of endometrial polyps and unchanged endometrium.

Results. Our data suggest that polyps have stronger expression of estrogen and progesterone receptors than glands of unchanged endometrium. Expression of estrogen receptors was determined to be superior in the stroma of polyps compared with the stroma of the endometrium.

Conclusion. Our results indicate that evaluation expression of steroid receptors may be a criterion for determining the malignant potential of polyps in postmenopausal women.

Key words: immunohistochemistry, hysteroscopy, estrogen and progesterone receptor, postmenopausal, polyp, endometrium.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Говсеев Дмитрий Александрович – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Гридчин Сергей Васильевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Еляшович Виктория Сергеевна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Сокол Инна Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Берестовой Владислав Олегович – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Ворона Роман Николаевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GC, Tsikouras PN, Liberis VA. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21:180–3. A. Antunes Jr. et al. / *Maturitas* 57 (2007) 415–421.
2. Anda Ortiz D, Gorostiaga Ruiz-Garma A, Villegas Guisasaola I, Mozo-Rosales F, San Roman Sigler V, Martinez AE. Outcomes of endometrial-polyp treatment with hysteroscopy in operating room. *Gynecol Surg* 2008;5:35–9.
3. Antunes A., Vassallo J., Pinheir OA., Leão R., Neto A.M.P., & Costa-Paiva L. (2014). Immunohistochemical expression of estrogen and progesterone receptors in endometrial polyps: A comparison between benign and malignant polyps in postmenopausal patients. *Oncology Letters*, 7(6), 1944–1950.
4. Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;115:206–10.
5. Biron-Shental T, Tepper R, Fishman A, Shapira J, Cohen I. Recurrent endometrial polyps in postmenopausal breast cancer patients on tamoxifen. *Gynecol Oncol* 2003; 90:382–6.
6. Cohen I, Perel E, Flex D, Tepper R, Altaras MM, Cordoba M, et al. Endometrial pathology in postmenopausal tamoxifen treatment: comparison between gynecologically symptomatic and asymptomatic breast cancer patients. *J Clin Pathol* 1999; 5:278–82.
7. Cohen I, Bernheim J, Azaria R, Tepper R, Sharone Y, Beyth Y. Malignant endometrial polyps in postmenopausal breast cancer tamoxifen-treated patients. *Gynecol Oncol* 1999;75:136–41.
8. Cohen I, Azaria R, Shapira J, Dror Y, Tepper R. The significance of secondary ultrasonographic endometrial thickening in postmenopausal tamoxifen-treated women. *Cancer* 2002;94:3101–6.
9. Daud S, Jalil SS, Griffin M, Ewies AA. Endometrial hyperplasia - the dilemma of management remains: a retrospective observational study of 280 women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159:172–175.
10. Goldstein SR, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry P, TimorTritsch I. Evaluation of endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:669–74.
11. Haimov-Kochman R, Deri-Hasid R, Hamani Y, Voss E. The natural course of endometrial polyps: could they vanish when left untreated? *Fertil Steril* 2009;92:828.
12. Horn LC, Schnurbusch U, Bilek K, Hentschel B, Eienkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14:348–353.
13. Ito K, Utsunomiya H, Yaegashi N, Sasano H. Biological roles of estrogen and progesterone in human endometrial carcinoma-new developments in potential endocrine therapy for endometrial cancer. *Endocr J*. 2007;54:667–679.
14. Kamel HS, Darwish AM, Mohamed SA. Comparison of transvaginal ultrasonography and vaginal sonohysterography in the detection of endometrial polyps. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:60–4.
15. Lopes RG, Barakat EC, de Albuquerque Neto LC, Ramos JF, Yatabe S, Depesr DB, Lippi UG (2007) Analysis of estrogen- and progesterone-receptor expression in endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol* 14:300–303.
16. Макаренко М.В., Говсеев Д.О., Грідчин С.В., Ворона Р.М. Алгоритм діагностики доброякісних захворювань матки на основі даних імуногістохімічного аналізу / Здоровье женщины. – 2016. – № 1. – С. 50–52.
17. Mettler L, Wendland E, Patel P, Caballero R, Schollmeyer T. Hysteroscopy: an analysis of 2-years' experience. *JSLs* 2002;6:195–7.32 Preuthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. *Fertil Steril* 2005;83:705–9.
18. Moshin SK, Weiss H, Havighurst T, Clark GM, Beraldo M, Roanhle D, et al. Progesterone receptor by immunohistochemistry and clinical outcome in breast cancer: a validation study. *Mod Pathol*. 2004;17:1545–1554.
19. Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D, Bar J, Ben-Rafael Z, Neri A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:883–6.
20. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Bozkurt U, Akgul MA, Haberal A. Comparison of the efficacy of three progestins in the treatment of simple endometrial hyperplasia without atypia. *Gynecol Obstet Invest*. 2011;72:10–14.
21. Pickartz H, Beckmann R, Fleige B, Due W, Gerdes J, Stein H. Steroid receptors and proliferative activity in non-neoplastic and neoplastic endometria. *Virchows Arch A: Pathol Anat Histopathol*. 1990;417:163–171.
22. Ramondetta LM, Sherwood JB, Dunton JD, Palazzo JP. Endometrial cancer in polyps associated with tamoxifen use. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:340–1.
23. Savelli L, De Iacco P, Santini D, et al. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:927–31.
24. Schlesinger C, Kamoi S, Ascher S, Kendell M, Lage JM, Silverberg SG. Endometrial polyps: a comparison study of patients receiving tamoxifen with two control groups. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:302–11.
25. Sherman ME, Mazur MT, Kurman RJ. Benign diseases of the endometrium. In: Kurman RJ, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. New York: Springer-Verlag; 2002. p. 421–6.

Статья поступила в редакцию 21.12.2017

Dynamic of the structure of delivery methods in women with cesarean section in anamnesis

L.G. Nazarenko^{1,2}, K.M. Nedorezova²

¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

²Kharkiv Clinical Maternity Hospital № 6

The article presents results of the dynamic of specific gravity of the cesarean delivery (CD) among all methods of delivery, the ratio of primary and recurrent CD, the percentage of women with scar on the uterus after the CD, who agreed to attempt the VBAC and the rate of the cases of successful vaginal birth after cesarean section (VBAC) among them.

The objective: to determine the changes in the number of women with uterine scar in the cohort of individuals who pursue their further reproductive intent and have a new pregnancy.

Materials and methods. Clinical and statistical results of the department, belonging to the 2nd level of perinatal care for the 10-year period (from 2008 to 2017).

Results. It has been established that the high rate of CD does not influence on the reduction of perinatal mortality (PM) parameters. The CD level above 20% does not influence in respect of reduction of PM, therefore it is not justified from the position of perinatal statistics. Indicator of the CD influences on intranatal component of the PM and almost does not influence on antenatal component. Growth of the index of primary CD has the basis for predicting a further increasing in the rate of repeated CD and women with «operated uterus».

Conclusion. The practice of VBAC reduces the level of operations in the department, belonging to 2nd level of perinatal care.

Key words: cesarean section, scar, vaginal births.

Optimization issues of the tactics of birth with pregnancy low and high risk is extremely important for obstetric clinics. The realities of the XXI century in the high development cities are as follows: in Ukraine grows the demographic crisis and the reproductive potential of population reduces. In this case – place and role of cesarean delivery is an important problem.

Cesarean delivery – is non-natural method of birth, the frequency of which is very bright and has uncontrolled growth every year. The paradox is that operative delivery by the CD is perceived as the most safety method of finishing of the pregnancy. In the minds of doctors and women firmly holds the point of view that the CD is a guarantee of reducing perinatal newborn mortality and morbidity, reducing the risk of obstetric traumatism and preventing the disorder of the pelvic organs [2, 3].

However, this position is not incontrovertible, and in professional circles a number of specific problems, associated with a high level of CD, are becoming more and more perceived, relevant today and in the long run. First of all, there is a paradoxical situation of the differences in everyday clinical practice, which shows from year to year an increasing of the CD rate from almost 1–3% to 30–40% and higher. According to the modern evidence-based principles, declared by World Health Organization, regarding the optimal level of operation for at least 10–15%, increasing of positive effect on maternal and perinatal mortality is absent. In this backdrop, there is a intense polemic about ways to contain the escalation of the CD, reserves for increasing the rate of physiological births and it finishing through natural ways [1, 3, 4].

Thanks to the accumulation of previously operated women, during the last decade, increased a large contingent of women with a uterine scar due to CD. On the one hand, at the same time fatally decreased the individual reproductive potential of a woman, which are reflected in the demographic prospects of the population. On the other hand, there is a peculiar «domino effect», as most of the births of such women ends with a repeated operation, and as a result, now every second operation is a consequence of the previous one, which raises the cost of medical care and the amount of postpartum complications [6].

Under these conditions, insufficiently distinct current trends regarding the frequency of CD, the practice of vaginal births after caesarean section (VBAC), their proportion in terms of delivery in the typical institution of maternity help in Ukraine, the question of the balance of the risk and the benefits of spreading of such practices. Therefore, the aim of this work – to figure out how the number of women with uterine scar changes in time in a cohort of individuals, who carry on their further reproductive intent and have a new pregnancy.

MATERIALS AND METHODS

An in-depth analysis of clinic-statistical data of the department, corresponding to 2 level of perinatal care, for the 10-year period (from 2008 to 2017) was conducted. It should be noted, that at the term 2007–2008 yy our team implemented a fundamental change in the policy of our hospital in relation to the CD – the attitude towards this operation has been worked out as being carried out with certain clinical necessity. In particular, the clinical situation «an operation CD in anamnesis» was removed from the independent indication to the repeated CD, except of the cases, in which woman have an categorical rejection relatively attempt of vaginal delivery.

This 10-year period can be divided into two parts. In the first five years (2008–2012) there was a gain to get an empirical experience in reducing the frequency of CD, in particular, through the development of skills and practice of giving birth to women with an uterine scar. It should be noted that at that time there was no such experience in the region, and in general there was a very low interest in the management of VBAC. Therefore, the introduction of guidelines for reducing the frequency of CD to a well-grounded World Health Organization (10–15%) has become a significant test for the team. In the second five-year period (2013–2017) it can be stated, that the rate of CD is stabilized, a certain increasing in the awareness of patients regarding the possibility of delivery in women with uterine scarring [6].

In order to draw a more vivid picture of the real impact of the CD frequency on perinatal statistics, it was considered useful for us to include in the development also the archival material of the previous five-year plan (2003–2007), when the maternity house held a liberal attitude towards indications for the CD. At that time, the frequency of abdominal birth was more than 20% per year.

In particular, from our work unambiguously removed the possibility of performing CD for so-called «complex» of relative indications. Given the difficulty in determining the weight of

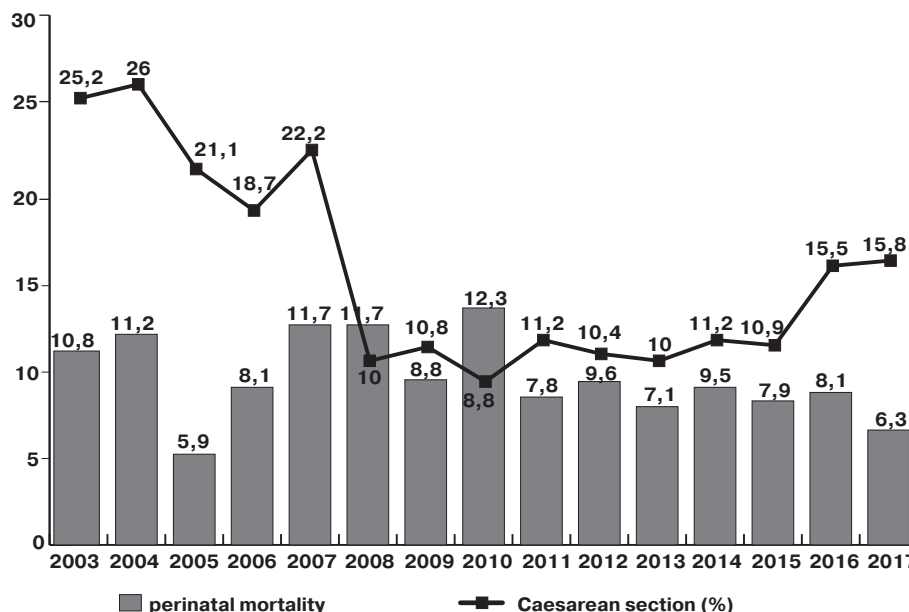


Fig. 1. Dynamic of the proportion of cesarean section, as the methods of delivery, in comparison with the indicators of perinatal mortality for the period 2003–2017 in the maternity hospital № 6 in Kharkiv

a combination of probable risk factors, that may or may not be realized, our politic was unconditionally to avoid evidence of complications, their initial signs or clinical symptoms.

RESULTS AND DISCUSSION

The results of our research on the material of the maternity hospital №6 in Kharkiv (corresponding to 2 level of perinatal care) of the retrospective cohort study illustrate diagrams, showing the dynamic of the relative importance of CD among all methods of delivery, the ratio of primary and recurrent CD, the percentage of women with scar on the uterus after CD, who agreed to an attempt by VBAC and among them the rate of the cases of successful VBAC.

Picture 1 shows the absence of influence of the high-frequency CD, which occurred before the last decade, on perinatal mortality (PM). Thus, before 2008 the frequency of CD was in the range of 19–26% and «provided» the PM within the range of 5,9–11,7%. At the same time, the highest frequency of the CD (25,2% in 2003 and 26% in 2006) coincided with the level of the PM above 10% (correspondingly 10,8% and 11,2%).

A generalized assessment of this information allows us to join the recognition for the «optimal» at the second level of perinatal care of the CD rate – 10–15%, since such a percentage of abdominal birth does not correlate with a higher PM, as compared with the level of the CD with 20%. At the same time, the CD level above 20% does not gives a favor in the reduction of PM, and therefore, is not justified the perinatal statistic. So, during the last 10 years, the indicator PM below 10% had a place with a rate of CD relatively to the number of births per year at the level of 1,2–15,8%.

The percentage of abdominal births in maternity hospital № 6 of Kharkov, with a similar contingent of women, has been at the level of 10–15,8% in recent years. In this case, the PM parameter varies within 6,3–9,5%. However, the link between the PM with the number of implemented CD (which largely depends on the policy adopted by the team regarding the definition of obstetric and perinatal indications for the CD) is absent.

The validity of our view of the lack of an associative link between the increase in the number of CDs and the decrease in the level of PM is also due to the fact that the figures refer to one region of the same type of department belonging to the second level of perinatal care.

This is explained by the fact, that the rate of CD in modern Ukraine mainly affects the intranatal component of the PM, to a lesser extent, the early neonatal and almost does not affect the antenatal one. In this case, in the structure of the PM, the antenatal component has a decisive role.

In 2003–2007, the VBAC, as an exceptional phenomenon, took place in 2005 (0,1%) and 2007 (0,4%) in cases where «we did not have time to make a CD» – when women arrived to the hospital at the end of childbirth process.

However, there is no doubt that the high level of the CD in 2003–2007 influenced the level of the CD at a later time, as a contingent of women with operated uterus, who subsequently realized a new pregnancy and childbirth, was formed. At the same time, a significant part of them deliberately choose an elective repeated cesarean delivery (EBCD), excluding the possibility of an attempt by the VBAC.

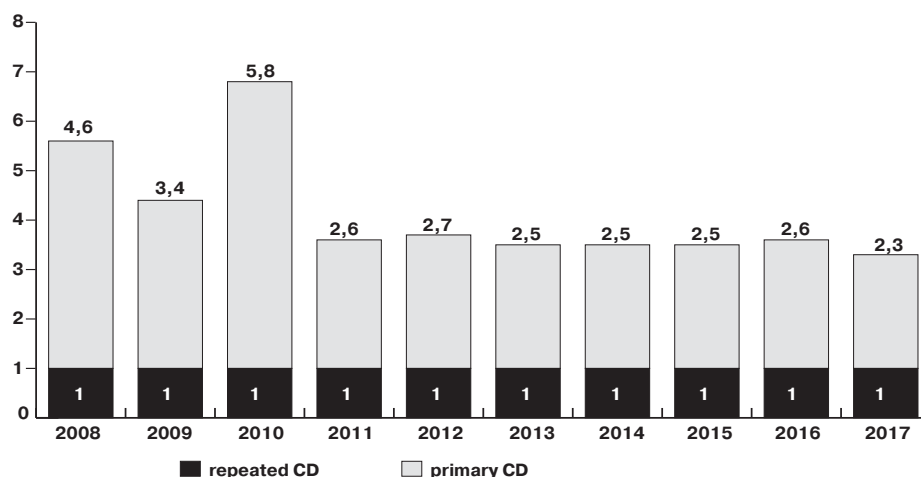
This is evidenced, first of all, by the growth of the rate of repeated CD in the overall structure of the CD, which clearly reflects pict. 2.

This picture shows how changes in the ratios between the number of primary CD and repeated CD. Information in pict. 2 illustrates the fivefold advantage of primary CD over repeated operations up to and including 2010. This fact also confirms the active formation of the contingent of women with operated uterus in the reproductive cohort due to a liberal attitude towards indications for CD, which should be manifested in the near future in the fact that the number of pregnancies in the presence of scar will increase.

The next dynamics manifested itself in the fact that, starting in 2011, after the acquired experience of controlling the frequency of CD in the hospital, the contribution of the «uterine scar» in the overall percentage of abdominal birth was almost twice as high. After 2011, by 2017, the ratio of primary and recurrent CD has changed in favor of reducing the rate of primary, in this way for one repeat CD performed an average of 2,5 primary operations.

As can be seen from the data graphically depicted in pict. 3, the increasing in the percentage of repeat CD among all deliveries is a constant trend. As a result, the rate of repeated CD increased by 2,7 times in 10 years.

The regularity of the primary CD until 2015 was stable. In the last two years (2016 and 2017) there was a significant increase in



Pict. 2. Changes in the ratio of primary and repeated operations of cesarean section during the period of 2008–2017 at the maternity hospital № 6 in Kharkiv

this indicator, which, in our opinion, reflects on the reproductive system destructive processes in the health of the childbearing generation, in particular, because of the socio-economic factor of stress and the sharp decline in living standards.

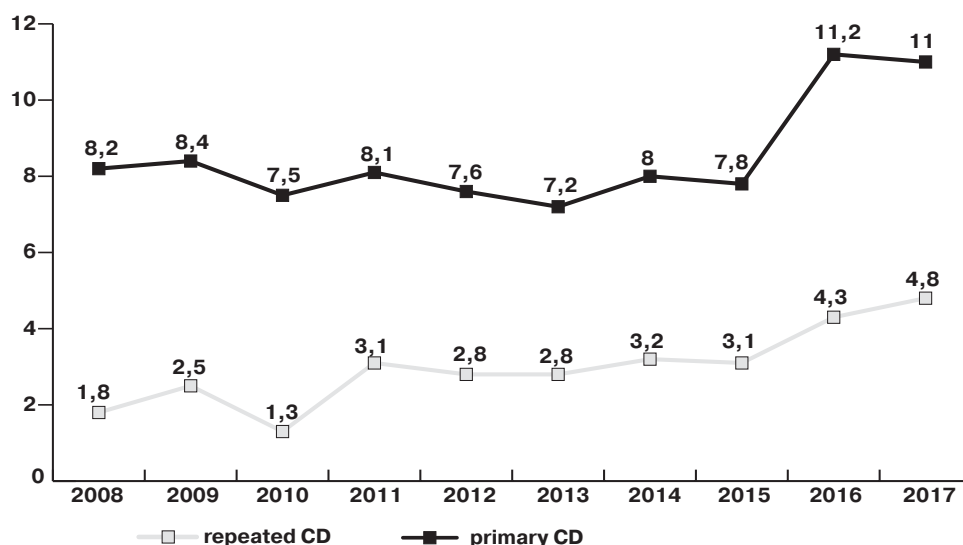
Thus, ascertaining such a tendency, we have reason to predict in the near future further increase of the rate of repeated CD in the structure of indications for the operation.

During the period of 2008–2017, 17 146 women are completed pregnancy in maternity hospital № 6. 1978 women (11,5%) have cesarean section. Of these 1978 operations, the primary CD was executed in 1458 (73,7%), repeated – in 520 cases (26,3%). Vaginal births occurred in 448 women who had a CD in anamnesis, which is 2,6% of the total number of births. In different period (2008–2017yy), the proportion of women with VBAC from the total number of deliveries ranged from 2,3% (2008, 2010, 2012, 2015) to 3,9% (2009). Consequently, the influence of VBAC on the frequency of CD in the maternity hospital №6 is actual, since the percentage of «unfulfilled repeated CD» is almost a quarter of the indicator of fulfilled abdominal delivery.

For a more representative evaluation of the contribution of the practice of VBAC to the formation of the overall frequency of

the CD, we determined a potentially reliable indicator of CD in the event when women with a CD in anamnesis would have been deliver exclusively by the EBCD. As it turned out, the number of women who had successful VBAC was 18,5% of the total (1) of the general number of patients undergoing CD (primary and recurrent), and (2) those with an uterine scar, who attempted vaginal births, that is those who had a high probability of CD («not performed repeated CD»). Thus, there are reasons to confirm that the implementation of the practice of VBAC is an effective way to reduce the frequency of CD.

We consider it possible to provide another illustration of the role of the «politics» of a particular team on the formation of index CD, using, for example, official statistics for 2017 at another hospital (third level of perinatal care, with 3791 birth and percentage of CD – 36,8%, of these, 74,6% are primary). Among the women with CD in anamnesis – only 2,5% of the VBAC were conducted (9 cases). It is problematic to imagine, that a hospital, that has its own district of care, and not only carry out the function as a perinatal center, was a collector of the opponents of the VBAC and patients with insecure scars.



Pict. 3. Dynamics of the frequency of primary and repeated cesarean sections during the period of 2008–2017 at the maternity hospital № 6 in Kharkiv

According to our information, out of 968 women with the CD in the anamnesis, successful vaginal births made 448 – 46,3%, unsuccessful attempts took place in 91 – 9,4% of the number of women with scar on the uterus, the EBCD was conducted in 429 women, equal to 44,3%. The ratio of the percentage of successful and unsuccessful attempts at VBAC is illustrated by the following information: out of 539 women who agreed to VBAC, the delivery was completed vaginally at 83,1%, while the emergency CD was needed at 16,9%, which is 5 times less. Consequently, we can state that the benefit of conducting an VBAC is five times higher than the risk of an unsuccessful attempt.

We have statistically proven an increase in the percentage of women with CD in anamnesis of the studied cohort in recent times. The dynamics of the increase in the percentage of women with the CD in anamnesis among all the women at the level of statistical reliability, we have been witnessed when comparing the indicators of 2010 – 3,6%, from 2013 – 6,2% ($\chi^2=7,6$; $p=0,006$) and in subsequent years – 7,3% in 2017 (confidence interval (CI) 0,34–0,65; $\chi^2=21,2$; $p<0,001$).

Динаміка структури методів розродження жінок з кесаревим розтином в анамнезі Л.Г. Назаренко, К.М. Недорезова

У статті представлено результати дослідження динаміки питомих ваги кесарева розтину (КР) серед усіх методів розродження, співвідношення первинного та повторного КР, відсоток жінок з рубцем на матці після КР, які погодилися на спробу вагінальних пологів після кесарева розтину (ВПКР), та частку випадків успішних ВПКР серед них.

Мета дослідження: визначення кількості жінок з рубцем на матці в когорті осіб, які здійснюють свої подальші репродуктивні наміри та мають нову вагітність.

Матеріали та методи. Клініко-статистичні дані установи другого рівня перинатальної допомоги за 10-річний період (з 2008 до 2017 року).

Результати. Установлено, що висока частота КР не впливає на зниження показників перинатальної смертності (ПС). Рівень КР понад 20% не дає переваги стосовно зниження ПС, отже не є виправданим з позиції перинатальної статистики. Показник КР впливає на інтранатальну складову ПС і майже не позначається на антенатальній. Зростання показника первинних КР дає підстави до прогнозування подальшого збільшення частки повторних КР та жінок з «оперованою маткою».

Заключення. Практика вагінальних пологів після кесарева розтину робить вагомий внесок у справу зниження частоти операцій в установах другого рівня перинатальної допомоги.

Ключові слова: кесарів розтин, рубець, вагінальні пологи.

During the period of 2013–2017, the growth trend of «operated uterus» was preserved, however, it was not so expressive (CI 0,64–1,09; $\chi^2=1,6$; $p=0,204$). And this, in our opinion, is explained by the general negative demographic dynamics of the decline in fertility, a decrease in the number of repeated births, including in women with a scar on the uterus.

CONCLUSIONS

Consequently, at this stage, we have received confirmation of the contribution of the practice of VBAC to the moderation of the level of operations in the department which belongs to the second level of perinatal care.

It is equally important that the results, given the high level of the primary CD and the growth of the population's demand for natural childbirth, confirm the relevance of the question of patient selection, the objective assessment of the chances of a favorable course and the successful outcome of the VBAC.

Динамика структуры методов родоразрешения женщин с кесаревым сечением в анамнезе Л.Г. Назаренко, К.М. Недорезова

В статье представлены результаты исследования динамики удельного веса кесарева сечения (КС) среди всех методов родоразрешения, соотношения первичного и повторного КС, процент женщин с рубцом на матке после КС, которые согласились на попытку вагинальных родов после кесарева сечения (ВРКС), и доля случаев успешных ВРКС среди них.

Цель исследования: определение количества женщин с рубцом на матке в когорте лиц, осуществляющих свои дальнейшие репродуктивные намерения и имеющих новую беременность.

Материалы и методы. Клинико-статистические данные учреждения второго уровня перинатальной помощи за 10-летний период (с 2008 по 2017 года).

Результаты. Установлено, что высокая частота КС не влияет на снижение показателей перинатальной смертности (ПС). Уровень КС более 20% не дает преимуществ к снижению ПС, что является неоправданным с позиции перинатальной статистики. Показатель КС влияет на интранатальную составляющую ПС и почти не сказывается на антенатальной. Рост показателя первичных КС дает основание для прогнозирования дальнейшего увеличения доли повторных КС и женщин с «оперированной маткой».

Заключение. Практика вагинальных родов после кесарева сечения вносит весомый вклад в дело снижения частоты операций в учреждениях второго уровня перинатальной помощи.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец, вагинальные роды.

Сведения об авторах

Назаренко Лариса Григорьевна – Кафедра генетики, акушерства, гинекологии и медицины плода Харьковской медицинской академии последипломного образования, КУОЗ «Харьковский городской клинический родильный дом № 6», 61000, г. Харьков, Луи Пастера, 2. E-mail: dr.lgn@ukr.net

Недорезова Карина Михайловна – КУОЗ «Харьковский городской клинический родильный дом № 6», 61000, г. Харьков, Луи-Пастера, 2

REFERENCES

1. Palatnik A. Induction of labor versus exalant management for women with a prior cesarean delivery // A. Palatnik, W. Grobman // Am.j. Obstet. Gynecol. – 2015. – V. 212. – 358.e1-6
2. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy // X. Huang, J. Lei // European Jorنال of Obstetrics, Gynecology. – 2011. – Vol. 158, № 2. – P. 204–208.
3. Place of abdominal and vaginal operative delivery in modern obstetrics. Reality and prospects // V.I. Krasnopolsky, L.S. Logutova // Obstetrics and Gynecology. – 2012. – № 1. – Page 4–8.
4. Nazarenko L.G. About births after cesarean section: Arguments and facts // L.G. Nazarenko, L. Dubrova // Women's Health 2010 year № 7 (53) page 117–121.
5. Nazarenko L.G. Psychological aspects of the prediction of vaginal delivery in women after cesarean section // L.G. Nazarenko, L. Dubrova // Pediatrics, obstetrics and gynecology. – 2012. – T. 75, № 3. – Page 60–63.
6. Radzinsky V.Y. Imperative WHO recommendations to reduce the proportion of cesarean sections // V.Y. Radzinsky, S.A. Knyazev // Status Praesens. 2015. – № 3 (26)06. – P. 8–12.

Статья поступила в редакцию 20.02.2018

Особенности проявлений климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период в современных условиях

В.В. Рагимова, Э.М. Алиева, С.Г. Султанова

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Цель исследования: изучение выраженности климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период в условиях Азербайджанской Республики.

Материалы и методы. Обследовано 120 женщин, находящихся в постменопаузальном периоде. Средний возраст пациенток составил $60,29 \pm 0,69$ года. Продолжительность постменопаузального периода была в пределах $10,33 \pm 0,67$ года. У 45 (37,5%) женщин длительность постменопаузального периода колебалась от 2 до 5 лет, у 16 (13%) – 6–9 лет, у 59 (49,2%) – более 10 лет.

Результаты. В результате проведенных исследований были определены частота и выраженность вегетосудистых, обменно-эндокринных, психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома у обследованных женщин в постменопаузальный период.

Заключение. Установлено, что выраженность вегетосудистых проявлений климактерического синдрома составляет $28,8 \pm 0,95$ балла, обменно-эндокринных симптомов – $22,6 \pm 0,8$ балла, психоэмоциональных проявлений – $7,8 \pm 0,46$ балла. Общая оценка климактерического синдрома составила $59,2 \pm 2,11$ балла, что соответствовало средней степени выраженности данного синдрома.

Ключевые слова: постменопаузальный период, вегетосудистые проявления, обменно-эндокринные симптомы, психоэмоциональные проявления, инволютивные процессы.

Исследование особенностей течения постменопаузального периода является одной из актуальных проблем гинекологической науки. Увеличение продолжительности жизни, выраженности инволютивных процессов на фоне дефицита эстрогенов, увеличение частоты экстрагенитальных заболеваний, изменение качества жизни, хронические стрессовые ситуации существенно влияют на течение постменопаузально-

го периода и определяют различные проявления климактерического синдрома [1, 2, 5]. В постменопаузальный период отмечаются выраженные гормональные изменения, проявляющиеся низким уровнем эстрадиола (80° пмоль/л), высоким содержанием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), менее одной единицы соотношением ЛГ/ФСГ, менее одной единицы соотношением эстрадиол/эстрол, наличием относительной гиперандрогении, низким уровнем ингибина [3, 4, 6].

Эти изменения существенно отражаются на вегетосудистых, обменно-эндокринных и психоэмоциональных проявлениях климактерического синдрома.

По времени проявления различных нарушений течения климактерического синдрома различают ранние, средние и поздние симптомы. Частота выраженности климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период составила 40–80% [1, 3]. Выраженность проявлений климактерического синдрома оценивается по шкале Куппермана в модификации Е.В. Уваровой [3]. По данной шкале определяют слабую, умеренную и тяжелую степени выраженности различных проявлений климактерического синдрома. При слабой выраженности климактерического синдрома нейровегетативный симптом оценивают в пределах 10–20 баллов, метаболический симптом – 1–7 баллов, психоэмоциональный – 1–7 баллов. Модифицированный менопаузальный индекс составляет 12–34 балла.

При умеренной выраженности климактерического синдрома нейровегетативные проявления оценивают в 21–30 баллов, обменно-эндокринных симптомов 8–14 баллов, психоэмоциональных признаков – 8–14 баллов. Модифицированный менопаузальный индекс составляет 35–58 баллов.

При тяжелой выраженности климактерического синдрома нейровегетативные проявления оценивают в пределах выше 30 баллов, метаболические проявления – более 14

Таблица 1

Частота перенесенных соматических заболеваний у обследованных женщин в постменопаузальный период

Заболевание	Абс. число	%	Заболевание	Абс. число	%
Корь	43	3,2	Ревматизм, ревматоидный артрит	68	5,1
Ветряная оспа	30	2,2	Миопия	15	1,1
Краснуха	36	2,7	Хронический пиелонефрит	32	2,4
Эпидемический паротит	32	2,4	Желчнокаменная болезнь	28	2,1
Острая респираторная вирусная инфекция	101	7,5	Аутоиммунный тиреоидит	55	4,1
Тонзиллит, тонзиллэктомия	80	6,0	Стенокардия	63	4,7
Гепатит А	43	3,2	Варикозное расширение вен	38	2,8
Аппендицит, аппендэктомия	81	4,7	Тромбофлебит вен нижних конечностей	42	3,1
Холецистит, холецистэктомия	15	6,0	Хронический энтероколит	28	2,1
Струмаэктомия	15	1,1	Анемия	86	6,4
Язвенная болезнь желудка	22	1,6	Сахарный диабет	49	3,6
Бронхиальная астма	7	0,5	Ретинопатия	36	2,7
Ожирение	49	3,6	Невроз, неврастения	106	7,9
			Гипертоническая болезнь	96	7,1

Таблица 2

Частота гинекологических заболеваний у обследованных женщин в постменопаузальный период

Заболевание	Абс. число	%	Заболевание	Абс. число	%
Хронический кольпит	68	7,2	Полип эндометрия, полипэктомия	18	1,9
Хронический сальпингоофорит	80	8,5	Синильный кольпит	79	8,4
Хронический цервицит	48	5,1	Цистоцеле, ректоцеле	63	6,7
Хронический эндометрит	85	9	Бесплодие	59	5,9
Эрозия шейки матки, конизация	66	7	Фиброзно-кистозная болезнь грудной железы	17	1,8
Консервативная миомэктомия	23	2,4	Эктопическая беременность, тубэктомия	12	1,3
Миома матки	89	9,4	Гиперплазия эндометрия	55	7,1
Фолликулярная киста	24	2,5	Синдром поликистозных яичников	52	5,5
Бартолинит	6	0,6	Кандидамикоз	36	3,8
Бактериальный вагиноз	65	6,9			

Таблица 3

Частота вегетососудистых проявлений климактерического синдрома у обследованных женщин в постменопаузальный период

Вегетососудистые проявления	Абс. число	%	Вегетососудистые проявления	Абс. число	%
Повышение АД	86	9,4	Потливость	115	12,6
Снижение АД	95	0,5	Склонность к отекам	98	10,7
Головная боль	42	10,4	Аллергические реакции	18	2,0
Головокружение	91	4,6	Экзофтальм	21	2,3
Приступы сердцебиения в покое	36	10,0	Возбужденность	115	12,6
Онемение	36	3,9	Сонливость	12	1,3
Плохая переносимость высокой температуры	32	3,5	Нарушение сна	89	9,7
Дермографизм	14	1,5	Приступы удушья	5	0,5
Сухость кожи	32	3,5	Симптоадреналовый криз	8	0,9

Таблица 4

Степень выраженности вегетососудистых проявлений климактерического синдрома у обследуемых женщин в постменопаузальный период

Вегетососудистые проявления	Степень выраженности в баллах					
	1		2		3	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Повышение АД, n=86	35	40,7	48	55,8	3	3,5
Снижение АД, n=5	-	-	3	60	2	40
Головная боль, n=95	24	25,3	64	67,4	7	7,4
Головокружение, n=42	9	21,4	11	26,2	22	52,4
Приступы сердцебиения в покое, n=91	68	74,7	20	22,0	3	3,3
Плохая переносимость высокой температуры, n=32	6	18,8	5	15,6	21	65,6
Онемение, n=36	7	19,4	29	80,6	-	-
Дермографизм, n=4	4	28,6	9	64,3	1	7,1
Сухость кожи, n=32	29	90,6	3	9,4	-	-
Потливость, n=115	43	37,4	60	52,2	12	10,4
Склонность к отекам, n=58	16	16,3	62	63,3	20	20,4
Аллергические реакции, n=18	7	38,9	10	55,6	1	5,6
Экзофтальм, n=21	20	95,2	1	4,8	-	-
Возбудимость, n=115	12	10,4	85	78,9	18	15,7
Сонливость, n=12	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Нарушение сна, n=89	47	52,8	24	27,0	18	20,2
Приступы удушья, n=5	5	100	-	-	-	-
Симптоадреналовый криз, n=8	8	100	-	-	-	-

баллов, психоэмоциональные проявления – более 14 баллов. Модифицированный менопаузальный индекс отмечается при наличии более 58 баллов [1, 3].

Следует отметить, что несмотря на многообразие научных исследований относительно течения постменопаузального

периода, выраженность его проявлений зависит от многообразия факторов, существенно влияющих на качество жизни.

Цель исследования: изучение степени выраженности климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период в условиях Азербайджанской Республики.

Таблица 5

Частота обменно-эндокринных проявлений у обследованных женщин в постменопаузальный период

Обменно-эндокринные симптомы	Абс. число	%
Индекс массы тела, кг/см ²	52	13,5
Нарушения функции щитовидной железы	17	4,43
Нарушения углеводного обмена	49	12,8
Мастопатия	7	1,8
Боль в мышцах и суставах	98	25,5
Жажда	58	15,1
Наличие атрофических процессов в половых органах	103	26,8

Таблица 6

Выраженность обменно-эндокринных симптомов климактерического синдрома у обследованных женщин в постменопаузальный период

Обменно-эндокринные симптомы	Степень выраженности					
	1		2		3	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Индекс массы тела, кг/см ² , n=52	15	28,8	37	71,2	-	-
Нарушения функции щитовидной железы, n=17	15	88,2	2	11,8	-	-
Нарушения углеводного обмена, n=49	8	16,3	39	79,6	2	4,1
Мастопатия, n=7	6	85,7	1	14,3	-	-
Боль в мышцах и суставах, n=98	22	22,4	65	66,3	11	11,2
Жажда, n=58	35	60,3	20	33,5	3	5,2
Наличие атрофических процессов в половых органах, n=103	81	78,6	10	9,7	12	11,7

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходя из цели исследования, были обследованы 120 женщин, находившихся в постменопаузальном периоде. Средний возраст обследованных женщин составил 60,29±0,69 года (44–79). Масса тела обследованных женщин была в пределах 69,34±1,12 кг (52–110), рост – 162,25±0,058 см (147–176).

Частота перенесенных заболеваний представлена в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в анамнезе обследованных женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, отмечалась высокая частота детских инфекционных заболеваний (10,5%), ОРВИ (7,5%), оперативных вмешательств (17,5%), гипертонической болезни (7,1%), невроза (7,9%), тромботических осложнений (5,9%), анемии (6,4%).

Частота гинекологических заболеваний у женщин в постменопаузальный период представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в постменопаузальный период отмечается высокая частота хронических инфекционных воспалительных процессов органов репродуктивной системы (29,8%), опухолевидных образований яичников (8%), миомы матки (11,8%), бесплодия (5,9%), опущения матки и влагалища (10,5%), синильного кольпита (8,4%), гиперпластических процессов эндометрия (7,1%).

Полученные результаты подверглись статистической обработке с применением компьютерных программ «Statgraph», предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчета средних значений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследованные особенности постменопаузального периода у обследованных женщин позволили установить, что длительность данного периода составила 10,33±0,67 года и колебалась в пределах 2–35 лет. Из 120 женщин, находившихся в постменопаузальном периоде, у 45 (37,5%) длительность его составила от 2 до 5 лет, у 16 (13,3%) – 6–9 лет, у 59 (49,2%) – более 10 лет.

Таким образом, у 62,5% женщин длительность постменопаузального периода составляла более 5 лет.

В результате проведенных исследований была определена частота вегетососудистых проявлений климактерического синдрома. Полученные данные представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, в постменопаузальный период выраженность нейровегетативных симптомов определяется высокой частотой встречаемости повышения АД (9,4%), головной боли (10,4%), приступов сердцебиения в покое (10%), потливости (12,6%), склонности к отекам (10,7%), высокой возбудимости (12,6%), нарушения сна (9,7%).

Выраженность вегетососудистых проявлений климактерического синдрома в постменопаузальный период представлена в табл. 4.

Как видно из табл. 4, у 55% и 8% женщин АД было в пределах 150/90–160/110 мм рт.ст., у 67,4% отмечена частая головная боль, у 80,6% – анемия, у 64,3% – красный дермографизм, у 60% – потливость ++, у 95% – экзофтальм ++, у 67,4% – по утрам сонливость, у 52,8% – затрудненное засыпание. Общая оценка вегетососудистых проявлений климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период составила 28,88±0,95 балла, что соответствует средней тяжести вегетососудистых проявлений климактерического синдрома.

В результате проведенных научных исследований была определена частота различных обменно-эндокринных проявлений климактерического синдрома. Полученные данные представлены в табл. 5.

Как видно из табл. 5, в постменопаузальный период отмечается высокая частота генитальной атрофии (26,8%), боли в мышцах и суставах (25,5%), повышения индекса массы тела (13,5%), нарушения углеводного обмена (12,8%), наличия жажды (15,1%).

Было установлено, что из 120 женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, у 98 (81,7%) отмечали наличие боли в мышцах и суставах, у 103 (85,8%) – генитальной атрофии, у 58 (48,3%) – жажды, у 52 (43,3%) – повышения индекса массы тела, у 49 (40,8%) – нарушения углеводного обмена.

Таблица 7

Частота психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома у обследованных женщин в постменопаузальный период

Психоэмоциональные симптомы	Абс. число	%
Снижение работоспособности и утомляемость	115	18,7
Рассеянность, снижение памяти	92	15,0
Раздражительность и плаксивость	69	11,2
Расстройство аппетита	52	8,5
Наличие навязчивых действий	25	13,8
Резкие колебания настроения	118	19,2
Снижение либидо	83	13,5

Таблица 8

Выраженность психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома у обследованных женщин в постменопаузальный период

Психоэмоциональные симптомы	Степень выраженности, баллы					
	4–7		8–11		11	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Снижение работоспособности и утомляемость, n=115	93	80,9	16	13,9	6	5,2
Рассеянность, снижение памяти, n=92	58	63,0	30	32,6	4	4,3
Раздражительность и плаксивость, n=69	56	81,2	10	14,5	3	4,3
Расстройство аппетита, n=52	38	73,1	14	27,0	-	-
Наличие навязчивых действий, n=85	61	71,8	24	28,2	-	-
Резкие колебания настроения, n=118	93	78,8	25	21,2	-	-
Снижение либидо, n=83	71	85,5	12	14,5	-	-

По данным проведенных исследований была определена выраженность обменно-эндокринных симптомов. Полученные результаты представлены в табл. 6.

Как видно из табл. 6, в постменопаузальный период у 71,2% женщин индекс массы тела колеблется в пределах 29–33 кг/см², у 60,3% фиксировали периодическую боль в суставах и мышцах, у 80,2% – слабовыраженную степень нарушения функциональной активности щитовидной железы, у 85,7% – наличие диффузной мастопатии, у 79,6% – наличие сахарного диабета, у 78,6% – слабовыраженную генитальную атрофию, у 60,3% – наличие чувства жажды. По шкале Куппермана обменно-эндокринная оценка составила 22,6±0,5 балла, что соответствует средней степени выраженности обменно-эндокринных проявлений.

В результате проведенного исследования была определена частота психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома. Полученные результаты представлены в табл. 7.

Как видно из табл. 7, в постменопаузальный период отмечено наличие резких колебаний настроения у 19,2%, снижение работоспособности – у 18,7%, наличие навязчивых идей – у 13,8%, нарушение и снижение памяти – у 11,2%, что

отражает высокую частоту психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома.

Выраженность психоэмоциональных проявлений представлена в табл. 8.

Как видно из табл. 8, у 80,9% женщин отмечалось снижение работоспособности после легкой физической нагрузки, у 65% – легкое снижение памяти, у 81,2% – плаксивость, у 73,1% – повышение аппетита, у 78,8% – резкие колебания настроения, у 85,5% – снижение либидо. По шкале Куппермана выраженность психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома составила 7,8±0,46 балла.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, выраженность вегетососудистых проявлений составила 28,8±0,95 балла, обменно-эндокринных процессов – 22,6±0,5 балла, психоэмоциональных симптомов – 7,8±0,46 балла. Общая оценка климактерического синдрома составила 59,2±2,11 балла, что соответствует средней степени выраженности данного синдрома.

Особливості проявів клімактеричного синдрому у жінок у постменопаузальний період у сучасних умовах

В.В. Рагімова, Е.М. Алієва, С.Г. Султанова

Мета дослідження: вивчення вираженості клімактеричного синдрому у жінок у період постменопаузи в умовах Азербайджанської Республіки.

Матеріали та методи. Обстежено 120 жінок у період постменопаузи. Середній вік пацієнток становив 60,29±0,69 року. Тривалість постменопаузального періоду була у межах 10,33±0,67 року. У 45 (37,5%) жінок тривалість постменопаузального періоду коливалася від 2 до 5 років, у 16 (13%) – 6–9 років, у 59 (49,2%) – більше 10 років.

Результати. У результаті проведених досліджень були визначені частота і вираженість вегетосудинних, обмінно-ендокринних, психоемоційних проявів клімактеричного синдрому в обстежених жінок у період постменопаузи.

Заключення. Установлено, що вираженість вегетосудинних проявів клімактеричного синдрому становить 28,8±0,95 бала, обмінно-ендокринних симптомів – 22,6±0,8 бала, психоемоційних проявів – 7,8±0,46 бала. Загальна оцінка клімактеричного синдрому становила 59,2±2,11 бала, що відповідало середньому ступеню вираженості даного синдрому.

Ключові слова: постменопаузальний період, вегетосудинні прояви, обмінно-ендокринні симптоми, психоемоційні прояви, інволютивні процеси.

Specific features of climacteric syndrome in postmenopausal women in modern conditions
V.V. Ragimova, E.M. Alieva, S.G. Sultanova

The objective: investigation was to study the expression of climacteric syndrome in postmenopausal women in Azerbaijan.

Materials and methods. There were 120 postmenopausal women examined the average age of the women was $60,29 \pm 0,69$ years. The duration of postmenopausal period was within $10,33 \pm 0,67$ years. In 45 (37,5%) of women the duration of postmenopausal period varied between 2 and 5 years, 16 (13%) it was between 6 and 9 years, while in 59 (49,2%) of women it was more than 10 years.

Results. As a result of the conducted studies, the frequency and severity of vegetative, metabolic-endocrine, psychoemotional manifestations of menopausal syndrome in the examined women in the postmenopausal period were determined.

Conclusion. It was that autonomic nervous expressions of climacteric syndrome comprised $28,8 \pm 0,46$, endocrine symptoms $22,6 \pm 0,8$, emotional expressions were $7,8 \pm 4,6$.

The average evaluation of climacteric syndrome was $59,2 \pm 2,11$, that corresponds to the moderate degree of expression of climacteric syndrome.

Key words: postmenopausal period, autonomic nervous dystonia, endocrine symptoms, psycho emotional expressions, involutive process.

Сведения об авторах

Рагимова Вюсяля Видади гызы – Кафедра Акушерства и гинекологии I Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, г. Баку, Бакиханова, 23; тел.: (+99412) 597-45-30

Алиева Эльмира Микаил гызы – Кафедра Акушерства и гинекологии I Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, г. Баку, Бакиханова, 23; тел.: (+99412) 597-45-30

Султанова Саадет Гасан гызы – Кафедра Акушерства и гинекологии I Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, г. Баку, Бакиханова, 23; тел.: (+99412) 597-45-30

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гасанова Н.Н. Клинико-диагностические особенности постменопаузального периода у женщин после оварио- и гистерэктомии: Дисс. ... канд. мед. наук. – Баку, 2011. – 122 с.
2. Гасанова Н.Н., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш. Клинико-диагностические особенности постменопаузального остеопороза у женщин после оварио- и гистерэктомии // Здоровье женщины (Украина). – 2011. – № 1. – С. 174–176.
3. Годжаева А.А. Клинико-диагностические особенности течения урогенитальных расстройств у женщин с длительным постменопаузальным периодом // Дисс. ... канд. мед. наук. – Баку, 2014. – 140 с.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. – М., 2012. – 1072 с.
5. Moran L.J., Misso M.L., Norman R.J. Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis // Hum.Reprod.Update. – 2010. – Vol. 16, № 4. – P. 347–363.
6. Schmidt J., Brannstrom M., Landin-
 Wilhelmsen K., Dahlgren E. Reproductive hormone levels and anthropometry in postmenopausal women with polycystic ovary syndrome (PCOS): a 21-year follow-up study of women diagnosed with PCOS around 50 years ago and their-age-matched controls // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2011. – Vol. 96, № 7. – P. 2178–2185.

Статья поступила в редакцию 13.01.2018

Погранична муцинозна цистаденома яєчника як причина виникнення псевдоміксом очеревини (Презентація клінічного випадку)

В.Л. Дронова¹, О.І. Дронов^{1,2,3}, Л.О. Рощина^{1,2}, О.І. Бублієва¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

³Центр хірургії печінки, підшлункової залози і жовчних протоків імені В.С. Земскова, м. Київ

Псевдоміксом очеревини (ПМО) – це рідкісний клінічний стан, що характеризується локалізованим або генералізованим накопиченням желатиноподібного вмісту, пов'язаним у більшості випадків із муцинозними пухлинами органів травного тракту, рідше – яєчників.

На підставі презентації клінічного випадку ПМО, зумовленої пограничною неоплазією яєчника, проаналізований вплив на подальший перебіг хвороби циторедукції як самостійного методу лікування.

Наведений у статті клінічний випадок відображає рідкісне поєднання пограничної пухлини яєчника з ПМО. Доведено ефективність виконання циторедуктивної операції, яка ставить під сумнів доцільність проведення хіміотерапії у пацієнтів з пухлинами потенційно низького ступеня злоякісності.

Ключові слова: погранична муцинозна цистаденома, псевдоміксом очеревини, циторедукція.

Псевдоміксом очеревини (ПМО) – це рідкісний клінічний стан, що характеризується локалізованим або генералізованим накопиченням желатиноподібного вмісту, пов'язаним здебільшого з муцинозними пухлинами органів травного тракту, рідше – яєчників. Ураховуючи казуїстично низьку поширеність патології, офіційної статистики щодо неї на сьогодні немає. Окрім цього, у деяких випадках інтраопераційно псевдоміксом розглядається як дисемінований рак яєчників або мезотеліома [1].

У 1884 р. Werth використав термін «псевдоміксом очеревини», пов'язуючи його з новоутворенням у яєчнику. Упродовж XX століття тривала дискусія щодо етіологічного фактора ПМО. У 1901 р. Frenkel уперше повідомив про зв'язок захворювання та апендикулярних кіст. Woodruff та McDonald у 1940 р. припустили, що ПМО – це метастатичне ураження, етіологією якого є злоякісна новоутворення апендикса.

Сучасні морфологічні, молекулярно-генетичні та імуногістохімічні дослідження свідчать, що джерелом виникнення ПМО у більшості випадків є пухлини апендикса, проте зрідка її можуть спричиняти муцинозні цистаденокарциноми чи пограничні муцинозні цистаденоми яєчників, аденокарциноми товстого кишечника та інші інтраабдомінальні пухлини.

У зв'язку з відсутністю одностайної думки про етіологію захворювання, багато авторів не диференціюють ПМО залежно від походження, тоді як інші повідомляють лише про «класичну» псевдоміксому, джерелом якої є пухлина апендикса. N. Panesh, L.P. Menasce у своїй роботі пов'язують цю патологію зі зрілою тератомою, у якій можлива наявність нормального апендикса [2, 11]. У разі розриву пухлини драглисті маси, у складі яких є епітеліальні клітини, покривають вісцеральний та парієтальний листки очеревини [3]. Епітелій може потрапляти в будь-які ділянки черевної порожнини та імплантуватись до очеревини, що провокує утворення нових драглистих мас. Муцинпродукуювальні клітини, що потрапи-

ли у вільну черевну порожнину, здебільшого є мінімально агресивними, відтак майже завжди стають джерелом виключно імплантаційного поширення процесу у межах порожнини очеревини. Саме тому ПМО часто прирівнюють до пограничної пухлини очеревини [4]. У 1995 р. Ronnett та співавтори вивчали морфологічні характеристики видаленої пухлини при ПМО, а також фактори, що впливають на прогноз.

Науковцями були виділені такі форми ПМО (таблиця):

- 1) дисемінований перитонеальний аденомуциноз (disseminated peritoneal adenomucinosis – DPAM), коли джерелом для розвитку ПМО є низькозлоякісні пухлини апендикса;
- 2) перитонеальний муцинозний канцероматоз (peritoneal mucinosis canceromatosis – PMCA), якщо розвиток міксом асоціювався з низькодиференційованими пухлинами апендикса;
- 3) проміжна група (intermediate group – IG) [5].

Муцинозні пухлини гістологічно характеризуються зразками, бідними на клітинні елементи, із невеликою кількістю простих шарів муцинозного епітелію без атипії та мітозів та зі значним накопиченням «озер» екстрацелюлярного муцину. Мультифокальні вогнища такої пухлини демонструють щільне прилягання, але не інвазію у структури вісцеральної чи парієтальної очеревини. Такий гістологічний варіант названо «дифузний перитонеальний аденомуциноз» (diffuse peritoneal adenomucinosis – DPAM).

Другий гістологічний тип, що походить від інвазивних пухлин, отримав назву «перитонеальна муцинозна аденокарцинома» (peritoneal mucinous adenocarcinoma – PMAC). Вона гістологічно характеризується рясним епітелієм із кишковою чи персеподібно-клітинною морфологією, достатньо збереженою залозистою архітектонікою, клітинною атипією та інвазивним компонентом [6].

Морфологічні дослідження на сучасному етапі дозволяють диференціювати перитонеальний аденомуциноз від муцинозного перитонеального канцероматозу. Ці два поняття визначають ступінь злоякісності процесу й залежать від диференціювання первинної пухлини, тому у DPAM-групі прогноз значно сприятливіший, ніж в інших.

На сьогодні в більшості спеціалізованих центрах використовують бінарну класифікацію, запропоновану у 2010 р. професором N. Carr, який працює в медичному центрі Бей-зінгстоук (Велика Британія) [7, 8]. Дифузний перитонеальний аденомуциноз класифікують як тип «low-grade» (низького ступеня злоякісності), а перитонеальну муцинозну аденокарциному – як «high-grade» (високого ступеня злоякісності) (див. таблицю).

На підставі презентації клінічного випадку ПМО, зумовленої пограничною неоплазією яєчника, був проаналізований вплив на подальший перебіг хвороби циторедукції як самостійного методу лікування.

Важливим прогностичним фактором перебігу цього захворювання є обсяг циторедукції. Уперше термін «цито-

Класифікація видів псевдоміксом очеревини

Автори класифікації	Рік видання	Класифікація видів ПМО
<i>Ronnett</i>	1995	DPMA – disseminated peritoneal adenomucinosis PMCA – peritoneal mucinosis canceromatosis I/D–intermediate group – IG
<i>Bradley</i>	2006	Low grade mucinous carcinoma peritonei High grade mucinous carcinoma peritonei
<i>Pai and Longacre</i>	2006	Mucinous adenoma Mucinous neoplasm of uncertain malignant potential Mucinous neoplasm of low malignant potential Mucinous carcinoma
<i>WHO</i>	2010	Low-grade pseudomyxoma High-grade pseudomyxoma

редуктивна хірургія» був застосований американськими лікарями R.G. Wong та J.J. DeCosse у 1990 р. [9]. Згідно з визначенням авторів, це максимальне видалення пухлини, регіонарних та видалених метастазів з організму хворого до резидуального процесу, наближеного до мікрометастазів, з огляду на подальшу дію на залишкові пухлинні елементи хіміотерапевтичних агентів. Метою циторедуктивної операції є повне видалення пухлини або зменшення її до мінімального об'єму. Для оцінювання завершеності циторедукції було запропоновано декілька типів класифікацій, найбільш поширений із них – індекс завершеності циторедукції (Completeness of Cytoreduction), запропонований P. Sugarbaker:

- CC-0 – макроскопічні вогнища на очеревині після циторедуктивної операції відсутні;
- CC-1 – вогнища діаметром не більше 2,5 мм;
- CC-2 – вогнища діаметром від 2,5 мм до 2,5 см;
- CC-3 – вогнища більше 2,5 см.

Ефективною циторедукцією при псевдоміксомі можна вважати CC-0 та CC-1. Ще одним непрямим показником «повноти циторедукції» є перитонеальний раковий індекс (peritoneal cancer index – PCI). Для його оцінювання інтраопераційно черевну порожнину умовно поділяють на 13 ділянок, у кожній з яких оцінюють розмір пухлинного вогнища LS (Lesion size) від 0 до 3. Показник дисемінації коливається від 0 до 39 й розраховується за формулою:

$$PCI = LS(1,2,3) \times N(1-13),$$

де LS – розмір пухлинних вогнищ;

N – кількість анатомічних ділянок.

Максимальне значення індексу – 39. Цю класифікацію використовували для оцінювання поширеності пухлинного процесу. Але слід зазначити, що представлений індекс має недоліки. У деяких випадках (псевдоміксома, мезотеліома очеревини) перитонеальний раковий індекс після радикальної операції може не відповідати даним інтраопераційної ревізії. Також у визначенні індексу немає вказівок на особливості локалізації тих чи інших пухлинних відсівів.

Альтернативою може бути класифікація Gilly [10], яка має чотири ступеня:

1. Пухлинні відсви менше 5 мм в діаметрі, які локалізуються в одній ділянці черевної порожнини.
2. Пухлинні відсви менше 5 мм, які розташовані дифузно.
3. Обмежений канцероматоз із розмірами відсівів від 5 мм до 2 см.
4. Локалізований або дифузний канцероматоз із розмірами відсівів більше 2 см у діаметрі.

Іншим етапом лікування наразі є комбінація цитостатиків та гіпертермії при інвазивному процесі. Ідея інтра-

операційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy – HIPEC) базується на поєднанні внутрішньочеревного введення хіміопрепаратів та локальної гіпертермії на уражені ділянки глибиною не більше 1–3 мм.

Були використані загальноприйняті клініко-лабораторні, інструментальні, радіологічні методи дослідження та визначення показників рівня онкомаркерів.

Презентація клінічного випадку

Пацієнтка І., 52 роки, госпіталізована у відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ НАМНУ» з діагнозом: Suspicio Са правого яєчника. Асцит. Хронічний калькульозний холецистит.

Скарги на момент огляду на загальну слабкість, збільшення живота у розмірах та на біль внизу живота, який турбував жінку з початку 2016 р.

З анамнезу життя відомо, що 20 років тому їй була проведена апендектомія.

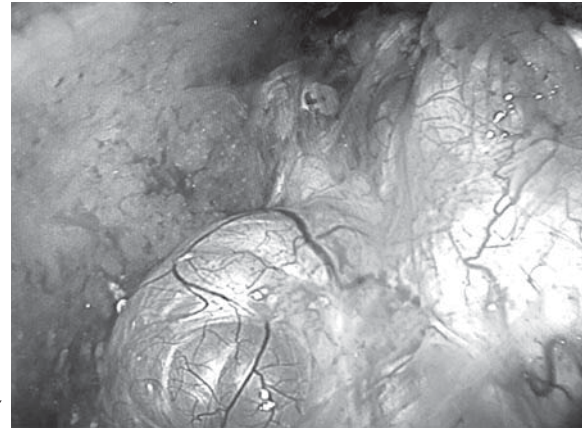
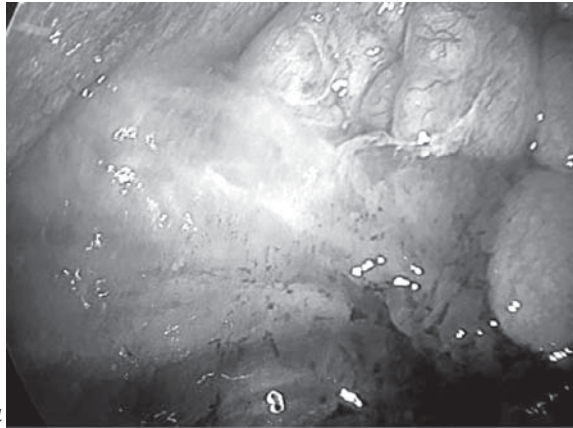
Акушерський анамнез: вагітностей – 5: пологи – 1, медичні аборти – 3, мимовільний викидень – 1.

Проведено повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

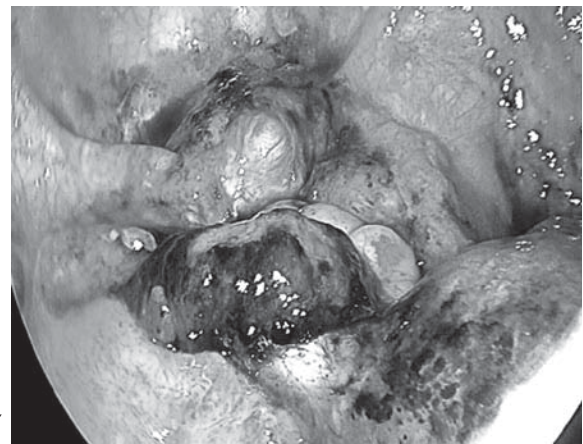
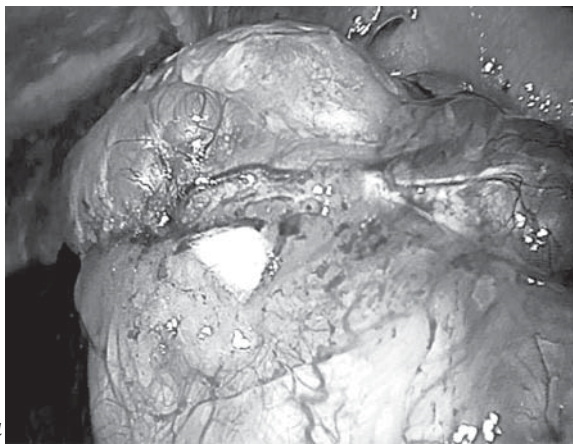
Дані спіральної комп'ютерної томографії органів малого таза та черевної порожнини від 15.03.17: в обох піддіафрагмальних та підпечінковому просторах, обох бічних каналах, між петлями кишечника, матково-прямокишковому заглибленні визначається рідина щільністю до +14 НУ, жирова клітковина черевної порожнини та жирова клітковина малого таза ущільнені. Пристінкова очеревина передньої черевної стінки значно ущільнена.

Матка у положенні антефлексії, з гладенькими контурами, нормальної конфігурації, розмірами 50×38×60 мм, при внутрішньовенному контрастуванні характерно контрастується. Порожнина матки чітко не контурується. Яєчники на тлі випоту чітко не диференціюються. У правій яєчниковій ямці на тлі випоту слабо диференціюється об'ємне неоднорідне кістозно-солідне утворення з умовними розмірами 65×90×100 мм, зі стінкою товщиною 2 мм, неоднорідне, з ділянкою жирової щільності розмірами 40×33×45 мм, солідним компонентом розмірами 21×44×25 мм (тканина яєчника?), стінка утворення з ділянками звапніння. Ознак інвазії прилеглих відділів тіла матки та петель кишечника не виявлено. До утворення підходять яєчникові судини. При внутрішньовенному контрастуванні – солідний компонент утворення з ознаками інтенсивного контрастування.

В екскреторну фазу контрастування ознак порушень



Мал. 1а,б. Псевдоміксом очеревини



Мал. 2а,б. Пухлина з перекрутом і перфорацією у ділянці правого яєчника

пасажу сечі вздовж сечовидільних шляхів не виявлено. Лімфатичні вузли без ознак патології.

Заключення: КТ-ознаки асцити, ущільнення та набряку парієтальної очеревини, утворення правої яєчничкової ямки (дермоїдна кіста? Са?). Виразений асцит та ущільнення очеревини свідчать про злоякісне утворення яєчничкової ямки.

УЗД органів черевної порожнини: детальна візуалізація утруднена: асцит. Жовчний міхур овальної форми, розмірами 78×37 мм, стінка ущільнена, містить гіперехогенні утворення розмірами 19×15 мм, 21×17 мм, 16×8 мм, які дають ехо-тінь. Визначається вільна рідина: у правому верхньому квадранті черевної порожнини вертикальним розміром до 120×42 мм, у лівому нижньому квадранті черевної порожнини вертикальним розміром до 85×77 мм. Також визначається вільна рідина між петлями кишечника.

Заключення: УЗ-ознаки асцити, калькульозного холециститу. За даними результатів дослідження рівня онкомаркерів: СА125 – 36, 41 од/мл, НЕ 4 – 33,71 пмоль/л.

Після передопераційної підготовки було проведено оперативне лікування. Виконана хірургічна лапароскопія. Двобічна тубоваріоектомія, холецистектомія. Експузія асцити. Санація та дренування черевної порожнини й малого таза.

Оцінювання обсягу циторедукції проводилося за індексом, запропонованим Р. Sugarbaker, – СС-0. Особливістю операції було накопичення желатиноподібного вмісту в об'ємі до 2 л, що розцінено як асцитична рідина (мал. 1а). Під час ревізії органів малого таза у ділянці правого яєчника виявлена пухлина з перекрутом і перфорацією до 11 см у ді-

метрі (мал. 1б; 2а,б).

Макропрепарати відправлено на патогістологічне дослідження (ПГД). За даними ПГД виявлена погранична муцинозна цистаденома. В асцитичній рідині імунохімічно не підтверджено наявності Мтс карциноми. Хронічний холецистит поза загостренням. Пацієнтка виписана на 5-у добу після операційного періоду у задовільному стані.

Ураховуючи дані патогістологічного дослідження, проведені хірургічна лапароскопія, оментумектомія, експузія асцитичної рідини. За даними результатів ПГД – сальник без ознак інфільтративного ураження. З огляду на дані заключення, клінічний стан був класифікований як дифузний перитонеальний аденомуциноз. Під час планового огляду через 6 міс після останнього оперативного лікування за даними УЗД органів малого таза вільної рідини у порожнині малого таза не виявлено. УЗД органів черевної порожнини виключило наявність вільної рідини та будь-якої патології. Відбулося значне покращання загального стану пацієнтки. Онкомаркери у межах референтних значень.

ВИСНОВКИ

Наведений клінічний випадок відображає рідкісне поєднання пограничної пухлини яєчника та псевдоміксом очеревини. Це підтверджує ефективність циторедуктивної операції, однак залишаються дискусійними питання доцільності хіміотерапії у пацієнтів із пухлинами потенційно низького ступеня злоякісності з дифузним перитонеальним аденомуцинозом.

Пограничная муцинозная цистаденома яичника как причина возникновения псевдомиксомы брюшины (Презентация клинического случая)
В.Л. Дронова, А.И. Дронов, Л.А. Рощина, О.И. Бублиева

Псевдомиксома брюшины (ПМБ) – это редкое клиническое состояние, характеризующееся локализованным или генерализованным накоплением желатиноподобного содержания, связанным в большинстве случаев с муцинозными опухолями органов пищеварительного тракта, реже – яичников.

На основании презентации клинического случая ПМБ, обусловленной пограничной неоплазией яичника, проанализировано влияние циторедукции на дальнейшее течение болезни как самостоятельного метода лечения.

Приведенный в статье клинический случай отражает редкое сочетание пограничной опухоли яичника с ПМБ. Доказана эффективность выполнения циторедуктивной операции, которая ставит под сомнение целесообразность проведения химиотерапии у пациентов с опухолями потенциально низкой степени злокачественности.

Ключевые слова: пограничная муцинозная цистаденома, псевдомиксома брюшины, циторедукция.

Boderline mucinous cystadenoma as the origin of pseudomyxoma peritonei (Presentation of a clinical case)
V.L. Dronova, O.I. Dronov, L.O. Roschyna, O.I. Bubliieva

Peritoneal pseudomyxoma (PMP) is a rare clinical condition characterized by a localized or generalized accumulation of gelatin-like content, associated in most cases with mucinous tumors of the digestive tract, and more rarely ovaries.

Based on the presentation of the clinical case of MBP caused by ovarian border neoplasia, the effect of cytoreduction on the further course of the disease as an independent treatment method was analyzed.

The clinical case presented in this article reflects a rare combination of borderline ovarian tumor with PMP. The effectiveness of performing cytoreductive surgery has been proved, which calls into question the advisability of chemotherapy in patients with tumors of a potentially low degree of malignancy.

Key words: borderline mucinous cystadenoma, pseudomyxoma peritonei, debulking.

Сведения об авторах

Дронова Виктория Леонидовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63. E-mail: oog_ipag@ukr.net

Дронов Алексей Иванович – Кафедра общей хирургии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Киевский центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков имени В.С. Земскова, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63

Рощина Лариса Александровна – Кафедра общей хирургии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63

Бублиева Ольга Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаев А.Г., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.И. Современные подходы к лечению псевдомиксомы брюшины // Российский онкологический журнал. – 2013. – № 5.
2. Ferreira C.R., Carvalho J.P., Soares F.A., Siqueira S.A.C., Carvalho F.M. Mucinous ovarian tumors associated with pseudomyxoma peritonei of adenomucinos type: immunohistochemical evidence that they are secondary tumors. Int.J. Gynecol.Cancer 2008. – P. 59–65.
3. Petrus Järvinen. Diagnosis and Treatment of Pseudomyxoma Peritonei. Department of Surgery. – Helsinki University Central Hospital Faculty of Medicine, University of Helsinki, 2014.
4. Moran B., Baratti D., Yan T.D. et al. (2008). Consensus statement on the loco-regional treatment of appendiceal mucinous neoplasms with peritoneal dissemination (pseudomyxoma peritonei). – J. Surg. Oncol., 98. – P. 277–282.
5. Yonemura Y. The natural history of free cancer cells in the peritoneal cavity / Y. Yonemura, T. Kawamura, E. Bandouet al. // Recent Results Cancer Res. – 2007. – Vol. 169. – P. 11–23.
6. Ronnett B.M., Shmookler B.M., Sugarbaker P.H., Kurman R.J. (1997). Pseudomyxoma peritonei: new concepts in diagnosis, origin, nomenclature, relationship to mucinous borderline (low malignant potential) tumors of the ovary. In: Fechner R.E., Rosen P.P., eds. – Anatomic Pathology. Chicago: ASCP Press. – P. 197–336.
7. Carr N.J., Sobin L.H. (2010). Adenocarcinoma of the appendix. In: Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., et al., eds. WHO classification of tumors of the digestive system. Lyon: IARC. – P. 122–125.
8. Carr N.J., Cecil T., Mohamed F. et al. (2016). A consensus for classification and pathologic reporting of pseudomyxoma peritonei and associated appendiceal neoplasia. The results of the Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) modified Delphi process. Am. J. Surg. Pathol, 40 (1). – P. 14–26.
9. Wong R.J., De Cosse J.J. (1990). Cytoreductive surgery. J. Surg. Gynecol. Obstet., 170 (3). – P. 276–281.
10. Gilly F.N., Carry P.Y., Sayag A.C., Brachet A., Panteix G., Salle B. et al. Regional chemotherapy (with Mitomycin C) and intraoperative hyperthermia in abdominal cancer with peritoneal canceromatosis. Hepato gastroenterology. 1994. – P. 12–49.
11. Pranesh N.I., Menasce L.P., Wilson M.S., O'Dwyer S.T. Pseudomyxoma peritonei: unusual origin from an ovarian mature cystic teratoma. J Clin Pathol. – 2005 Oct; 58(10). – P. 11–157.

Статья поступила в редакцию 16.01.2018

Результати контрольованої стимуляції овуляції у програмах донації ооцитів

Т.О. Продан, Н.О. Данкович, О.М. Бабенко

Медичний центр «Мати та дитина», м. Київ

Мета дослідження: вивчення ефективності контрольованої стимуляції овуляції у донорів ооцитів залежно від протоколу стимуляції.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проаналізовано медичну документацію 120 донорів ооцитів, яким проводили стимуляцію суперовуляції у медичному центрі «Мати та дитина» у 2012–2015 рр. Усі картки були розділені на дві групи: у першу групу увійшли жінки, у яких у циклі стимуляції для попередження передчасних піків лютеїнізуючого гормону використовували агоніст гонадотропін-рилізінг-гормону (а-ГнРГ) (n=70), а у другу – жінки, у яких використовували антагоніст ГнРГ (n=50).

Результати. Середня тривалість стимуляції при використанні а-ГнРГ була у середньому на 2 дні довше. Загальна кількість витраченого рекомбінантного фолікулостимулювального гормону була також достовірно (у середньому на 500 МО) більше, а отриманих фолікулів та яйцеклітин – менше.

Заключення. Отже, проведене дослідження встановило, що оптимальним у програмах отримання донорських ооцитів є протокол стимуляції суперовуляції з використанням щодобових доз антагоніста гонадотропін-рилізінг-гормонів для попередження передчасних піків лютеїнізуючого гормону. Подальший пошук з метою оптимізації схем стимуляції суперовуляції у донорів доцільно проводити у межах саме даного протоколу.

Ключові слова: екстракорпоральне запліднення, стимуляція суперовуляції, донорство ооцитів.

Проблема інфертильності подружніх пар набуває сьогодні не тільки медичного, а й великого соціально-демографічного та економічного значення [1]. За даними ВООЗ (2009), більше 100 млн подружніх пар безплідні, і їхня кількість з кожним роком збільшується [1]. Частота безплідних шлюбів серед подружніх пар репродуктивного віку коливається від 20% до 30% [2, 3]. Причиною безплідного шлюбу у 40–50% випадків є патологія репродуктивної системи у одного з партнерів, рідше – у 25–30% – у обох [4]. Методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є найбільш ефективними у подоланні різних форм чоловічої і жіночої безплідності. Вони розвиваються і удосконалюються, з їхньою допомогою у світі народилося більше 2 млн дітей. Однак, незважаючи на всі досягнення, частота настання вагітності все ще залишається порівняно низькою і становить 25–30% на цикл лікування, причому за останні 10 років цей показник істотно не змінився [1]. Можливо, це пов'язано з великою кількістю різних чинників, що впливають на репродуктивний процес.

Дуже важливе питання можливості настання вагітності у жінок з тяжкими або некурабельними (незворотними) змінами в яєчниках. При цьому функція яєчників, хоча і частково, може бути збережена або бути відсутньою. Для лікування безплідності, зумовленої наведеними вище факторами, широко застосовується програма донації ооцитів. Показання до донації ооцитів: первинне випадання функції яєчників через агенезію і/або дисгенезію гонад; передчасне випадання функції яєчників – гіпергонадотропна аменорея у жінок молодше

35 років; передчасне ятрогенне випадання функції яєчників – гіпергонадотропна аменорея у жінок внаслідок хірургічного втручання чи радіаційного або хіміотерапевтичного ураження гонад; синдром резистентних яєчників; пізній репродуктивний вік жінки; носійство автосомно-рецесивних хвороб; менопауза [4].

Згідно з Наказом МОЗ України № 787 проведення запліднення *in vitro* (ЗІВ) з використанням донорських ооцитів можливо у наступних випадках: відсутність ооцитів – набута чи вроджена, зумовлена природною менопаузою; ризик передачі спадкових захворювань; невдалі повторні спроби ЗІВ за низької якості ембріонів та незадовільного реагування яєчників на контрольовану стимуляцію і неодноразового отримання ооцитів та ембріонів низької якості [5]. У літературі не існує єдиного погляду щодо протоколів стимуляції у донорів ооцитів. Також не було знайдено даних щодо їхньої ефективності.

Мета дослідження: вивчення ефективності контрольованої стимуляції овуляції у донорів ооцитів залежно від протоколу стимуляції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано медичну документацію 120 донорів ооцитів, яким проводили стимуляцію суперовуляції у медичному центрі «Мати та дитина» у 2012–2015 рр. Усі картки були розділені на дві групи. У першу групу увійшли жінки, у яких в циклі стимуляції для попередження передчасних піків лютеїнізуючого гормону (ЛГ) використовували агоніст гонадотропін-рилізінг-гормону (а-ГнРГ; n=70), а в другу – жінки, у яких використовували антагоніст ГнРГ (ант-ГнРГ; n=50).

До групи донорів ооцитів включали жінок з наступними характеристиками: вік у межах від 20 до 30 років, відсутність шкідливих звичок, будь-якої соматичної патології, наявність нормального каріотипу, наявність хоча б одних положів в анамнезі. Пацієнтки обох груп отримували з 2–3-го дня менструації у межах протоколу контрольованої стимуляції овуляції щодобові ін'єкції фолітропіну бета по 150–200 МО залежно від ІМТ та кількості антральних фолікулів (КАФ) у формі підшкірних ін'єкцій протягом 6–12 днів. У разі досягнення щонайменше 3 фолікулів розміром 17 мм пацієнткам вводили хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) 5000 МО внутрішньом'язово. Через 36 год після введення ХГЛ проводили трансвагінальну пункцію фолікулів. У першій групі а-ГнРГ (триптореліну ацетат 3,75 мг) використовували з 21-го дня попереднього до стимуляції циклу у формі щодобових ін'єкцій, а у другій групі – ант-ГнРГ (ганіреліксу ацетат 0,5 мг/мл) – з 6-го або 7-го дня стимуляції у формі щодобових ін'єкцій. Зазначені препарати вводили до дня, який передував введенню ХГЛ.

Оцінювали тривалість стимуляції, кількість витрачених препаратів, отриманих фолікулів, яйцеклітин та їхню якість.

Оброблення даних проводили з використанням методів варіаційної статистики, рангового критерію Манна–Уїтні, χ^2 -критерію і точного критерію Фішера.

Результаты контролируемой стимуляции яичников доноров ооцитов

Показник	Перша група, n=70	Друга група, n=50
Період стимуляції, доба	13,03±0,04	11,25±0,05*
Кількість рФСГ, МО	2450,19±121,43	1960,67±117,26*
Кількість отриманих фолікулів	25,15±0,77	32,41±0,83*
Кількість отриманих ооцитів	21,07±0,38	20,59±0,42
Кількість зрілих ооцитів	16,53±0,17	19,12±0,21*

Примітка. * – Різниця між групами статистично вірогідна, $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені донори ооцитів були у віці від 20 до 30 років, середній вік достовірно не відрізнявся по групах і становив $26,15 \pm 0,35$ року і $25,73 \pm 0,68$ року відповідно у першій та другій групах ($p > 0,05$). Між групами не зареєстровано статистично значущих відмінностей за соціальним станом, соматичним, гінекологічним та репродуктивним анамнезом ($p > 0,05$).

Усі жінки мали щонайменше 1 пологу в анамнезі, позаяк це було одним з обов'язкових критеріїв відбору до програм донорства ооцитів. Середня кількість вагітностей ($1,85 \pm 0,16$ та $1,92 \pm 0,18$ відповідно по групах) та пологів ($1,34 \pm 0,12$ та $1,27 \pm 0,09$ відповідно по групах) в обох групах дослідження була подібна ($p > 0,05$).

Вивчення клінічних даних продемонструвало відсутність ожиріння в усіх обстежених: ІМТ у жінок обох груп істотно не відрізнявся та становив $21,84 \pm 1,28$ та $22,27 \pm 1,63$ кг/м² відповідно. Основні показники гормонального статусу у всіх обстежених донорів ооцитів були у межах норми ($p > 0,05$) та не відрізнялись від таких у здорових жінок [6].

Ультразвукове дослідження (УЗД) не виявило патологічних утворень органів малого таза. КАФ у донорів обох груп становила 8–10 на один яєчник: $8,45 \pm 0,76$ й $9,12 \pm 0,68$ відповідно по групах ($p > 0,05$).

Усім жінкам після повного клініко-лабораторного обстеження на 2–3-й день менструального циклу виконували УЗД органів малого таза і за відсутності патологічних утворень у яєчниках, структурних змін ендометрія та його товщини не більше 3,5 мм починали стимуляцію суперовуляції. Середня тривалість стимуляції (таблиця) у пацієнток першої групи становила у середньому $13,03 \pm 0,04$ доби порівняно з $11,25 \pm 0,05$

доби ($p < 0,05$) у другій групі. Тобто стимуляція суперовуляції при використанні а-ГнРГ тривала на 2 дні довше, ніж при використанні ант-ГнРГ. Загальна кількість витраченого рФСГ була також достовірно більшою – на 500 МО ($2450,19 \pm 121,43$ МО порівняно з $1960,67 \pm 117,26$ МО; $p < 0,05$).

Кількість отриманих фолікулів при використанні ант-ГнРГ була вірогідно більшою ($32,41 \pm 0,83$ порівняно з $25,15 \pm 0,77$ при використанні а-ГнРГ; $p < 0,05$). Тоді як кількість отриманих ооцитів вірогідно не відрізнялась і становила близько 20 яйцеклітин ($21,07 \pm 0,38$ та $20,59 \pm 0,42$ відповідно по групах; $p > 0,05$). У той самий час кількість якісних (зрілих) ооцитів у першій групі була вірогідно меншою ($16,53 \pm 0,17$ та $19,12 \pm 0,21$ відповідно по групах; $p < 0,05$).

Вивчення ускладнень перебігу контролюваної стимуляції яєчників засвідчило, що у 23 (32,85%) жінок першої групи та у 7 (14,00%) жінок другої групи розвинувся синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) 1-го ступеня ($p < 0,05$), а ще у 2 (2,86%) жінок, у яких використовували а-ГнРГ, – СГЯ 3-го ступеня.

Отже, проведене ретроспективне дослідження встановило, що у донорів ооцитів використання а-ГнРГ збільшує тривалість стимуляції, кількість використаного препарату ФСГ з паралельним зменшенням кількості отриманих яйцеклітин та зниженням їхньої якості.

ВИСНОВКИ

Оптимальним у програмах отримання донорських ооцитів є протокол стимуляції суперовуляції з використанням щодобових доз антагоніста гонадотропін-рилізінг-гормонів для попередження передчасних піків ЛГ. Подальший пошук з метою оптимізації схем стимуляції суперовуляції у донорів доцільно проводити у межах саме даного протоколу.

Результаты контролируемой стимуляции
овуляции в программах донации ооцитов
Т.А. Продан, Н.А. Данкович, О.М. Бабенко

Цель исследования: изучение эффективности контролируемой стимуляции овуляции у доноров ооцитов в зависимости от протокола стимуляции.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была проанализирована медицинская документация 120 доноров ооцитов, которым проводили стимуляцию суперовуляции в медицинском центре «Мать и ребенок» в 2012–2015 гг. Все карточки были разделены на две группы: в первую группу вошли женщины, у которых в цикле стимуляции для предупреждения преждевременных пиков лютеинизирующего гормона использовался агонист гонадотропин-рилизинг-гормона (а-ГнРГ) (n=70), а во вторую – женщины, у которых использовали антагонист ГнРГ (n=50).

Результаты. Средняя продолжительность стимуляции при использовании а-ГнРГ была в среднем на 2 дня дольше. Общее количество затраченного рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона было также достоверно (в среднем на 500 МЕ) больше, а полученных фолликулов и яйцеклеток – меньше.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование установило, что оптимальным в программах получения донорских ооцитов является протокол стимуляции суперовуляции с использованием ежедневных доз антагониста гонадотропин-рилизинг-гормонов для предупреждения преждевременных пиков лютеинизирующего гормона. Дальнейший поиск с целью оптимизации схем стимуляции суперовуляции у доноров целесообразно проводить в рамках именно данного протокола.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, стимуляция суперовуляции, донорство ооцитов.

Results of controlled ovarian stimulation
in programs of oocyte donation
T.A. Prodan, N.O. Dankovich, O.M. Babenk

The objective: of the study was to study the effectiveness of controlled ovarian stimulation in oocyte donors depending on the stimulation protocol.

Materials and methods. To achieve this goal, the medical documentation of 120 oocyte donors was analyzed, which was stimulated in the Medical Center «Mother and Child» in 2012–2015. All medical cards were divided into two groups: the first group included women in which was used a gonadotropin-releasing hormone agonist (n=70) in the stimulation cycle to prevent premature luteinizing hormone peaks (n=70), and the second group used an antagonist (n=50).

Results. The average duration of stimulation in case of usage of gonadotropin-releasing hormone agonists was on average 2 days longer. The total amount of recombinant follicle-stimulating hormone was also significantly (on average 500 IU) more, and the resulting follicle and oocytes – less.

Conclusion. Thus, the study showed that optimal protocol for obtaining donor oocytes is a protocol with usage daily doses of a gonadotropin-releasing hormone antagonist to prevent premature luteinizing hormone peaks. Further search for the purpose of optimizing the schemes of stimulation of superovulation in donors is to be carried out within the framework of this particular protocol.

Key words: in vitro fertilization, stimulation of superovulation, donation of oocytes.

Сведения об авторах

Продан Татьяна Анатольевна – Медицинский центр «Мать и ребенок», 04114, г. Киев, ул. Макеевская, 8; тел.: (044) 251-32-51, (067) 465-97-65. E-mail: t.prodan@mdclinics.com.ua

Данкович Наталия Александровна – Медицинский центр «Мать и ребенок», 04114, г. Киев, ул. Макеевская, 8; тел.: (044) 251-32-51. E-mail: n.dankovich@mdclinics.com.ua

Бабенко Оксана Михайловна – Медицинский центр «Мать и ребенок», 04114, г. Киев, ул. Макеевская, 8; тел.: (044) 251-32-51. E-mail: o.babenko@mdclinics.com.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| 1. Палыга И.Е. Клинический анализ неудачных попыток использования вспомогательных репродуктивных технологий/И.Е. Палыга //Здоровье женщины. – 2013. – № 8 (84). – С. 164–166. | 2. Гюдайс Л.С. Имплантирующаяся оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32. | 3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 15–18. | 4. Авраменко Н. В. Вспомогательные репродуктивные технологии// Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 3 (84). – С. 95–100. | 5. Наказ МОЗ від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні». |
| 6. Лабораторный справочник СИНЭВО/Под ред. Небыльцовой О.В. – К.: ООО «Доктор5Медиа», 2011. – 420 с. | | | | |
- Статья поступила в редакцию 18.01.2018

**СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ**

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF**

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

Контактный телефон редакции +38 044 498-08-80

Сайт www.med-expert.com.ua

e-mail: pediatr@med-expert.com.ua

Контактное лицо: Шейко Ирина Александровна

Оптимізація хірургічного лікування поєднаної патології матки і генітального пролапсу

М.Л. Куземенська, С.Є. Гладенко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: зниження частоти рецидивування генітального пролапсу у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, яких оперували з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали відмітні особливості у пацієнток різних клінічних груп. Розподілення пацієнток на клінічні групи проведено залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого чи ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

Результати. Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з генітальним пролапсом складає 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидивування (6,7%) має місце у жінок без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією. **Заключення.** Використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидивування та покращити якість життя жінок.

Ключові слова: поєднана патологія матки, генітальний пролапс, хірургічне лікування.

За даними сучасної літератури, поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс посідають провідні місця у структурі гінекологічної захворюваності, а основним способом лікування цих патологій є оперативний [1–2].

В умовах сьогодення існують як різні точки зору про можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [3–4]. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу приводить до поляризації думок про доцільність застосування малоінвазивних технологій у разі великих розмірів лейоміоми і супутнього опущення стінок піхви [5–6].

Дані різних авторів свідчать, що, з одного боку, немає обмежень для виконання лапароскопічної операції з видалення матки [1, 3], а з іншого – наявність надмірно конфронтаційного шляху розвитку, за якого прагнуть до розроблення «стандартних для всіх» альтернатив і який не завжди продуктивний [2, 4].

Залишаються до сьогодні не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без і з генітальним пролапсом. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє висвітлення наведених аспектів проблеми, що було підставою до проведення даного дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти рецидивування генітального пролапсу у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

еднаної патології матки на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Програмою представленого дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими і складними формами генітального пролапсу за використанням вагінального оперативного доступу.

Під час виконання даного дослідження був проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, яких оперували з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподілення пацієнток на клінічні групи проведено залежно від показань до видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого або не ускладненого стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

- 1-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія (ВГ) у поєднанні з кульдопластикою за Макколлом і кольпоперинеолеваторопластикою.
- 2-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія за Мейо (ВГМ).
- 3-я група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластикою, фіксацією купола піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковоагінопексією (мінімізований слінг) (ВГФКП).

Пацієнткам репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і за наявності показань для її видалення виконували вагінальну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу купола піхви.

Пацієнткам репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і супутнім генітальним пролапсом за наявності показань до гістеректомії виконували вагінальну екстирпацію матки з одномоментною хірургічною корекцією різних форм пролапсу.

Обстеження хворих перед операцією включало вивчення анамнезу з урахуванням соматичних і гінекологічних захворювань, аналіз менструальної і репродуктивної функцій, перенесених раніше оперативних втручань.

Усім пацієнткам амбулаторно і під час госпіталізації проводили комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки; грудних залоз, регіонарних лімфатичних вузлів; клінічні аналізи крові і сечі; ЕКГ; біохімічне дослідження крові; коагулограму; ультразвукове дослідження органів малого таза; кольпоскопію; при аденоміозі, поширеному генітальному ендометріозі та інтралігаментарному розташуванні міоматозних вузлів додатково – гістероскопію, екскреторну урографію, цистоскопію, ректороманоскопію і УЗД з контрастуванням передньої стінки прямої кишки (за допомогою спеціального балончика з латексної гуми, що вводиться у пряму кишку). У хворих із стресовою інконтиненцією проводили поглиблені уродинамічні і ехографічні дослідження.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що одним з основних показань до виконання тотальної гістеректомії у пацієнток з поєднаною патологією матки без і з генітальним пролапсом є різноманітна патологія шийки матки (70,0%).

У патогенезі генітального пролапсу провідну роль відіграють тривале підвищення внутрішньочеревного тиску: висока частота захворювань травного тракту (30,0%) та бронхолегеневої системи (23,3%), а також дисплазія сполучної тканини: значний рівень ендокринної патології (33,3%), варикозної хвороби (23,3%) та гриж різної локалізації (10,0%).

Сучасні методи хірургічного лікування дозволяють виключити з абсолютних протипоказань до проведення вагінальної гістеректомії наступні: розміри матки більше 12 тиж вагітності, доброякісні утворення яєчників, інфільтративні форми ендометріозу (ретроцервікальний ендометріоз), спайковий процес у малому тазі і черевній порожнині після перенесених раніше хірургічних операцій, відсутність пролапсу статевих органів (чи передчасних пологів в анамнезі).

У віддалений період після операції – через два роки при використанні диференційованого підходу – поліпшення якості життя відзначене у всіх прооперованих жінок, але ці зміни були достовірними ($p < 0,05$) лише за наявності генітального

пролапсу. Провідними показниками оцінки якості життя пацієнток з генітальним пролапсом є фізична активність, соціальна ізоляція і емоційні реакції.

У разі хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спинномозкова анестезія), що дозволяє скоротити тривалість операції, зменшити об'єм крововтрати і ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорити і полегшити післяопераційну реабілітацію у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і старечого віку.

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з генітальним пролапсом становить 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидивування (6,7%) спостерігається у жінок без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність терапії, знизити частоту рецидивування та покращити якість життя жінок.

Optimization of surgical treatment of the combined pathology of uterus and genital prolapse

M.L. Kuzemenskaya, S.E. Gladenko

The objective: depression of frequency of receding of genital prolapse at women after surgical treatment of the combined pathology of uterus on the basis of development and deployment of the differentiated approach to choice of technique of operation.

Materials and methods. We carried out the analysis of results of surgical treatment of 90 patients which were operated concerning benign diseases of uterus and genital prolapse with use of vaginal quick access. As the main (basic) operation by all patient was executed vaginal hysterectomy. Options of vaginal operations had essential features at patients of various clinical groups. Separation of patients into clinical groups was made depending on indications for excision of uterus, existence of an accompanying prolapse of genitalias (complicated or with stressful incontinence of urine) and age of patients.

Results. Efficiency of the differentiated approach at surgical treatment of the combined pathology of uterus with genital prolapse makes 96,7%, thus 83,3% of women consider themselves healthy. The highest frequency of receding (6,7%) takes place at women without genital prolapse by which the hysterectomy was executed only concerning benign diseases of uterus of appendages with laparoscopic assistention.

Conclusion. Use of the differentiated approach to surgical treatment of the combined pathology of uterus and genital prolapse allows to increase efficiency, to reduce the frequency of receding and to improve quality of life of women.

Key words: combined pathology of uterus, genital prolapse, surgical treatment.

Оптимизация хирургического лечения сочетанной патологии матки и генитального пролапса

М.Л. Куземе́нская, С.Е. Гладе́нко

Цель исследования: снижение частоты рецидивирования генитального пролапса у женщин после хирургического лечения сочетанной патологии матки на основе разработки и внедрения дифференцированного подхода к выбору методики операции.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов хирургического лечения 90 пациенток, которых прооперировали по поводу доброкачественных заболеваний матки и генитального пролапса с использованием вагинального оперативного доступа. Как основная (базовая) операция всем больным была выполнена вагинальная гистерэктомия. Варианты вагинальных операций имели отличительные особенности у пациенток различных клинических групп. Разделение пациенток на клинические группы было проведено в зависимости от показаний для удаления матки, наличия сопутствующего пролапса половых органов (осложненного или со стрессовым недержанием мочи) и возраста больных.

Результаты. Эффективность дифференцированного подхода при хирургическом лечении сочетанной патологии матки с генитальным пролапсом составляет 96,7%, при этом 83,3% женщин считают себя вылеченными. Наиболее высокая частота рецидивирования (6,7%) имеет место у женщин без генитального пролапса, которым гистерэктомия была выполнена только по поводу доброкачественных заболеваний матки и придатков с лапароскопической ассистенцией.

Заключение. Использование дифференцированного подхода к хирургическому лечению сочетанной патологии матки и генитального пролапса позволяет повысить эффективность, снизить частоту рецидивирования и улучшить качество жизни женщин.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, генитальный пролапс, хирургическое лечение.

Сведения об авторах

Куземе́нская Марина Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел: (0542) 33-00-24

Гладе́нко Светлана Евгеньевна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел: (0542) 33-00-24

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., 2017. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки // Акушерство и гинекология: 40–44.
2. Балалыкин А.С., 2016. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: К: 152.
3. Балан В.Е., 2016. Менопаузальный синдром. М.: 128.
4. Bachmann GA., 2015. Hysterectomy – a critical review // J. Reprod Med : 35 : 839.
5. Borten M., 2016. Laparoscopic Complications. Toronto: Decker : 125.
6. Brune LB., Schonlenben K., 2016. Laparo – Endoscopische Chirurgie. Munchen : Marsielle : 45 : 253–254.

Статья поступила в редакцию 18.01.2018

Роль електроміографії у діагностиці та лікуванні жінок змішаної групи з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки

С.О. Возіанов¹, М.П. Захараш², П.В. Чабанов¹, Ю.М. Захараш², Н.А. Севастьянова¹, В.Ю. Угаров¹, А.С. Репринцева³

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

³КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Солом'янського району, м. Київ

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів і дистального відділу товстої кишки.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 30 жінок, оцінювання ефективності лікування яких проводили за допомогою клінічних та електроміографічних обстежень. **Результати.** Установлено, що електроміографія відображає функціональний стан сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки при їхній поєднаній патології. Отримані результати були підставою для обґрунтування принципів диференційованого лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, що дозволило підвищити ефективність лікування.

Заключення. Консервативне лікування пацієнтів даної категорії за допомогою електростимуляції є ефективним.

Ключові слова: нейрогенні розлади сечовипускання, нейрогенна дисфункція кишечника, електроміографія, електростимуляція.

Аналіз літератури, присвячений проблемі діагностики функціонального стану нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки, свідчить про те, що комплексне застосування існуючих методів обстеження не може дати повного уявлення про патогенез поєднаної нейрогенної патології сечового міхура та товстої кишки, визначення етіологічних чинників, які є причиною їхнього виникнення. Тому діагностика даної патології продовжує вдосконалюватися [1–3].

Сьогодні не викликають сумніву доцільність і перспективність використання нейрофізіологічних методів дослідження з метою вивчення функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки. До числа найбільш інформативних методів вивчення біоелектричної активності нервово-м'язових структур нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки належить електроміографія. Вона дозволяє здійснити об'єктивне, якісне і кількісне оцінювання функціонального стану нервово-м'язових структур, що забезпечують динамічну активність нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки [4, 5].

У якості перспективних напрямків дослідження слід визнати розроблення методів діагностики за допомогою електроміографії та диференційованих лікувально-профілактичних заходів щодо поєднаних нейрогенних розладів нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки, зокрема щодо попередження хронізації та прогресування патологічного процесу [6, 7].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 30 жінок з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

Для визначення функціонального стану м'язів, які забезпечують динамічну активність нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки, використовували електроміографію (ЕМГ) сечового міхура і сфінктерного апарату, анального сфінктера, м'язів тазового дна. Для посилення біоелектричної активності м'язів нижніх відділів сечової системи та дистальних відділів товстої кишки використовували електроміограф чотирьохканальний фірми «Медікор» (Угорщина). Дані ЕМГ оцінювали за показниками середнього значення сумарної біоелектричної активності.

Для проведення електростимуляції хворого вкладають на спину, процедуру проводять на спорожнілому сечовому міхурі та дистальному відділі товстої кишки із застосуванням двох пластинчастих електродів, змочених фізіологічним розчином, які розташовують: один – на спині на рівні хребців S2-S4 перпендикулярно хребту, інший – у нижній ділянці живота над лобком.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній показник полакіурії у пацієнток до лікування становив $3,4 \pm 1,2$ разу, ніктурії – $2,8 \pm 0,6$ разу на добу, число імперативних позивів становило $2,4 \pm 0,5$ разу на добу, а імперативне нетримання сечі відзначали $3,1 \pm 0,67$ разу на добу.

Показник оцінювання за опитувальником PPVC становив $4,5 \pm 1,0$ бала.

Оцінка симптомів клінічних проявів патології дистальних відділів товстої кишки у жінок до лікування засвідчила, що закріп відзначали у хворих $5,1 \pm 0,9$ разу, нетримання газів – $4,8 \pm 0,7$ разу, нетримання рідкого калу у пацієнтів – $2,7 \pm 0,5$ разу, нетримання твердого калу – $1,2 \pm 0,2$ разу.

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано у цій групі хворих до лікування $19,8 \pm 1,2$ бала.

ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки визначила середнє значення різниці біопотенціалів детрузора – $25,2 \pm 1,3$ мкВ, стінки товстої кишки – $44,1 \pm 1,8$ мкВ, на внутрішньому сфінктері сечового міхура – $22,8 \pm 1,2$ мкВ, на зовнішньому сфінктері – $36,1 \pm 1,5$ мкВ. Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері $41,3 \pm 1,3$ мкВ, а на зовнішньому сфінктері – $51,5 \pm 1,4$ мкВ.

Ефективність лікування оцінювали після першого, третього та шостого курсів лікування, у результаті чого отримано наступні дані.

Показник полакіурії після першого курсу лікування становив $4,6 \pm 0,6$ разу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 26%; ні-

ктурії – $2,2 \pm 0,6$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 27,3%; імперативних позивів – $2,1 \pm 0,4$ разу на добу ($p > 0,2$), що відповідає зменшенню на 14,3%, а імперативне нетримання сечі відзначено $2,6 \pm 0,6$ разу на добу ($p > 0,2$) – на 19,2%.

Під час оцінювання результатів за опитувальником РРВС отримано покращення на 25%, а саме – $3,6 \pm 0,9$ бала ($p > 0,2$).

Під час оцінювання симптомів дистальних відділів товстої кишки були зафіксовані наступні зміни: кількість закрепів зменшилась у хворих до $4,2 \pm 1,1$ разу – на 21,4% ($p > 0,2$), нетримання газів – до $4,1 \pm 1,5$ разу – на 17% ($p > 0,2$), нетримання рідкого калу у пацієнтів цієї групи – до $2,1 \pm 0,9$ разу – на 28,6% ($p > 0,2$), нетримання твердого калу – до $1,1 \pm 0,1$ разу – на 9% ($p > 0,2$).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано зменшення до $15,5 \pm 0,6$ бала – на 27,7% ($p < 0,2$).

Після першого курсу лікування за показниками ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки було отримано наступне середнє значення різниці біопотенціалів: детрузора – $26,5 \pm 1,2$ мкВ, де покращення становило 4,9% ($p < 0,001$), стінки товстої кишки – $46,2 \pm 1,5$ мкВ (4,5%; $p < 0,001$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – $24,4 \pm 1,3$ мкВ (6,6%; $p < 0,001$), на зовнішньому сфінктері – $37,4 \pm 1,4$ мкВ (3,5%; $p < 0,001$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігалось на внутрішньому сфінктері $43,9 \pm 0,8$ мкВ (6%; $p < 0,001$), а на зовнішньому сфінктері – $54,1 \pm 1,8$ мкВ (4,8%; $p < 0,001$) відповідно.

Після третього курсу лікування за клінічними змінами отримано наступне. Стосовно полакіурії покращення становило $6,4 \pm 1,1$ разу на день (46,9%; $p < 0,1$), ніктурії – $1,9 \pm 1,1$ (47,4%; $p > 0,2$). Щодо імперативних позивів на сечовипускання покращення становило $1,7 \pm 0,1$ разу на добу (41,2%; $p > 0,2$), нетримання сечі – $2,1 \pm 0,1$ разу (47,6%; $p > 0,2$).

На підставі оцінки ефективності лікування після третього курсу за допомогою опитувальника РРВС отримано $2,9 \pm 0,1$ бала, що становить 55,2% ($p > 0,2$).

Аналізуючи динаміку змін симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих цієї групи, було зафіксовано: кількість закрепів зменшилась у хворих до $3,6 \pm 1,2$ разу (на 41,7%; $p > 0,2$), нетримання газів – до $3,1 \pm 0,9$ разу (на 54,8%; $p > 0,2$), нетримання рідкого калу у пацієнтів цієї групи – до $1,7 \pm 0,8$ разу (на 58,8%; $p > 0,2$), нетримання твердого калу – до $0,9 \pm 0,009$ разу (на 33,3%; $p < 0,2$).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 було отримано зменшення до $12,8 \pm 1,2$ бала – на 54,7% ($p < 0,01$).

За результатами третього курсу лікування були отримані наступні показники різниці біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки: детрузора – $28,3 \pm 1,1$ мкВ, де покращення становило 10,9% ($p < 0,1$), стінки товстої кишки – $50,3 \pm 1,7$ мкВ (12,3%; $p < 0,05$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – $26,3 \pm 1,5$ мкВ (13,3%; $p < 0,1$), на зовнішньому сфінктері – $39,5 \pm 1,2$ мкВ (8,6%; $p < 0,1$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері $45,1 \pm 1,2$ мкВ (8,4%; $p < 0,05$), а на зовнішньому сфінктері – $58,3 \pm 1,2$ мкВ (11,7%; $p < 0,05$) відповідно.

Після завершення шести курсів лікування у хворих зафіксовано значне покращення як клінічних, так і лабораторних результатів ЕМГ та УФМ. Відзначено частоту сечовипускання $8,7 \pm 1,2$ разу на день (60,9%; $p < 0,01$), ніктурії – $1,5 \pm 0,1$ разу (86,7%; $p < 0,05$), імперативні позиви зменшились до $1,3 \pm 0,1$ разу на добу (на 84,7%; $p < 0,05$), нетримання сечі – на $1,7 \pm 0,1$ разу (на 82,4%; $p < 0,05$).

Що стосується оцінки ефективності лікування за опитувальником РРВС, то покращення становило $2,4 \pm 0,1$ бала – на 87,5% ($p < 0,001$).

Стосовно симптомів дистальних відділів товстої кишки у хворих було відзначено, що кількість закрепів зменшилась до $2,8 \pm 0,7$ разу – на 82,1% ($p < 0,05$), нетримання газів – до $2,7 \pm 0,75$ разу – на 77,8% ($p < 0,05$), нетримання рідкого калу у пацієнтів цієї групи – до $1,5 \pm 0,3$ разу – на 80% ($p < 0,05$).

Під час оцінювання за опитувальником CRADI-8 отримано зменшення до $11,2 \pm 1,3$ бала – на 76,8% ($p < 0,02$).

Різниця біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки становила: детрузора – $31,8 \pm 0,6$ мкВ, де покращення відзначено на 20,8% ($p < 0,001$), стінки товстої кишки – $54,6 \pm 1,0$ мкВ (на 19,2%; $p < 0,05$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура – $28,1 \pm 1,2$ мкВ (на 18,9%; $p < 0,05$), на зовнішньому сфінктері – $44,5 \pm 1,1$ мкВ (на 18,9%; $p < 0,05$). Під час оцінювання сфінктерного апарату товстої кишки спостерігали на внутрішньому сфінктері $47,5 \pm 1,5$ мкВ (13,1%; $p < 0,01$), а на зовнішньому сфінктері – $61,8 \pm 1,7$ мкВ (16,7%; $p < 0,05$) відповідно.

ВИСНОВКИ

Отже, електроміографія відображає функціональний стан нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки та є об'єктивним критерієм для діагностики та ефективності лікування.

Роль электромиографии в диагностике и лечении женщин смешанной группы с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки

С.А. Возианов, М.П. Захараш, П.В. Чабанов, Ю.М. Захараш, Н.А. Севастьянова, В.Ю. Угаров, А.С. Репринцева

Цель исследования: повышение эффективности лечения женщин с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевых путей и дистального отдела толстой кишки.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 женщин, оценку эффективности лечения которых проводили с помощью клинических и электромиографических обследований.

Результаты. Установлено, что электромиография отображает функциональное состояние мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки при их сочетанной патологии. Полученные результаты были основой для обоснования принципов дифференцированного лечения больных с сочетанной нейрогенной патологией нижних мочевыводящих путей и дистальных отделов толстой кишки, что позволило повысить эффективность лечения.

Заключение. Консервативное лечение пациентов данной категории с помощью электростимуляции является эффективным.

Ключевые слова: нейрогенные расстройства мочеиспускания, нейрогенная дисфункция кишечника, электромиография, электростимуляция.

The role of electromyography in the diagnosis and treatment of women a mixed group with combined pathology of neurogenic lower urinary tract and the distal colon

S.O. Vozianov, M.P. Zakharash, P.V. Chabanov, Yu.M. Zakharash, N.A. Sevastyanova, V.Yu. Ugarov, A.S. Reprintseva

The objective: increase the effectiveness of treatment for women with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon.

Materials and methods. The study included 30 women who evaluated the effectiveness of treatment by using clinical and electromyographic examinations.

Results. It has been established that electromyography reflects the functional state of the urinary tract and distal colon sections in their combined pathology. The obtained results were the basis for substantiating the principles of differentiated treatment of patients with combined neurogenic pathology of the lower urinary tract and distal colon, which allowed to increase the effectiveness of treatment.

Conclusion. Conservative treatment of patients of this category by means of electrostimulation is effective.

Key words: neurogenic disorders in urination, intestine neurogenic dysfunction, electromyography, electrostimulation.

Сведения об авторах

Возианов Сергей Александрович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел./факс: (044) 486-55-52

Захараш Михаил Петрович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01030, г. Киев, бульвар Т. Шевченко, 17; тел./факс: (044) 235-52-89

Захараш Юрий Михайлович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01030, г. Киев, бульвар Т. Шевченко, 17; тел./факс: (044) 235-52-89

Севастьянова Наталия Анатоліевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел./факс: (044) 486-55-52

Чабанов Павел Викторович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел./факс: (044) 486-55-52

Угаров Владимир Юрьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9-А; тел./факс: (044) 486-55-52

Репринцева Анастасия Святославовна – КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи Соломенского района №2», 03110, г. Киев, ул. Соломенская, 17

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Martinez L, Neshatian L, Khavari R. Neurogenic Bowel Dysfunction in Patients with Neurogenic Bladder. Curr Bladder Dysfunct Rep. 2016 Dec;11(4):334-40. DOI: 10.1007/s11884-016-0390-3.
2. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk Factors for Urinary, Fecal, or Dual Incontinence in the Nurses' Health Study. Obstet Gynecol. 2013 Sep;122(3):539-45. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31829effbf.
3. Meyer I, Richter HE. Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. Womens Health (Lond). 2015 Mar;11(2):225-38. DOI: 10.2217/whe.14.66.
4. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence; 2012 Feb; Paris. Arnhem, the Netherlands: ICUD-EAU; 2013. p. 1831-61.
5. Moore KH, Wagner TH, Subak L, de Wachter S, Dudding T, Hu TW. Economics of Urinary & Faecal Incontinence, and Prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence; 2012 Feb; Paris. Arnhem, the Netherlands: ICUD-EAU; 2013. p. 15-108.
6. Ness W. Faecal incontinence: causes, assessment and management. Nurs Stand. 2012 Jun 20;26(42):52-60. DOI: 10.7748/ns2012.06.26.42.52.c9162.
7. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harrari D, Lang J. Management of Fecal Incontinence in Adults. NeuroUrol Urodyn. 2010;29(1):199-206. DOI: 10.1002/nau.20803.

Статья поступила в редакцию 25.01.2018

Особливості біоценозу піхви у вагітних з аденоміозом

Н.Я. Скрипченко, О.М. Павлова, О.В. Шамаєва, С.І. Могілевська

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей порушення мікробіоценозу у вагітних з аденоміозом, розроблення нових та систематизація й удосконалення існуючих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень та репродуктивних втрат.

Матеріали та методи. Було обстежено і розподілено на три групи 90 жінок з терміном вагітності $32,1 \pm 2$ тижні: група контролю – 30 здорових вагітних (середній вік – $29,3 \pm 2,1$ року); група порівняння – 30 вагітних (середній вік – $31,8 \pm 2,2$ року) з аденоміозом, яким у випадку виникнення суб'єктивних скарг проводили дослідження біоти піхви та лікування, а у випадку виникнення загрози передчасних пологів призначали класичну зберігальну терапію згідно з протоколом МОЗ; основна група – 30 вагітних з аденоміозом, яким рутинно проводили дослідження біоти піхви, призначали санацію статевих шляхів та пробіотик, також жінки отримували зберігальну терапію та дієтотерапією (середній вік – $31,2 \pm 2,1$ року). Лікування призначали після виявлення титру та чутливості збудника шляхом бактеріоскопії виділень на склі та бактеріального посіву вагінальних виділень. У випадку виявлення патологічної флори проводили більш розширене обстеження.

Результати. Частота загрози переривання вагітності у групі контролю становила 6,7%, у групі порівняння та основній групі показник становив 26,7% та 23,4% відповідно; бактеріальний вагіноз у поєднанні з кандидозним вагінітом спостерігався (по групах) у 6,7%, 23,4% та 26,7% відповідно (найчастіше до складу асоціацій входили стафілокок епідермальний та кишкова паличка, стафілокок епідермальний та гриби роду Кандіда). Виявлені порушення біоти піхви лише у половині випадків супроводжувалися суб'єктивними скаргами жінки, проте потребували лікування, зважаючи на збудників та їхні титри. Після лікування призначали додаткове обстеження для перевірки ефективності лікування. Порушення ФПК спостерігалось у групі контролю у 3,3%, у групі порівняння – у 33,3% і в основній групі – у 10%, ЗРП – у 3,3%, 20,0%, 10,0% відповідно, передчасні пологи – у 6,7%, 33,3%, 6,7% відповідно, ПРПО – у 6,7%, 33,3%, 13,3% відповідно, ВВІ у плода у групі контролю не спостерігалося, у двох інших групах – у 10,0% та 3,3% відповідно.

Заклучення. Рутинне обстеження біоти і лікування у комплексі з дієтотерапією є необхідними, оскільки нерідко захворювання перебігає безсимптомно, призводячи до тяжких наслідків. Застосування запропонованого комплексу у жінок з аденоміозом суттєво знижує ризики виникнення порушення функції ФПК та, як наслідок, – ЗРП, зменшує вірогідність передчасних пологів, ПРПО, мінімізує травми пологових шляхів під час пологів та значно знижує ризик ВВІ у плода, скорочує час перебування жінки у стаціонарі.

Ключові слова: аденоміоз, вагітність, біоценоз піхви, дієтотерапія, асоціації мікроорганізмів, пробіотики, ентеробактерії, стафілокок, стрептокок, гриби роду Кандіда.

Збереження репродуктивного здоров'я жінки у сучасних умовах в Україні є однією із найбільш важливих проблем акушерства та гінекології.

Як свідчать літературні дані, в останні роки інтерес до проблеми аденоміозу значно зріс, оскільки захворювання суттєво порушує якість життя жінки, зважаючи на виражений больовий синдром, ускладнення вагітності, безплідність, призводить до тривалого медикаментозного лікування та операцій, у тому числі радикальних операцій з видаленням матки. За допомогою методів візуалізації С.М. Juang та співавтори [1] встановили, що аденоміоз є важливим фактором ризику передчасних пологів. За даними досліджень іноземних та вітчизняних авторів, аденоміоз збільшує ризик ранніх втрат вагітності [2, 3].

Поширеність аденоміозу, як і ендометріозу в цілому, за останні роки значно збільшилася, вік пацієнток зменшується, і захворювання припадає на період реалізації репродуктивних планів [4].

Дійсну частоту захворюваності на ендометріоз визначити важко, оскільки остаточний діагноз можна встановити лише під час лапароскопії або лапаротомії. У різних дослідженнях частота варіює у дуже великих межах – від 10 до 59% залежно від обстежуваної популяції [5, 6].

Невиношування вагітності розцінюється як універсальна відповідь жіночого організму на будь-яке виражене порушення у стані здоров'я вагітної, плода, а також на негативний вплив навколишнього середовища та багатьох інших факторів [7]. Своєчасна обґрунтована корекція виявлених гормональних, запальних та інших змін сприяє настанню та нормальному перебігу вагітності [8, 9, 10].

Важкість патогенезу, різноманітність клінічних проявів дисфункції репродуктивної системи, глибокі внутрішньоорганні та внутрішньосистемні зв'язки потребують подальшого вивчення даної проблеми, незважаючи на велику кількість наукових робіт, присвячених цьому питанню [11, 12].

Мета дослідження: вивчення особливостей порушення мікробіоценозу у вагітних з аденоміозом, розроблення нових та систематизація й удосконалення існуючих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень та репродуктивних втрат.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено та розподілено на три групи 90 жінок з терміном вагітності $32,1 \pm 2$ тиж:

- група контролю – 30 здорових вагітних (середній вік – $29,3 \pm 2,1$ року);
- група порівняння – 30 вагітних з аденоміозом, яким у випадку виникнення суб'єктивних скарг проводили дослідження біоти піхви та лікування, а у випадку виникнення загрози передчасних пологів призначали класичну зберігальну терапію згідно з протоколом МОЗ (середній вік – $31,8 \pm 2,2$ року);
- основна група – 30 вагітних з аденоміозом, яким рутинно проводили дослідження біоти піхви, призначали санацію статевих шляхів та пробіотик, жінки отримували зберігальну терапію та дієтотерапією (середній вік – $31,2 \pm 2,1$ року). Дієтотерапія полягала у наступному: зменшували на період дослідження, а на момент лікування виключали повністю споживання жінкою солодощів, солоних, копчених та мари-

Таблиця 1

Особливості біоти піхви у жінок досліджуваних груп, %

Показник	Група жінок		
	Контрольна, n=30	Порівняння, n=30	Основна, n=30
Нормоценоз піхви	90	73,3	60
Проміжний тип мазка	3,3	6,7	6,7
Бактеріальний вагіноз і кандидозний вагініт	6,7	20,0	33,3
ІПСШ	-	-	-

Таблиця 2

Показники ефективності терапії у жінок досліджуваних груп, %

Показник	Група жінок		
	Контрольна, n=30	Порівняння, n=30	Основна, n=30
Порушення ФПК	3,3	33,3	10,0
ЗРП	3,3	20,0	10,0
Передчасні пологи	6,7	33,3	6,7
Передчасний розрив плодових оболонок	6,7	33,3	13,3
Травми м'яких тканин І–ІІ ступеня у пологах	3,3	20,0	10,0
ВУІ у плода	-	10,0	3,3

нованих продуктів як провокувальних факторів порушення нормоценозу [13, 14, 15].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ретроспективно вивчаючи перебіг даної вагітності до 30 тиж у жінок всіх груп, отримали наступне: частота загрози переривання вагітності у групі контролю становила 6,7%, у групі порівняння та основній групі показники майже не відрізнялися – 26,7% та 23,4% відповідно; бактеріальний вагіноз у поєднанні з кандидозним вагінітом спостерігався (по групах) у 6,7%, 23,4% та 26,7% відповідно; інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), не виявлено у жодній з груп. Після 30 тиж жінки з перших двох груп звертались для обстеження біоти піхви після появи суб'єктивних скарг.

Лікування призначали після виявлення титру та чутливості збудника шляхом бактеріоскопії виділень на склі та бактеріального посіву вагінальних виділень. У випадку виявлення патологічної флори призначали більш розширене обстеження. Виявлені порушення біоти піхви лише у половині випадків супроводжувалися суб'єктивними скаргами жінки, проте потребували лікування, зважаючи на збудників та їхні титри.

Результати аналізу показників бактеріальної контамінації статевих органів вагітних обстежуваних груп свідчать, що до спектра виділеної мікрофлори входить 12 видів бактерій. Найчастіше до складу асоціацій входили стафілокок епідермальний та кишкова паличка, стафілокок епідермальний та гриби роду Кандіда. Серед виділених видів кокової мікрофлори з найбільшою частотою висівали стафілокок епідермальний та різні види стрептокока; ентеробактерії у складі асоціації найчастіше були представлені кишковою паличкою або клебсіелою. Із значною частотою реєстрували коринебактерії. Частота висівання грибів роду Кандіда становила 27–35%.

Негативне значення має контамінація статевих органів гемолітичним стафілококом та стафілококом епідермальним з гемолітичними властивостями. Частота висівання цих видів бактерій становила 27%.

Ці види мікроорганізмів мають фактори вірулентності: ендотоксини, різні ферменти (муциназа, еластаза, колагеназа, нейрамінідаза), що зумовлюють їхню інвазію у тканини та виникнення запальної реакції. Присутність бактерій, які

володіють патогенними властивостями, супроводжується вивільненням різних клітин лімфо- і монокінів, інтерферонів, туморнекротизуючого фактора та інших речовин. потенціюючи індукцію пологів.

Для лікування застосовували місцеві препарати широкого спектра дії (з антибактеріальною та антимікотичною дією, оскільки виключно бактеріального вагінозу або кандидозного вагініту без бактеріальної флори виявлено не було) у формі вагінальних супозиторіїв для уникнення системного впливу на організм вагітної. Курс лікування тривав від 6 до 12 днів залежно від типу збудника та його титру, а також призначали пробіотик, у склад якого входять спеціальні лактобактерії (*B.coagulans*) у вигляді спор (120 млн). Додатково в його склад включено вітаміни B₉ (1,5 мг) і B₁₂ (15 мкг), які створюють сприятливі умови для відновлення клітин слизової оболонки кишечника і особистої корисної мікрофлори при дисбіозі, відіграють важливу роль у профілактиці ускладнень вагітності, пов'язаних з дисбіозом. Після лікування призначали додаткове обстеження для перевірки ефективності лікування.

Особливості біоти піхви у ІІІ триместрі вагітності залежно від виявлених збудників надано у табл. 1.

Отримані дані у контрольній групі та групі порівняння щодо нормоценозу і захворюваності слід вважати умовними, оскільки, як вже зазначалося, жінкам проводили обстеження і лікування лише за наявності скарг.

Окрім відсутності збудника після проведеного курсу лікування було обрано наступні критерії оцінювання ефективності терапії у перспективі: відсутність порушення функції фетоплацентарного комплексу (ФПК) та внутрішньоутробної затримки розвитку плода (ЗРП), передчасних пологів, передчасного розриву навколоплідних оболонок, мінімізація травм пологових шляхів під час пологів та профілактика внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) у плода. Результати дослідження наведено у табл. 2.

Згідно з отриманими даними стає зрозуміло, що рутинне обстеження і лікування в комплексі з дієтотерапією є необхідним, оскільки часто захворювання перебігає безсимптомно, призводячи до важких наслідків. Застосування запропонованого комплексу суттєво знижує ризики виникнення порушення функції ФПК та, як наслідок, – ЗРП, зменшує

вірогідність передчасних пологів, передчасного розриву навколоплідних оболонок, мінімізує травми пологових шляхів під час пологів та значно знижує ризик ВУІ у плода.

Для санації пологових шляхів жінкам з основної групи призначали препарати на основі хлоргексидину та дексапантенолу для профілактики інфекційно-запальних ускладнень та пришвидшення заживлення м'яких тканин після травмизації.

Середній термін перебування жінок у стаціонарі після пологів становив: група контролю – 3 ± 1 день, група порівняння – 5 ± 1 день і основна група – 3 ± 1 день.

ВИСНОВКИ

Аденоміоз залишається однією з причин виникнення значних ускладнень під час вагітності. Саме тому розуміння при-

чин, клінічної картини та методів діагностики даної патології залишається важливим питанням, що стоїть перед лікарями. Вчасна діагностика і лікування інфекційно-запальних захворювань у вагітних з аденоміозом є важливою складовою профілактики ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Нормальний стан вагінального мікробіоценозу – один з важливих гарантів здоров'я репродуктивної системи і фізіологічного перебігу вагітності.

Рутинне оцінювання біоти піхви, вчасне лікування у поєднанні з дієтотерапією та пробіотиками суттєво знижують ризики ускладнень, скорочують час перебування жінки у стаціонарі – отже, знижується ризик передачі і поширення внутрішньолікарняних інфекцій, зростає обіг ліжка у відділенні, зменшуються матеріальні витрати на перебування пацієнтки у відділенні.

Особенности биоценоза влагалища у беременных с аденомиозом

Н.Я. Скрипченко, Е.М. Павлова, Е.В. Шамаева, С.И. Могилевская

Цель исследования: изучение особенностей нарушения микробиоты у беременных с аденомиозом, разработка новых, систематизация и усовершенствование существующих методов диагностики, лечения и профилактики осложнений и репродуктивных потерь.

Материалы и методы. Были обследованы и распределены на три группы 90 женщин со сроком беременности $32,1 \pm 2$ нед: группа контроля – 30 здоровых беременных (средний возраст – $29,3 \pm 2,1$ года); группа сравнения – 30 беременных (средний возраст – $31,8 \pm 2,2$ года) с аденомиозом, которым в случае возникновения субъективных жалоб проводили исследование биоты влагалища и лечение, а в случае возникновения угрозы преждевременных родов назначали классическую сохраняющую терапию согласно протоколу; основная группа – 30 беременных с аденомиозом, которым рутинно проводили исследование биоты влагалища, назначали санацию половых путей и пробиотик, женщины получали сохраняющую терапию и диетотерапию (средний возраст – $31,2 \pm 2,1$ года). Лечение назначали после определения титра и чувствительности возбудителя путем бактериоскопии на стекле и бактериального посева вагинальных выделений. В случае выявления патологической флоры проводили более расширенное обследование.

Результаты. Частота угрозы прерывания беременности в группе контроля составила 6,7%, в группе сравнения и основной группе показатель составлял 26,7% и 23,4% соответственно; бактериальный вагиноз в сочетании с кандидозным вагинитом наблюдался (по группам) в 6,7%, 23,4% и 26,7% соответственно (чаще всего в состав ассоциаций входили стафилококк эпидермальный и кишечная палочка, стафилококк эпидермальный и грибы рода Кандида). Выявленные нарушения биоты влагалища лишь в половине случаев сопровождалась субъективными жалобами женщины, однако требовали лечения, учитывая возбудителей и их титры. После лечения назначали дополнительное обследование для проверки эффективности терапии. Нарушение ФПК наблюдалось в группе контроля у 3,3% пациенток, в группе сравнения – у 33,3% и в основной группе – у 10%, ЗРП – у 3,3%, 20,0%, 10,0% соответственно, преждевременные роды – у 6,7%, 33,3%, 6,7% соответственно, ПРПО – у 6,7%, 33,3%, 13,3% соответственно, ВУИ у плода в группе контроля не наблюдалось, в двух других группах – в 10% и 3,3% соответственно.

Заключение. Рутинное обследование биоты и лечение в комплексе с диетотерапией необходимо, поскольку нередко заболевание протекает бессимптомно, приводя к тяжелым последствиям. Применение предложенного комплекса у женщин с аденомиозом существенно снижает риски возникновения нарушения функции ФПК и, как следствие, – ЗРП, уменьшает вероятность преждевременных родов, ПРПО, минимизирует травмы родовых путей во время родов и значительно снижает риск ВУИ у плода, сокращает время пребывания женщины в стационаре.

Ключевые слова: аденомиоз, беременность, биоценоз влагалища, диетотерапия, ассоциации микроорганизмов, пробиотики, энтеробактерии, стафилококк, стрептококк, грибы рода Кандида.

Features of biocenosis of the vagina in pregnant women with adenomyosis

N.Y. Skrypchenko, O.M. Pavlova, O.V. Shameeva, S.I. Mogilevska

The objective: to study the peculiarities of microbiocenosis in pregnant women with adenomyosis, to develop new and to systematize and improve existing methods of diagnosis, treatment and prevention of complications and reproductive losses.

Materials and methods. 90 pregnant women (pregnancy term of $32,1 \pm 2$ weeks) were divided into three groups: 30 healthy pregnant women as a control group (average age $29,3 \pm 2,1$); the comparison group – 30 pregnant women (average age – $31,8 \pm 2,2$) with adenomyosis, whose vaginal biota was examined and treatment prescribed in the case of any complaints, in the case of premature birth risk we prescribed progesterone therapy according to the protocol of the Ministry of Health; the main group – 30 pregnant women with adenomyosis, with routinely examined vaginal biota, sanitation of the genital tract and prescription of probiotic, women received progesterone and diet, the average age was $31,2 \pm 2,1$. Treatment was prescribed after detection of the titre and sensitivity of the pathogen by bacterioscopy of excretions on the glass and bacterial culturing of vaginal excretions. In the case of pathological flora detection, a more extensive survey was prescribed.

Results. The frequency of premature birth risk in group 1 was 6.7%, in comparison and main groups the indicator was 26.7% and 23.4%; bacterial vaginosis in combination with Candida colpitis was observed in groups as 6.7%, 23.4% and 26.7% (most often the association included staphylococcus epidermal and E. coli, Staphylococcus Epidermalis and Candida). The revealed violations of the vaginal biota only in half of the cases were accompanied by women's subjective complaints, but the treatment was needed due to pathogens and their titers. After the treatment, an additional examination was held to check the treatment effectiveness. Violation of feto-placental complex in the control group was 3.3%, in the comparison group 33.3% and in the main group 10%, fetal growth retardation in 3.3%, 20.0%, 10.0% respectively, preterm labor occurred in 6.7%, 33.3%, 6.7% cases, PRAM has happened in 6.7%, 33.3% and 13.3%, the VTI was not noticed in the first group, but in the other two groups it occurred in 10% and 3.3% cases.

Conclusions. Routine biota examination and treatment in combination with diet are necessary, as infrequently the disease runs asymptomatic, resulting in severe consequences. The application of the proposed complex in women with adenomyosis significantly reduces the risk of a feto-placental complex violation and, as a result, FGR, reduces the probability of preterm labor, PRAM, minimizes labor tract trauma and significantly reduces the risk of VTI in fetus, reduces time spent in hospital by woman.

Key words: adenomyosis, pregnancy, vaginal biocenosis, diet, association of microorganisms, probiotics, Enterobacteria, Staphylococcus, Streptococcus, fungi of the genus Candida.

Сведения об авторах

Скрипченко Наталья Яковлевна – Отделение внедрения и изучения эффективности современных медицинских технологий в акушерстве и перинатологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (067) 465-84-11

Павлова Елена Михайловна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (095) 282-37-07. E-mail: pavlova.helena@ukr.net

Шамаева Елена Владимировна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (097) 552-99-82

Могилевская Светлана Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (099) 412-76-91

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Juang C.M. Adenomyosis and risk of preterm delivery / C.M. Juang, P. Chou, M.S. Yen // BJOG. – 2017. – Vol. 114. – № 2. – P. 165–169.
- Kunz G. Adenomyosis in endometriosis: prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging / G. Kunz, D. Beil, P. Huppert // Hum. Reprod. – 2015. – Vol. 20. – № 8. – P. 2309–2316.
- Демиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение / М.М. Демиров. – М.: Тверь, 2013. – С. 88–89.
- Kunz G. Adenomyosis as a disorder of the early and late human reproductive period / G. Kunz, M. Hertzberg, D. Beil // Reprod. Biomed. Online. – 2017. – Vol. 15. № 6. – P. 681–685.
- Healy D.L., Breheny S., Halliday J. et al. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia / D.L. Healy, S. Breheny, J. Halliday // Hum. Reprod. – 2013. – Vol. 25. – № 1. – P. 265–274.
- Hamdan M. Influence of endometriosis on assisted reproductive technology outcomes: a systematic review and meta-analysis / M. Hamdan, S.Z. Omar, G. Dunselman // Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 125. – № 1. – P. 79–88.
- Curtis K.M. Disruption of the endometrial-myometrial border during pregnancy as a risk factor for adenomyosis / K.M. Curtis, S.D. Hillis, P.A. Marchbanks // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 187. – № 3. – P. 543–544.
- Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу / А.Я. Сенчук, І.І. Чермак // Тези доповідей IX конгресу світової Федерації Українського лікарського товариства. – К., 2002. – С. 133.
- Sharma A. Leptin, IL-10 and inflammatory markers (TNF-alpha, IL-6 and IL-8) in pre-eclamptic, normotensive pregnant and healthy non-pregnant women / A. Sharma, A. Satyam, J. Sharma // Am. J. Reprod. Immunol. – 2014. – Vol. 58. – № 1. – P. 21–30.
- Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар, справа. – 2000. – № 1. – С. 85–86.
- Davey M.A. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes / M.A. Davey, L. Watson, J.A. Rayner // The Cochrane Collaboration in The Cochrane Library. – 2014. – Issue 14–16 p.
- Roberts D. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth / D. Roberts, S.R. Dalziel // Cochrane Database Syst. Rev. – 2015. – Issue 3: CD004454.
- Koppan A. Pelvic pain in endometriosis: painkillers or sport to alleviate symptoms? Koppan A, Hamori J, Vranics I, Garai J, Kriszbache, Bodis J, Rebek-Nagy G, Koppan M // Acta Physiol Hung. – 2010. – Vol. 97 (2). – P. 234–239.
- Parazzini F. Diet and endometriosis risk: a literature review / Parazzini F., Viganò P., Candiani M., Fedele L. // Reprod Biomed Online. – 2013 – Vol. 26 (4). – P. 323–336.
- Curtis K.M. Disruption of the endometrial-myometrial border during pregnancy as a risk factor for adenomyosis / K.M. Curtis, S.D. Hillis, P.A. Marchbanks // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 187. – № 3. – P. 543–544.

Статья поступила в редакцию 22.01.2018

Особливості мікробіоценозу статевих органів жінок, що хворіють на лейоміому матки

М.Б. Запороженко, Д.Ю. Парубіна, А.В. Сидоренко
Одеський національний медичний університет

Інфекції генітального тракту визнані одними з тригерних факторів виникнення міоми матки.

Мета дослідження: вивчення особливостей мікробіоценозу статевих органів жінок, що хворіють на лейоміому матки.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 30 практично здорових жінок – І (контроль) група, 108 жінок з клінічно безсимптомним перебігом лейоміоми матки – група ІА (основна) та група ІБ (основна) – 108 жінок, що хворіли на лейоміому матки з клінічно-симптомним перебігом. Визначали ступінь чистоти піхви. Мікроскопічну характеристику біоценозу піхви оцінювали як: 1) нормоценоз; 2) проміжний тип; 3) дисбіоз піхви; 4) вагініт (запальний тип мазка).

Результати. У жінок основної групи переважав 3–4-й ступінь чистоти піхви. Проміжний тип діагностовано у 46,8%, дисбіоз піхви – у 39,4%, вагініт (запальний тип мазка) – у 10,2% випадків. У досліджуваному матеріалі з піхви у ІА групі домінували *Gardnerella vaginalis* (31,5%), *Mycoplasma hominis* (17,6%), *Mobilincus* (14,8%), у ІБ групі – *Candida albicans* (33,3%), *Enterococcus fec.* (25,0%).

Заключення. В алгоритм обстеження жінок, хворих на лейоміому матки, доцільно включити скринінгове виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, та визначення біоценозу статевих органів.

Ключові слова: мікробіоценоз статевих органів жінок, лейоміома матки.

Своєчасне оцінювання мікробіоценозу статевих органів жінки має практичне значення для профілактики виникнення та прогресування дисбіотичних процесів, інфекційних захворювань статевих органів та усього організму [1, 6].

Загально визнано, що кожний орган має своє індивідуальне мікробне середовище, яке містить сапрофітну, умовно-патогенну, патогенну мікрофлору. Взаємовідношення між цими мікроорганізмами та навколишнім середовищем, у якому перебуває людина, є різновидом мікробної екології [5, 7].

В останні десятиліття суттєво змінилася етіологічна структура захворювань. У літературі постійно публікуються дані про нові форми інфекційних збудників, взаємовідношення між представниками «постійної» та «транзитornoї» мікрофлори, потенційними «носіями» патогенної флори [4].

Серед етіологічних чинників інфекційних процесів статевих органів усе більшого значення набуває умовно-патогенна флора, що входить до складу нормального біоценозу піхви [1].

У літературі в останні роки частіше пишуть про значення мікс-інфекцій, інфекцій змішаної етіології, які характеризуються тяжким і тривалим рецидивним перебігом, інтраканалікулярним інфікуванням [2, 6].

За даними наукових досліджень [3, 6, 7], інфекції генітального тракту визнано одними з тригерних факторів виникнення лейоміоми матки. Також можливий зв'язок між клінічним перебігом лейоміоми матки та наявністю інфекцій сечостатевого тракту. Наведене вище зумовило проведення даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей мікробіоценозу статевих органів жінок, що хворіють на лейоміому матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 246 жінок репродуктивного віку (від 25 до 40 років) – мешканки м. Одеси. З них у контрольну (І) групу увійшли 30 (12,2%) практично здорових жінок, які дали згоду на обстеження, та 216 (87,8%) – основної (ІІ) групи, що перебували під диспансерним наглядом з приводу лейоміоми матки.

Основна група була розподілена на дві – групу ІА та групу ІБ – за клінічним перебігом лейоміоми матки. У групу ІА увійшли 108 жінок з клінічно безсимптомним перебігом лейоміоми матки (D25.1 Інтрамуральна лейоміома; D25.2 Субсерозна лейоміома матки). У групу ІБ увійшли 108 жінок, що хворіли на лейоміому матки з клінічно-симптомним перебігом (D25.0 Підслизова лейоміома матки; D25.1 Інтрамуральна лейоміома; D25.2 Субсерозна лейоміома матки).

Пацієнтки проходили обстеження у першу і другу фази менструального циклу.

Обстеження проводили за загальноновизнаними алгоритмами та дотримувались відповідних наказів МОЗ України (Накази МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», № 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», № 312 від 08.05.2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання»).

Із груп обстежуваних виключали жінок з тяжкими соматичними хворобами, онкопроцесами.

Мікробіоценоз оцінювали за відповідними показниками бактероскопічного, бактеріологічного та ПЛР-дослідження крові, матеріалу піхви, каналу шийки матки, тканин лейоматозних вузлів. Визначали ступінь чистоти піхви за А.Ф. Neurlain (1910). Мікроскопічну характеристику біоценозу піхви за Е.Ф. Кіра (1995) оцінювали як: 1) нормоценоз; 2) проміжний тип; 3) дисбіоз піхви; 4) вагініт (запальний тип мазка). Проводили імуноферментний аналіз сироватки крові для виявлення специфічних імуноглобулінів – IgG, IgM, IgA до CMV, VHS 1/2, Chlamidia trachomatis, Mycoplasma hominis. За результатами досліджень проводили диференціальну діагностику між наявністю у піхвовому вмісті інфекційного чинника у його носіїв та безпосереднього запального процесу гострого чи хронічного перебігу. На наш погляд, доцільним було вивчення частоти зустрічальності, видів та безпосередньо збудника інфекційних захворювань піхви у жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами лабораторного бактеріоскопічного дослідження піхвового вмісту 246 обстежуваних жінок 1–2-й ступінь чистоти піхви (лабораторно характеризується виявленням у досліджуваному матеріалі палички Додерлейна, невеликої кількості лейкоцитів, бактероїдів) виявлено у 83,3% жінок групи контролю та у 7,4% пацієнток основної ІА групи. У обстежуваних жінок основної групи (ІА та ІБ) переважав 2–3-й ступінь чистоти піхви на момент обстеження: 86,1% у жінок ІА групи та 85,2% у пацієнток ІБ групи; 3–4-й ступінь відповідно становив 6,5% та 13,9% випадків. У піхвовому матеріалі 3–4-го

ступеня чистоти переважали лейкоцити, різноманітна флора. У міру погіршення ступеня чистоти піхви рН піхвових виділень змінювався у бік лужного середовища. Наприклад, при бактеріальному вагінозі рН дорівнював $4,5 \pm 0,1$, при трихомонадному вагініті – від 5,5 до 5,8, при кандидозному вагініті – від 4,0 до 4,5.

Стан мікробіоценозу піхви в обстежуваних жінок був таким: нормоценоз діагностовано у 33 (13,4%) випадках: у 25 (83,3%) жінок І групи (контролю) та у 8 (7,4%) – ІІА групи; проміжний тип виявлено у 106 (43,1%) пацієнток. Із них у 5 (16,7%) – у групі контролю, у 47 (43,5%) – у ІІА групі та у 54 (49,1%) – у ІІБ групі.

Дисбіоз піхви діагностовано у 85 (39,4%) жінок: у 46 (42,6%) – з ІІА групи та 39 (39,4%) – з ІІБ групи. Вагініт (запальний тип мазка) виявлено у 22 (10,2%) жінок: у 7 (6,5%) – з ІІА групі та у 15 (13,9%) – з ІІБ групи.

Мікробіоценоз піхви у жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки, мав наступну мікроскопічну характеристику: у жінок, що хворіють на безсимптомну лейоміому матки (ІІА група), діагностовано: нормоценоз – у 8 (7,4%), проміжний тип – у 54 (49,1%), дисбіоз – у 46 (42,6%), вагініт – у 7 (6,5%); у жінок, що хворіють на симптомну лейоміому матки (ІІБ група), діагностовано: нормоценоз – не виявлено, проміжний тип – у 39 (36,1%), дисбіоз – у 54 (50,0%), вагініт – у 15 (13,9%). У більшості хворих ІІБ групи виявлено проміжний тип мазка.

У середньому у жінок репродуктивного віку, що хворіють на лейоміому матки, нормоценоз становив 3,7%, проміжний тип мазка – 46,8%, дисбіоз – 39,4%, вагініт – 10,2% спостережень.

Стан (тип) мікробіоценозу піхви достовірно змінювався залежно від фази менструального циклу. Так, вміст анаеробів у першу фазу циклу зазвичай вище, ніж у другу. Відомо, що мікробіоценоз піхви залежить від багатьох факторів, у тому числі від фази менструального циклу, частоти статевих зносин, кількості статевих партнерів та стану їхнього біоценозу сечостатевої системи, якості та засобу контрацепції тощо. Особливу увагу приділяють рН піхвового середовища, домінуючій мікрофлорі, стану рецепторів на епітеліальних клітинах, балансу статевих гормонів. Кисле середовище піхвового вмісту попереміщує колонізацію слизової оболонки піхви мікроорганізмами.

У жінок репродуктивного віку, що хворіють на лейоміому матки, переважав 2-й ступінь чистоти піхви – проміжний стан (46,8%), який характеризується зниженим вмістом лактобактерій, наявністю різних видів морфотипів грампозитивних і грамнегативних паличок і коків, та 3-й ступінь – бактеріальний вагіноз, за якого переважає змішана бактеріальна мікрофлора, у тому числі *Gardnerella vaginalis*, відсутні або у невеликій кількості лактобактерії.

Наявність асоціацій мікроорганізмів у діагностичних титрах спонукало до додаткового обстеження даного контингенту жінок. У піхвовому матеріалі порівнюваних груп на тлі 2–3-го та 3–4-го ступеня чистоти піхви була виявлена змішана флора (ентерококи, стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, бактероїди, протеус та інші).

За результатами бактеріологічного дослідження піхвових виділень виявлено аеробну та анаеробну мікрофлору. Лакто-

бактерії зафіксовано у 76,7% матеріалу групи контролю у титрах 10^4 – 10^6 КУО/мл проти 62,0% 10^3 – 10^5 КУО/мл та 39,8% 10^3 – 10^5 КУО/мл відповідно у групах ІІА та ІІБ.

У піхвовому вмісті жінок груп ІІА та ІІБ виявлено домінуючу флору серед аеробів відповідно: *Streptococcus B, D* – у 26,9% та у 26,9%, *b-Hemolyt. Streptococcus* – у 8,3% та 16,7%, *Candida albicans* – у 12,0% та у 33,3% відповідно у високих титрах – 10^6 – 10^8 КУО/мл.

Домінуючою анаеробною флорою у матеріалі з піхви пацієнток у групах ІІА та ІІБ були: *Bacteroides sp.* – у 17,6% та 24,1% відповідно, *Gardnerella vaginalis* – у 31,5% та 25,9%, *Mobilincus* – у 14,8% та 19,4%, *Mycoplasma hominis* – у 17,6% та 20,4%, *B. fragilis* – у 12,0% та 17,6%, *Peptococcus sp.* – у 13,9% та 16,7%, *Chlamydia trachomatis* – у 12,96% та 15,7% відповідно у високих титрах – 10^6 і більше КУО/мл.

Детальний аналіз отриманих результатів продемонстрував суттєву різницю у складі бактеріальної флори хворих ІІА та ІІБ груп. У досліджуваному матеріалі з піхви у ІІА групі домінували *Gardnerella vaginalis* (31,5%), *Mycoplasma hominis* (17,6%), *Mobilincus* (14,8%), у ІІБ групі – *Candida albicans* (33,3%), *Enterococcus fec.* (25,0%).

Порівняльний аналіз засвідчив наявність ідентичної флори у різних діагностичних титрах і різної частоти зустрічальності у групах ІІА і ІІБ: *St. epidermidis* (40,7% та 52,8%), *Escherichia coli* (23,1% та 26,9%), *Enterobacte cl.* (23,1% та 26,9%), *Bacteroides sp.* (17,6% та 24, 1%), *Virus herpes simplex* (36,1% та 41,7%), *Cytomegalovirus* (34,3% та 39,8%), *Virus papilloma homynis* типи 16, 18-й (12,9% та 17,6%) відповідно.

За результатами проведеного дослідження особливості біоценозу піхви у жінок репродуктивного віку, що хворіють на лейоміому матки, полягала у суттєвій різниці отриманих показників між групами безсимптомного, симптомного клінічного перебігу захворювання.

Порівняльна характеристика стану (типу) мікробіоценозу органа, визначення домінуючого мікробного чинника може сприяти профілактиці виникнення ускладнень клінічного перебігу захворювання шляхом застосування етіотропних терапевтичних засобів.

ВИСНОВКИ

1. В алгоритм обстеження жінок, хворих на лейоміому матки, доцільно включити скринінгове виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, та визначення біоценозу статевих органів.
2. В алгоритм обстеження хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом, доцільно включити скринінгове виявлення лейоміоми матки.
3. В алгоритм профілактики та терапії хворих на лейоміому матки доцільно включати корекцію біоценозу піхви у першу фазу менструального циклу при нормоценозі та проміжному типі мазка з метою підтримки життєздатності лактобактерій, нормалізації функції піхвового, шийкового епітелію.

Перспективами подальших розробок будуть дослідження ретроспективного аналізу медичної документації жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки.

оценивали як: 1) нормоценоз; 2) промежуточный тип; 3) дисбіоз влагалища 4) вагинит (воспалительный тип мазка).

Результаты. У женщин основной группы преобладала 3–4-я степень чистоты влагалища. Промежуточный тип диагностирован в 46,8%, дисбиоз влагалища – в 39,4%, вагинит (воспалительный тип мазка) – в 10,2% случаев. В исследуемом материале из влагалища в ІІА группе доминировали *Gardnerella vaginalis* (31,5%), *Mycoplasma hominis* (17,6%), *Mobilincus* (14,8%), в ІІБ группе – *Candida albicans* (33,3%), *Enterococcus fec.* (25,0%).

Заключение. В алгоритм обследования женщин с лейомиомой матки целесообразно включить скрининговое выявление урогенитальных инфекций и определение биоценоза половых органов.

Ключевые слова: *микробиоценоз половых органов женщин, лейомиома матки.*

Особенности микробиоценоза половых органов у женщин с лейомиомой матки

М.Б. Запорожченко, Д.Ю. Парубина, А.В. Сидоренко

Инфекции генитального тракта признаны одними из триггерных факторов возникновения миомы матки.

Цель исследования: изучение особенностей микробиоценоза половых органов женщин с лейомиомой матки.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 практически здоровых женщин – І группа (контроль), 108 женщин с клинически бессимптомным течением лейомиомы матки – группа ІІА (основная) и группа ІІБ – 108 женщин с лейомиомой матки и клинико-симптомным течением. Определяли степень чистоты влагалища. Микроскопическую характеристику биоценоза влагалища

Peculiarities of microbiocenosis of sexual organs in women suffering from uterine leiomyoma
M.B. Zaporozhchenko, D.Y. Parubina,
A.V. Sidorenko

Infections of the genital tract are recognized as one of the trigger factors of uterine myoma. There is a possible connection between the clinical course of uterine fibroids and the presence of urinary tract infections.

The objective: was to investigate the peculiarities of the microbiocenosis of the genital organs of women suffering from uterine leiomyoma.

Materials and methods. Under observation were 30 practically healthy women – group I (control), 108 women with clinically asymptomatic leiomyoma of the uterus – group IIA (main) and group IIB – 108 women who suffered from uterine leiomyoma with clinically symptomatic course. The degree of purity of the vagina was determined. The microscopic characteristics of the vaginal biocenosis

were evaluated as: 1) normocenosis; 2) intermediate type; 3) vaginal dysbiosis 4) vaginitis (inflammatory type of smear).

Results. In women of the main group, the II–II degree of purity of the vagina predominated: 86.1% in women of the IIA group and 85.2% in the IIB. Normocenosis was diagnosed in 13.4% of cases, the intermediate type – 46.8%, vaginal dysbiosis diagnosed – in 39.4%, vaginitis (inflammatory type of smear) in 10.2%. In the study material from the vagina in the group IIA dominated *Gardnerella vaginalis* (31.5%), *Mycoplasma hominis* (17.6%), *Mobilincus* (14.8%), in the group IIB – *Candida albicans* (33.3%), *Enterococcus fec.* (25.0%).

Conclusion. In the algorithm for examining women with leiomyoma of the uterus, it is advisable to include screening of urogenital infections and the definition of the genital biocenosis.

Key words: microbiocenosis of the sexual organs of women, uterine leiomyoma.

Сведения об авторах

Запорожченко Марина Борисовна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, Одесский областной клинический медицинский центр, 65026, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (067) 483-96-95. *E-mail:* maremarina99@gmail.com

Парубина Диана Юрьевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, Одесский областной клинический медицинский центр, 65026, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (097) 644-50-86. *E-mail:* d.parubina@gmail.com

Сидоренко Алла Владимировна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, Одесский областной клинический медицинский центр, 65026, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (095) 366-26-93. *E-mail:* duchkaalla@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проценко Т.В. Роль условно-патогенной флоры в развитии инфекционно-воспалительных вульвовагинитов у женщин репродуктивного возраста / Т.В. Проценко, А.В. Бородин, А.А. Бородин // Дерматология и венерология. – 2003. – № 1. – С. 29–33.
2. Современные местные поликомпонентные препараты в лечении вульвовагинитов смешанной этиологии / А.Г. Пашинян, И.В. Саламонова, С.А. Хейдар [и др.] // Здоровье женщины. – 2014. – № 3. – С. 112–113.
3. Тарабрина Е.П. Вопросы патогенеза миомы матки / Е.П. Тарабрина // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 12. – С. 170–180.
4. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том II: Социально-экологические и клинические последствия микробной экологии человека и животных. – М.: Издательство ГРФНТ, 1998. – 416 с.
5. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том I: Микрофлора человека и животных и ее функции. – М.: Издательство ГРФНТ, 1998. – 288 с.
6. Topical Treatment of Infectious Vaginitis: Effects of Antibiotic, Antifungal, and Antiseptic Drugs on the Growth of Normal Vaginal Lactobacillus Strains / C. Neut, F. Verrier, H.J. Nelis, T. Coenye // Open Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2015. – № 5. – P. 173–180.
7. William H.P. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas / H.P. William // Fertility and sterility. – 2007. – Vol. 87. – P. 725–736.

Статья поступила в редакцию 01.02.2018

Клінічні аспекти різних форм апоплексії яєчника

О.М. Іщак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів у жінок з анемічною формою апоплексії яєчника на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок. З них – 65 хворих з анемічною формою апоплексії яєчника, яким вперше була проведена лапароскопічна операція і які були розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

Результати. Отримані результати свідчать, що єдиною значущою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 рази тривалішими у 2-й групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного посібника визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилушування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала унаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами щодо середнього об'єму крововтрати, частоти поєднаних операцій, післяопераційного ведення, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування у стаціонарі виявлено не було.

Заключення. Отримані клінічні результати необхідно враховувати під час ведення жінок з апоплексією яєчника.

Ключові слова: апоплексія яєчника, різні форми, клінічні аспекти.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, з яких 75% молодше 30 років, близько 40% підлягають операції у зв'язку з анемічною формою АЯ (АФАЯ), а 40–62% з них оперують неодноразово у зв'язку з рецидивом захворювання [1–4]. АЯ може бути однією з причин жіночої безплідності, лікування якої викликає певні труднощі на сучасному етапі [5–7]. У зв'язку з цим, поза сумнівом, актуальним є вивчення клінічних аспектів у жінок, прооперованих з приводу АФАЯ, причому як до, так і після операції.

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів у жінок з АФАЯ на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок. З них – 65 хворих з АФАЯ, яким вперше була проведена лапароскопічна операція. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, до 2-ї групи – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була спинена за допомогою накладання швів.

У ту або іншу групу хворих відбирали за допомогою «сліпого» методу. У дослідження включали пацієнток із стабільними показниками гемодинаміки перед оперативним втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією ж хірургічною бригадою.

Критеріями виключення з дослідження були: внутрішньочеревна кровотеча унаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріодної кісти яєчника; наявність в анамнезі

оперативних втручань на яєчниках; а також вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

У групу порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою АЯ (БФАЯ), що отримали консервативне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення схожості і відмінностей між групами в обстежених жінок був проведений порівняльний аналіз відомостей про вік, перенесені у різні періоди життя екстрагенітальні і гінекологічні захворювання та операції, супутні хвороби АЯ, шкідливі звички, стан менструальної, статеві і репродуктивної функцій.

Середній вік пацієнток у 1-й ($30,8 \pm 3,2$ року) і 2-й ($31,35 \pm 2,95$ року) досліджуваних групах, 3-й ($33,1 \pm 3,2$ року) і 4-й ($33,15 \pm 3,05$ року) групах неодноразово оперованих і групи порівняння ($30,4 \pm 3,5$ року) статистично не відрізнявся ($p > 0,05$).

Згідно з отриманими даними усі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці ($76,7–90,5\%$) і гострих респіраторних інфекцій та ангіни ($85,7–94,3\%$). У структурі супутньої патології АЯ переважали захворювання травного тракту (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит і хронічний некалькульозний холецистит) – $14,2–16,7\%$ соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи – $11,4–15,7\%$. Відмінності між групами у частоті перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не мали статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології діагностували захворювання запальної етіології. Серед них переважали: інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), – 70% , гострий і підгострий неспецифічний сальпіngoофорит – 45% , ерозія шийки матки – 46% . У 4-й групі частота перенесеного запалення придатків матки (63%) була значно вищою, ніж у 1-й групі і групі порівняння ($p < 0,05$), а у 3-й групі (76%) вище, ніж у всіх інших групах, окрім 4-ї групи ($p < 0,05$). Частота ерозій шийки матки у 4-й групі статистично значуще перевищувала таку у всіх інших групах ($p < 0,01$). Близько чверті жінок (23%) були раніше оперовані з приводу трубної вагітності – у всіх випадках було виконано видалення маткової труби лапароскопічним доступом. Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї, 2-ї груп і групи порівняння не виявлено, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого у групах статистично не відрізнялася і становила від $10,5\%$ до $14,3\%$ ($p > 0,05$).

Жінки 3-ї групи були двічі оперовані з приводу АФАЯ, з них у більшості – 17 (81%) пацієнток – обидві операції були виконані лапароскопічним доступом. У 3 ($14,3\%$) жінок перше, а в 1 ($4,8\%$) – обидва втручання було виконано шляхом череворозтину. Серед жінок 4-ї групи 16 ($84,2\%$) були оперовані з приводу АФАЯ тричі – усі операції виконані лапароскопічним доступом; 2 ($10,5\%$) жінки з 4-ї групи перенесли по чотири операції у зв'язку з АФАЯ, одна з яких була лапаротомічним доступом; 1 ($5,3\%$) жінку було оперовано 5

разів, з яких 2 рази – шляхом череворозтину. У всіх випадках лапаротомічних втручань спинення кровотечі було виконано за допомогою накладення швів, а при лапароскопії у 100% випадків була використана біполярна коагуляція.

Переважає більшість (85,7–100%) жінок у групах до операції жили статевим життям ($p>0,05$). Більш ніж 80% жінок у групах були у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному), і велика частина їхніх сексуальних контактів відбувалася з єдиним статевим партнером.

Кількість жінок, що жили статевим життям, і на момент операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) тих, що планували вагітність у найближчі 5 років, була статистично значущо меншою у 3-й і 4-й групах (52,4% і 55,6% відповідно), ніж в інших групах ($p<0,05$). Проте частка жінок, які вагітніли раніше, була значно вищою у 3-й і 4-й групах (61,9% і 55,6% відповідно), ніж у 1-й і 2-й групах (26,7% і 25,0% відповідно) і групі порівняння (19,4%) ($p<0,05$). До операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) відзначено 131 вагітність у 44 жінок із загального числа включених у дослідження. Менше третини (32%) вагітностей закінчилися пологами.

Частота пологів у 4-й групі була найбільшою – 38,5%, проте не мала статистичних відмінностей від такої в інших групах ($p>0,05$). Частка тих, що народжували, у 3-й групі (42,9%) була значно більшою, ніж у 1-й і 2-й групах і групі порівняння (20%, 10,7% і 10,7% відповідно; $p<0,01$), а у 4-й групі (33,3%) значно більшою, ніж у групі порівняння ($p<0,05$).

Частота штучного переривання вагітності у 3-й групі (55%) була значно більшою, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння ($p<0,05$). У 4-й групі цей показник теж був високий (46,1%), проте статистично значуще відрізнявся лише від такого у 2-й групі ($p<0,05$).

Частота ектопічної (трубної) вагітності у 3-й і 4-й групах (10% і 15,4% відповідно) була набагато нижчою, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння, проте статистичної значущості ця різниця досягала лише у 3-й групі ($p<0,05$).

У 3 (10%) жінок у 1-й групі, у 2 (6,6%) – у 2-й групі, в 1 (4,8%) – у 3-й групі і у 2 (10,5%) – у 4-й групі відзначено відсутність настання вагітності протягом 2 років при статевому житті без її запобігання. Жодного обстеження і лікування щодо безплідності у цих жінок не проводили.

Аналізуючи дані анамнезу у хворих з АЯ, можна зробити деякі висновки. Не було виявлено будь-яких відмінностей між групами у середньому віці жінок, частоті перенесеної і супутньої екстрагенітальної патології. Для всіх жінок була характерною наявність несприятливого преморбідного фону, особливо щодо інфекційних захворювань, перенесених у дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань і ангіни, а також куріння.

Суттєвих відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було, окрім великої частки жінок з антепонутичним менструальним циклом у 4-й групі.

У групах повторно оперованих жінок відзначено високу частоту захворювань запальної етіології (сальпінгоофорит, ерозія шийки матки), що свідчить на користь можливого взаємозв'язку між запаленням внутрішніх статевих органів і АЯ. Цікаво, що подібного взаємозв'язку з трубною вагітністю виявлено не було, частота вагітностей цієї локалізації у жінок 3-ї і 4-ї груп була меншою, ніж у всіх інших групах.

У групах неодноразово оперованих жінок відзначено меншу порівняно з 1-ю і 2-ю групами та групою порівняння жінок, що планують вагітність. Цей факт можна пояснити тим, що у 3-й і 4-й групах кількість жінок, що вагітніли і народжували, була значно більшою, тобто репродуктивна функція була виконана у більшій частині жінок даних груп. Цим також можна пояснити і високу частоту штучного переривання вагітності у жінок у 3-й і 4-й групах.

Оцінка результатів хірургічного лікування 100 хворих з АФАЯ проведена на підставі порівняльного аналізу передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторних показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування. Додатково проведено дослідження показників оваріального резерву і віддалених результатів хірургічного лікування 40 жінок, що перенесли неодноразові операції з приводу АФАЯ.

Згідно з отриманими результатами, більшість хворих були доставлені у стаціонар службою швидкої допомоги. З них: 36 (25,7%) – у першу годину, 53 (37,8%) – у перші 6 год, 21 (15%) – у перші 12 год від початку захворювання. Дванадцять (8,6%) хворих були госпіталізовані у період від 12 год до 24 год від початку захворювання, 18 (12,9%) пацієнток самостійно звернулися у приймальне відділення лікарні у термінах пізніше за 24 год від моменту погіршення самопочуття.

Розвиток клінічної картини больової форми АЯ (БФАЯ) спостерігався на 12–18-й день менструального циклу (у середньому на $16,30\pm 2,34$ доби), а АФАЯ – на 14–32-й день циклу (у середньому на $20,95\pm 6,34$ доби) ($p>0,05$).

У 31,1% хворих АЯ була спровокована статевим актом, у 17% – фізичним навантаженням. Більш ніж у половини (51,9%) обстежуваних хворих чинники, що спровокували АЯ, встановлені не були.

Будь-яких статистичних відмінностей між групами за частотою тих або інших клінічних проявів виявлено не було ($p>0,05$). Усі хворі під час госпіталізації пред'являли скарги на біль у нижніх відділах живота з іррадіацією у 57–60% випадків у задній прохід, у 26–33% – у поперекову ділянку і у 10% – у ділянку пупка і праве підреб'я. Більше половини (51–57%) хворих відзначали слабкість і запаморочення, а у 5–7% хворих у групах спостерігалися короточасні непритомні стани. Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр відзначено у 20–23% пацієнток. У 10–11% хворих досліджуваних груп АЯ супроводжувалася ознобом. Нудота, одноразове блювання і сухість у роті відзначені в 11–13%, 6% і 20–23% спостережень відповідно. Кров'яні виділення, що спостерігалися у середині циклу, фіксували у 9–11% хворих, а у 10–11% – кров'яні виділення спостерігалися після затримки менструації.

У всіх пацієнток у групах під час фізикального обстеження виявлені симптоми роздратування очеревини різного ступеня вираженості, а у 10–11% хворих виявлений френікус-симптом. Під час бімануального дослідження у всіх хворих спостерігалася різка хворобливість при пальпації ділянки придатків матки і заднього склепіння піхви.

Усім хворим із затримкою менструації для виключення можливої вагітності проводили дослідження Р-субодиноци хоріонічного гонадотропіну.

У 6 (17,1%) хворих 1-ї групи і 6 (20%) – 2-ї групи виявлена анемія легкого ступеня тяжкості ($p>0,05$). Середні показники передопераційного загального аналізу крові у групах трохи відрізнялися від нормальних. У хворих з АФАЯ відзначений помірний лейкоцитоз з невеликим паличкоядерним зсувом вліво. Статистичних відмінностей між досліджуваними групами за цими параметрами не виявлено ($p>0,05$).

Для уточнення попереднього діагнозу АЯ, встановленого на підставі даних анамнезу, фізикального і бімануального досліджень, виконували ехографічне обстеження органів малого таза. У всіх хворих була виявлена вільна рідина у порожнині таза позаду матки. Кількість вільної рідини у хворих 1-ї групи коливалась від 150 до 430 мл і в середньому становила $300,64\pm 26,87$ мл, у 2-й групі – від 250 до 390 мл, і в середньому – $292,92\pm 24,51$ мл ($p>0,05$). У групі порівняння кількість виявленої у порожнині таза рідини коливалась від 50 до 230 мл і в середньому ($100,21\pm 12,1$ мл) була значно меншою, ніж у досліджуваних групах ($p<0,05$). У хворих групи порівняння

середнє значення М-ехо-камери ($8,15 \pm 0,81$ мм) було менше, ніж у хворих 1-ї і 2-ї груп ($19,15 \pm 0,71$ і $9,57 \pm 1,04$ мм відповідно), але статистичної значущості ці відмінності не мали ($p > 0,05$). Середні ультразвукові показники об'єму ураженого яєчника у досліджуваних групах і групі порівняння були близьке норми, але статистично не відрізнялися ($p > 0,05$).

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої у черевній порожнині при ТВУЗД у кількості менше 100 мл, у 8 (22,8%) хворих 1-ї групи і 8 (26,6%) – 2-ї групи був проведений кульдоцентез. У всіх випадках у пунктаті була виявлена кров.

У всіх групах апоплексія правого яєчника спостерігалася значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений у ході діагностичної лапароскопії. Показаннями до проведення діагностичної лапароскопії вважали:

- виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів подразнення очеревини, зниження рівня гемоглобіну у крові);
- наявність вільної рідини у матково-ректальному поглибленні у кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії;
- наявність крові у черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу, відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії, що проводиться, і необхідність диференціальної діагностики з іншими захворюваннями черевної порожнини, що виявляють за симптоматикою «гострого живота».

Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їхньої госпіталізації не перевищувала 24 год.

У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп були поєднання перелічених вище показань, найчастішим з яких була наявність вираженої симптоматики і більш ніж 100 мл вільної рідини у черевній порожнині за даними ехографії (у 24 (68,6%) і 20 (66,7%) відповідно). У 5 (13,3%) хворих 1-ї групи і 4 (14,35%) хворих 2-ї групи консервативна гемостатична терапія виявилася не ефективною, з них у 3 (6,7%) і 2 (8,7%) відповідно відзначена негативна динаміка рівня гемоглобіну крові. Більшості хворим групи порівняння (32–91%) лапароскопія була проведена за рекомендацією загального хірурга у зв'язку з диференціальною діагностикою гострого апендициту.

Усім хворим лапароскопію виконували в умовах загального знеболювання (ендотрахеальний наркоз).

Підводячи підсумок аналізу результатів передопераційного обстеження, можна зазначити, що більш ніж у половини хворих були відсутні будь-які провокувальні чинники виникнення АЯ. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів АФАЯ, частотою анемії, УЗ-показниками об'ємів ураженого яєчника і вільної рідини у порожнині таза, параметрами передопераційної підготовки. Група порівняння відрізнялася від досліджуваних груп лише значно меншим об'ємом вільної рідини у порожнині таза, виявленим під час ехографії, і структурою показань до проведення діагностичної лапароскопії.

Після підтвердження діагнозу АФАЯ усім хворим було здійснено оперативне лікування. У більшості (28–80%) хворих групи порівняння після підтвердження діагнозу БФАЯ і за відсутності у черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не проводили; 7 (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладання шва на останню шкірну рану.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу проведення гемостазу були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, три-

валість оперативного втручання у 1-ї групі варіювала від 20 до 45 хв і в середньому становила $26,9 \pm 8,7$ хв, тоді як у 2-ї групі вона коливалася від 25 до 60 хв і в середньому була значно більшою – $39,5 \pm 9,5$ хв ($p < 0,05$). Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу у 2-ї групі, що становила $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-ї групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відбилося на відмінностях у загальній тривалості операції ($p < 0,05$). Об'єм операційної крововтрати становив у 1-ї групі від 150 до 1800 мл (у середньому – $498,4 \pm 150,8$ мл) і від 100 до 1900 мл – у 2-ї групі (у середньому – $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності у середньому об'ємі крововтрати не мали ні клінічного, ні статистичного значення ($p > 0,05$).

Усі операції були виконані повністю лапароскопічним доступом, не було жодного переходу до лапаротомії. Інтраопераційних ускладнень не відзначено. Дренування черевної порожнини було здійснене лише 2 (3,1%) хворим.

У 13 (37,1%) хворих 1-ї групи і 11 (36,7%) операцій зі спинення кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ($p > 0,05$). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок у порожнині малого таза, яке проведене 8 (23%) хворим 1-ї групи і 6 (20%) хворим 2-ї групи ($p > 0,05$); 3 (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) хворим 2-ї групи була виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ($p > 0,05$). Двом хворим 1 групи було виконано видалення дрібних (до 2 см у діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Усі хворі отримували під час операції антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення цефалоспоринів 2-го покоління у дозі 1 г.

Епізодична лихоманка у післяопераційний період спостерігалася лише у 2 (2,8%) пацієнток в 1-ї групі. У середньому нормалізація температури тіла відбувалася до 3 діб у 1-ї групі і до 4 діб – у 2-ї групі.

Усі макропрепарати, отримані під час операції у 22 (63%) пацієнток 1-ї і у всіх 30 (100%) хворих 2-ї досліджуваних груп, були піддані гістологічному дослідженню. У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп діагностований крововилив у стінку кісти жовтого тіла (у 16 (74,9%) і 24 (79,1%) відповідно). Наступною за частотою гістологічно підтвердженою причиною АФАЯ був крововилив у стінку фолікулярної кісти: у 4 (16,8%) хворих 1-ї групи і 4 (14,9%) хворих 2-ї групи. Найбільш рідкісним патоморфологічним діагнозом був паренхіматозний крововилив, виявлений у 2 (8,3%) хворих 1-ї і 2 (6%) – 2-ї групи.

Тривалість перебування хворих обох досліджуваних груп у стаціонарі варіювала від 2 до 6 діб і в середньому становила $3,8 \pm 1,9$ доби у 1-ї групі і $4,1 \pm 1,5$ доби – у 2-ї групі ($p > 0,05$).

Під час виписки зі стаціонару усім хворим рекомендували вживання комбінованих оральних контрацептивів строком на 1–3 міс як для профілактики повторної АЯ, так і (у тих, що живуть статевим життям) для запобігання вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною суттєвою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 разу тривалішими у 2-ї групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладання швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного посібника було визначено, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вишукування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала унаслідок того, що лапароскопічне накладання швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами щодо середнього об'єму крововтрати, частоти поєднаних операцій, післяопераційного ведення, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування у стаціонарі виявлено не було.

**Клинические аспекты
различных форм апоплексии яичника
О.Н. Ищак**

Цель исследования: изучение клинических аспектов у женщин с анемической формой апоплексии яичника на современном этапе.

Материалы и методы. Было проведено клинико-лабораторное обследование 140 женщин. Из них – 65 больных с анемической формой апоплексии яичника, которым впервые была выполнена лапароскопическая операция, которые были разделены на две группы в зависимости от использованного во время операции метода гемостаза.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что единственным значимым различием между двумя исследуемыми группами был показатель длительности оперативного вмешательства ($p < 0,05$). Операции были почти в 1,5 раза более продолжительными во 2-й группе больных, гемостаз которым осуществляли посредством наложения швов на яичник. При анализе цифровых записей оперативного пособия определили, что причиной увеличения его длительности является сам этап гемостаза, предполагавший в 100% выслушивание кисты и наложение одного или нескольких швов на рану яичника. Длительность этапа возрастала вследствие того, что лапароскопическое наложение швов, в особенности с интракорпоральным завязыванием узлов, является достаточно трудоемкой процедурой. Никаких значимых отличий между группами в среднем объеме кровопотери, частоте сочетанных операций, послеоперационном ведении, течении послеоперационного периода и длительности пребывания в стационаре обнаружено не было.

Заключение. Полученные клинические результаты необходимо учитывать при ведении женщин с апоплексией яичника.

Ключевые слова: апоплексия яичника, различные формы, клинические аспекты.

**Clinical aspects of various forms of ovarium
apoplexy of ovary
O.M. Ishchak**

The objective: to study clinical aspects at women with an anemic form of ovarium apoplexy at the present stage.

Materials and methods. Clinical-laboratory examination of 140 women, with which – 65 patients with an anemic form of ovarium apoplexy, for the first time treated by laparoscopic operations was conducted.

Results. The received results testify that the indicator of duration of an operative measure ($p < 0,05$) was the only significant difference between two studied groups. Operations were almost by 1,5 times more long in the 2nd group of patients, hemostasis by which it was carried out by means of suture on ovarium. In the analysis of digital records of an operational grant defined that the stage of hemostasis assuming in 100% enucleating of cyst and applying of one or several seams on wound of ovarium is the reason of augmentation of its duration. Duration of stage increased because laparoscopic suture, in particular with intracorporale setting of knots, is rather labor-consuming procedure. Any significant differences between groups on the average the hemorrhage volume, frequency of the combined operations, postoperative maintaining, current of the postoperative period and duration of stay in hospital it was revealed not.

Conclusion. The received clinical results needs to be considered when maintaining women with an ovary apoplexy.

Key words: ovary apoplexy, various forms, clinical aspects.

Сведения об авторе

Ищак Олег Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балакшина Н.Г., 2017. Факторы риска апоплексии яичника // Сибирский медицинский журнал: 4: 22: 45–48.
2. Кириллов А.В., 2016. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины: 1: 7: 76–79.
3. Кох Л.И., 2016. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника // Материалы XII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии»: Медицина в Кузбассе, г. Кемерово: 4: 47–49.
4. Содномова Н.В., 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: Красноярск: 55–58.
5. Pontiroli A.E., Ruga S., 2014. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.: 41: 8: 293–298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2011. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol dependence and withdrawal // The Brain: source and target for sex steroid hormones: New York – London: 103–112.
7. Shien S.M., Shen M.D.M., Fuh M., 2016. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chine maize with coronary artery disease after apoplexia // Atherosclerosis: 67: 49–55.

Статья поступила в редакцию 16.01.2018

Решение проблемы микст-инфекций репродуктивной системы в сочетании с вирусом папилломы человека

В.В. Бобрицкая¹, О.В. Назар², Т.Н. Бондаренко²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Национальная медицинская академия последиипломного образования имени П.Л. Шупика

Цель исследования: определение эффективности лечения микст-инфекций женской репродуктивной системы преимущественно хламидийной этиологии в сочетании с вирусом папилломы человека (ВПЧ) и вирусом простого герпеса (ВПГ) путем использования оксодигидроакридинилацетата натрия (Оверин®).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 пациенток с лабораторно подтвержденной микст-инфекцией репродуктивной системы: хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, ВПЧ, ВПГ. Основная группа – 35 пациенток – получала комплекс этиотропной терапии с оксодигидроакридинилацетатом натрия (Оверин®). Группа сравнения – 25 пациенток – получала курс этиотропной терапии без применения иммуномодулирующих препаратов.

Результаты. В основной группе после курса терапии: контрольные результаты по хламидийной инфекции отрицательные у 94,3% пациенток, микоплазменной – у 100%, уреаплазменной – в 100% случаев. Отрицательные результаты наличия ВПЧ – у 91,5% пациенток, ВПГ – у 82,9% пациенток. В группе сравнения: отрицательные результаты по хламидийной инфекции у 80,0% пациенток, микоплазменной – у 96,0%, уреаплазменной – у 92,0%, ВПЧ – у 42,0% пациенток, ВПГ – у 36,0% пациенток. Пациенткам группы сравнения в дальнейшем был проведен дополнительный курс терапии.

Заключение. Препарат Оверин® демонстрирует высокую эффективность терапии хронических инфекций женской репродуктивной системы, в том числе хламидиоза как отдельного заболевания, так и при наличии вирусных ассоциаций. В случаях сочетания хламидийной инфекции с ВПЧ и ВПГ, в том числе ВПЧ высокоонкогенных штаммов, препарат Оверин® может быть средством выбора в комплексе с антибактериальной терапией.

Ключевые слова: микст-инфекция, хламидии, вирус папилломы человека, вирус простого герпеса, Оверин®.

Отличительным признаком инфекционных процессов, наблюдаемых клиницистами в настоящее время, является хроническое течение, развитие устойчивых форм возбудителей, в том числе внутриклеточной инфекции, не поддающихся лечению с помощью традиционных схем терапии.

Постоянно повторяющиеся попытки разработки новых подходов приводят к изменению длительности и кратности антибактериальной, фунгицидной, противовирусной терапии. Предлагаются новые формы и сочетания лекарственных средств. В комплекс терапии вводятся как отдельные препараты иммуномодулирующего действия, так и сочетание лекарственных средств различного направления [1, 2, 3].

Поэтому поиск оптимальных схем терапии, предполагающих уменьшение лекарственной нагрузки, сокращение количества применяемых препаратов, является на сегодня чрезвычайно актуальным.

Персистирующая хламидийная инфекция, особенно в сочетании с вирусным инфицированием, характеризуется разнообразными нарушениями в иммунном статусе, что может приводить к развитию иммунопатологических процессов, таких, как синдром Рейтера, реактивный артрит, формирование иммунологических форм бесплодия. Учитывая данные процессы, перед клиницистами стоит задача выбора адекватной иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении данной патологии.

Одним из наиболее длительных курсов терапии инфекций репродуктивной системы является курс лечения хламидийной инфекции (*C. trachomatis*). Это связано с особенностями цикла развития данного вида внутриклеточной инфекции, образования антибиотикорезистентных форм [16]. В результате многочисленных исследований определено, что у 70–80% женщин хламидийная инфекция протекает бессимптомно, а у 15–40% процесс распространяется восходящим путем, что приводит к серьезным осложнениям, включая воспалительные заболевания таза, бесплодие и внематочную беременность. Инфекция с *C. trachomatis* облегчает передачу ВИЧ, ее наличие также связывают с развитием рака шейки матки, поскольку внутриклеточный возбудитель потенцирует диспластическое влияние вируса папилломы человека (ВПЧ) [17]. В случаях генерализованной инфекции хламидии признаны одним из этиологических факторов подострого тиреоидита [5]. Хотя хламидийная инфекция поддается лечению антибиотиками, многие препараты не являются достаточно эффективными в случаях монотерапии, и курс лечения зачастую удлиняется. Вакцинация при данном типе инфекции на сегодня не разработана [16, 17, 18].

Поэтому представляется необходимым поиск патогенетических вариантов лечения с учетом возможного влияния на процессы защиты и элиминации данного возбудителя, дополнения иммунологического звена терапии.

Известно, что в процессе элиминации хронической хламидийной инфекции, вирусных ассоциаций, в том числе ВПЧ, вируса простого герпеса (ВПГ) ведущую роль играет система выработки эндогенного интерферона [1, 2, 4, 5, 6, 11].

Процесс подавления вирусов и внутриклеточных инфекций описан еще в 1937 году, а механизм действия получил четкое объяснение после открытия А. Айзексом и Ж. Линдеманом в 1957 г. интерферона (ИФ). Исследования последующих лет были направлены на изучение роли ИФ, а также препаратов и средств, влияющих на выработку данной субстанции эндогенной защиты.

ИФ – специфический вид белка, который обладает противовирусными, противоопухолевыми и иммуномодулирующими свойствами. Известно более 20 видов ИФ, различающихся по структуре и биологическим свойствам и представляющих три основных вида: α , β и γ . По механизму действия ИФ принципиально отличаются от антител: они не специфичны по отношению к вирусным инфекциям, но в то же время препятствуют репликации различных видов вирусов, а также внутриклеточных форм возбудителей. ИФ угнетают репликацию

вирусов в организме, оказывая влияние на инфицированные клетки и подавляя синтез вирусных нуклеиновых кислот [5, 6, 9, 10]. В случаях хламидийной, микоплазменной, уреаплазменной инфекций ИФ действуют на репликацию возбудителей, а также препятствуют реинфицированию.

Также особенностью ИФ является иммуномодулирующее и антипролиферативное действие, которое проявляется в снижении продукции антител (IgM, IgG), инсулиноподобных факторов роста и повышении цитотоксической активности клеточного звена иммунитета (NK – клеток-киллеров и цитотоксических Т-лимфоцитов). Это делает его незаменимым препаратом в комплексной терапии инфекций, вызванных внутриклеточными агентами. Особенностью ИФ является его универсальность, проявляющаяся в действии на любые типы вирусов, как ДНК-, так и РНК-содержащих.

Поэтому от уровня синтеза эндогенного ИФ зависят основные защитные реакции макроорганизма, а также процессы элиминации хламидий, вирусной инфекции, сочетаний вирусной инфекции с прочими видами патогенных форм, вызывающих хронические воспалительные процессы [6, 7].

Интерфероновый статус организма может поддерживаться специфическими медикаментозными препаратами, направленными на дополнительную выработку ИФ иммунокомпетентными клетками. При стимуляции клеток индуктором ИФ происходит активация генов, кодирующих белки ИФ, а также продукция и трансляция этих белков. В результате связывания ИФ с рецепторами индуцируется процесс синтеза протеинов, повышающих резистентность клетки к чужеродному агенту [7, 8, 11]. Интересен факт о возможности переноса подобных протеинов на соседние клетки, не контактирующие ни с индуктором, ни с самим ИФ. То есть формируется защитная белковая «панель» клеток, препятствующая персистенции инфекции, а также реинфицированию новыми агентами [9, 10].

К разряду медикаментозных препаратов, отвечающих требованиям универсальной иммуномодуляции, относится оксидигидроакридинилацетат натрия (Оверин®). Препарат (также под торговой маркой Неовир) хорошо зарекомендовал себя в зарубежной и отечественной практике, поскольку в большинстве клинических случаев элиминация возбудителей, в том числе и вирусной инфекции, происходила уже после одного курса препарата.

Препарат имеет выраженное антихламидийное действие, также оказывает противовирусное действие в отношении ДНК- и РНК-геномных вирусов и применяется для лечения и профилактики вирусных инфекций. Активность препарата связана с его способностью вызывать повышение концентрации эндогенных интерферонов, особенно ИФ-α.

Инъекция 250 мг препарата Оверин® по сывороточным титрам ИФ эквивалентна введению 6–9 млн МЕ рекомбинантного ИФ-α. Оверин® активизирует стволовые клетки костного мозга, Т-лимфоциты и макрофаги, проявляет иммуномодулирующую активность, нормализует баланс между субпопуляциями Т-хелперных и Т-супрессорных клеток. При ряде заболеваний Оверин® способен снизить продуцирование в организме фактора некроза опухолей (ВИЧ-инфекция, сепсис) и активизировать естественные киллерные клетки (при опухолевых заболеваниях). Имеет выраженный стимулирующий эффект на активность системы полиморфноядерных лейкоцитов [12].

Пик активности ИФ в крови и тканях наблюдается через несколько часов после внутримышечного введения препарата Оверин® и поддерживается в течение 16–20 ч после введения. Действующее вещество – оксидигидроакридинилацетат натрия – выделяется из организма в неизмененном виде почками.

Показания к применению Оверина® – в соответствии с инструкцией он показан при широком спектре различных за-

болеваний, манифестирующих при относительном либо абсолютном иммунодефиците, таких, как:

- инфекции, вызванные вирусом Herpes simplex, Varicella zoster, Herpes simplex genitalis, в том числе у лиц с нарушениями иммунной системы;
- цитомегаловирусная инфекция у лиц с иммунодефицитом;
- радиационный иммунодефицит;
- ВИЧ-инфекции;
- энцефалиты и энцефаломиелиты вирусной этиологии;
- уретриты, эпидидимиты, простатиты, цервициты и сальпингиты хламидийной этиологии;
- венерическая лимфогранулема;
- онкологические заболевания;
- рассеянный склероз;
- кандидозные поражения кожи и слизистых оболочек;
- папилломавирусная инфекция.

Противопоказанием к применению является повышенная чувствительность к препарату. Оверин®, так же, как и прочие индукторы ИФ, не применяют в период беременности и лактации, а также данные препараты ограничены к применению в детском возрасте.

В случае локальной боли при введении препарата рекомендуется введение вместе с раствором местного анестетика, на который должна быть проведена предварительная аллергопроба (анестетик необходимо вводить с помощью отдельного шприца).

Оверин® вводят внутримышечно по 250 мг (1 ампула) или 4–6 мг на 1 кг массы тела. При необходимости разовая доза препарата Оверин® может быть увеличена до 500 мг. Стандартный курс лечения состоит из 5–7 инъекций Оверина® в дозе 250 мг с интервалом 48 ч, курсовая доза зависит от клинической ситуации и характера заболевания.

Профилактическая доза составляет 250 мг (1 ампула). При длительном применении (от 3 до 12 мес) рекомендованный интервал между введениями препарата Оверин® 3–7 сут. Длительное применение препарата может быть рекомендовано при выраженном иммунодефицитном состоянии, рассеянном склерозе, онкологических заболеваниях [12].

Учитывая широкий спектр применения данного индуктора ИФ в сочетании с универсальностью действия, нами было проведено исследование клинической эффективности препарата в комплексе лечения микст-инфекций малого таза с высокими титрами хламидийной инфекции, в том числе ассоциированной с ВПЧ и ВПГ.

Цель исследования: повышение эффективности лечения микст-инфекций женской репродуктивной системы преимущественно хламидийной этиологии в сочетании с ВПЧ и ВПГ путем использования иммуностимулирующей терапии – оксидигидроакридинилацетата натрия (Оверин®).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 60 пациенток 26–35 лет с лабораторно подтвержденной хронической инфекцией репродуктивной системы, с наличием хламидийной инфекции.

В соответствии с проводимой терапией пациентки были разделены на две группы наблюдения:

I (основная) группа – 35 женщин, которые в соответствии с выделенными возбудителями получали комплекс антибиотиков, местную санацию в сочетании с курсом иммуномодулирующей терапии с использованием оксидигидроакридинилацетата натрия (Оверин®);

II группа (сравнения) – 25 женщин, получавших только антибактериальную и специфическую противовирусную (валацикловир) терапию: сочетание антибиотиков с местными санационными препаратами. Иммуномодулирующую терапию в данной группе не проводили.

Среди пациенток групп наблюдения обратились по поводу первичного бесплодия 26 (74,2%) человек I группы и

18 (72,0%) – II группы. Хронический аднексит с частыми рецидивами наблюдался у 10 (28,5%) пациенток I группы и 9 (36,0%) – II группы. Среди предъявляемых жалоб преобладали хроническая тазовая боль умеренной интенсивности: у 17 (48,5%) пациенток I группы и 11 (44,0%) пациенток II группы. Диагноз хронического сальпингоофорита верифицирован у 24 (68,5%) пациенток основной группы и 19 (76,0%) – из группы сравнения. Дисплазия шейки матки 1-й степени диагностирована у 9 (25,7%) пациенток основной группы и 7 (28,0%) – группы сравнения, цервицит соответственно у 7 (20,0%) и 4 (16,0%), дисплазия шейки матки 2-й степени – у 4 (11,4%) – основной группы и 2 (8,0%) – группы сравнения.

Паритет – одни роды в анамнезе имели всего 8 (22,8%) пациенток I группы, искусственные аборты – 12 (34,2%) женщин. Во II клинической группе одни роды зафиксированы у 6 (24,0%) человек, двое родов – у 1 (4,0%) пациентки, искусственные аборты в анамнезе – у 9 (36,0%) женщин.

Всем пациенткам проводили исследование на наличие возбудителей хронических инфекций – хламидий, уреаплазм, микоплазм, ВПГ 1-го и 2-го типов – путем иммунофлюоресцентного анализа, а также полимеразной цепной реакции (ПЦР). Диагностику типов ВПЧ-инфекции проводили с помощью исследования Квант-21: определение 6, 11, 9, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58, 59, 67-го типов ВПЧ; с определением вирусной нагрузки (количество ВПЧ: Lg-копий в расчете на 100 000 эпителиальных клеток, Lg-копий на образец).

Иммунологические методы исследования включали традиционную иммунограмму с определением субпопуляционного состава лимфоцитов, неспецифических факторов защиты и уровня цитокинов.

Всем пациенткам проводили бактериологическое исследование с определением бактериологической и микотической составляющей микст-инфекции.

Также в комплексе клинического обследования проводили ультразвуковое исследование органов малого таза с выполнением доплерографии сосудов репродуктивной системы до и после проводимой терапии.

Пациентки получали комплексную терапию в соответствии с выделенными возбудителями: хламидиями (*Chlamidia trachomatis*), микоплазмами (*Mycoplasma genitalium*), уреаплазмами (*Ureaplasma urealiticum*), ВПЧ (*Human Papilloma Virus*) – 6–67-й типы, ВПГ (*Herpes Simplex Virus*) 1-го, 2-го типов, бактериальной инфекцией.

Проводимая антибиотикотерапия: макролиды в дозе 500 мг 2 раза в сутки – 10 дней, в случаях наличия хламидийной инфекции – повторный курс до общей продолжительности лечения 21 день. С учетом чувствительности выделенных возбудителей применяли также ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки либо левофлоксацин 500 мг в сутки. Антимикотическая терапия – флуконазол, итраконазол (с учетом результатов лабораторного исследования). Местную санацию проводили с помощью комплексных суппозиториев широкого спектра действия.

Пациентки основной группы получали Оверин® по 250 мг (2 мл) 1 раз в сутки, через день, 5 инъекций.

Инфектологическое, ультразвуковое обследование проводили до начала и после проведенной терапии. Учитывали также субъективную оценку состояния самими пациентками и переносимость терапии, наличие неблагоприятных побочных эффектов, аллергических реакций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате обследования у пациенток обеих групп выделены сочетания различных видов возбудителей: хламидийной инфекции (*Chlamidia trachomatis*) – 54,2% и 48,0% в I и II группе соответственно; микоплазменной (*M.genitalium*) –

48,5% и 36,0% в I и II группах и уреаплазменной (*Ureaplasma urealiticum*) – 45,7% и 44,0% соответственно по группам. ВПЧ (*Human Papilloma Virus*) – 6–67-й типы, ВПГ (*Herpes Simplex Virus*) – 1-й, 2-й типы – в I группе у 27 (77,1%) человек, во II – у 20 (80,0%) человек. ВПЧ онкогенных типов диагностированы у 15 (42,8%) пациенток основной группы и 10 (40,0%) человек группы сравнения. Сочетание ВПГ 1-го и 2-го типов обнаружены у 14 (40,0%) пациенток основной группы, и 10 (40,0%) – группы сравнения.

По результатам инфектологического исследования очевидно преобладание хламидийной инфекции у пациенток групп наблюдения (таблица).

По результатам исследования иммунологических показателей у пациентов с хламидийной инфекцией отмечается активация субпопуляций Th2-типа на основании повышения содержания ИЛ-4 (на 28%), ИЛ-5 (на 24%), ИЛ-10 (на 67%), ИЛ-13 (на 20%). Одновременно в этой группе были выраженные признаки иммуносупрессии: снижение количества лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов (на 31%), снижение уровня Т-лимфоцитов и их основных субпопуляций (CD3 на 32%, CD4 на 24%, CD8 на 46%). Наблюдалось снижение функциональной активности Т-лимфоцитов (РБТЛ спонтанный – на 70%, РБТЛ индуцированный – на 57%). Также повышение уровня моноцитов (на 77%), IgA (на 82%) свидетельствует про хронизацию процесса. Значительное повышение уровня всех фракций циркулирующих иммунных комплексов на фоне снижения показателей фагоцитарной активности свидетельствует про чрезмерное формирование ЦИК и неэффективную их элиминацию, что приводит к формированию аутоиммунных процессов, болезни иммунных комплексов.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о формировании выраженной иммунологической недостаточности и неадекватности иммунного ответа при хламидийной инфекции. Интересным остается тот факт, что данные нарушения иммунитета патогномоничны для всей группы внутриклеточных возбудителей. Так, описаны случаи формирования антифосфолипидного синдрома при персистирующей вирусной инфекции, а также повышение содержания антинуклеарных антител.

Особенность формирования реакций иммунопатологии объясняется недостаточной активностью клеточного звена иммунной системы. Внутриклеточный инфекционный агент продуцирует белки, обладающие ингибирующей способностью на синтез эндогенного ИФ, таким образом стимулируя синтез специфических антител (преимущественно IgG). Такой механизм препятствует генерализации инфекции и срывает на ранних стадиях инфекции, но не способствует полной элиминации возбудителя. Мало того, в группе иммуноглобулинов возможно появление аутоантител, вызывающих реакции аутоагрессии (синдром Рейтера, реактивный артрит).

Учитывая изложенное выше, необходим поиск иммуномодулирующих средств для коррекции этих нарушений.

Интересным представляется применение препаратов из группы гормонов и медиаторов иммунной системы, к которым относятся ИФ и их индукторы. Патогенетически применение ИФ оправдано преимущественно на ранних стадиях инфекционного процесса, когда наблюдается снижение содержания эндогенного ИФ. Однако применение готовых форм ИФ ограничено следующими факторами:

- высокомолекулярная белковая структура, вызывающая аллергические реакции;
- гриппоподобный синдром при введении ИФ в терапевтических дозах;
- возможная продукция антител против препарата (снижение эффективности лечения);
- ограничение длительности терапии.

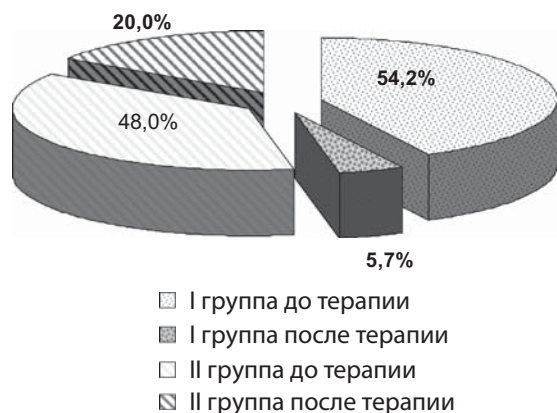


Рис. 1. Результаты терапии хламидийной инфекции в основной группе (с применением препарата Оверин®) и группе сравнения (терапия антибиотиками без применения иммуномодулирующих препаратов)

В то же время большинство случаев обращения пациентов связаны с хроническим течением инфекции или наличием микст-инфекции, при которых стоит проблема выбора адекватной и эффективной терапии с применением иммуномодулирующих препаратов. Отмечено также, что после разового эпизода вирусной или внутриклеточной бактериальной инфекции восстановление активности иммунной системы наблюдается только через 28 дней.

Таким образом, при хроническом течении инфекции был бы оправдан длительный прием препаратов ИФ, однако это ограничено их побочными эффектами.

Поэтому для терапии хламидийной инфекции и особенно микст-инфекции преимущественно используются индукторы ИФ.

В результате проведенной терапии с применением Оверина® в основной группе отмечено значительное снижение процента диагностируемой инфекции, в том числе хламидийной (рис. 1). Следует подчеркнуть, что микоплазменной, уреаплазменной инфекции в основной группе уже после одного курса терапии с применением оксидигидроакридинилацетата натрия (Оверин®) диагностировано не было. В то время как среди пациенток группы сравнения

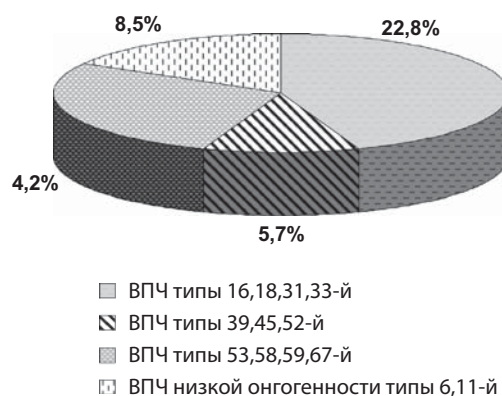


Рис. 2. Распределение высокоонкогенных типов ВПЧ (16,18,31,33-го), типов средней онкогенности (39–52-го, 58–67-го) и низкой онкогенности (6,11-го) у пациенток основной группы до начала терапии

положительные результаты наличия данных инфекционных факторов все же наблюдались.

Наиболее показательными были результаты снижения вирусной нагрузки, прежде всего ВПЧ, и в достаточно высоком проценте наблюдений (см. таблицу) – полная элиминация данной инфекции. Распределение результатов наличия различных типов ВПЧ представлено на рис. 2.

Известно, что на сегодня не существует специфической противовирусной терапии, нацеленной на элиминацию ВПЧ. Наиболее эффективными считаются препараты, позволяющие поддерживать необходимый уровень ИФ, в том числе индукторы ИФ. Оксидигидроакридинилацетат натрия (Оверин®) ввиду уникального механизма действия, повышения уровня сывороточного ИФ до значительных концентраций является высокоэффективным противовирусным препаратом, в частности, при наличии ВПЧ, что доказывают данные клинические исследования.

Заслуживают внимания данные об элиминации ВПГ 1-го и 2-го типов. В группе сравнения, пациентки которой получали валацикловир в качестве противогерпетической терапии, наблюдалось снижение частоты диагностики ВПГ, однако достоверно меньше, чем в основной группе, получавшей оксидигидроакридинилацетат натрия (Оверин®).

Результаты инфектологического исследования в группах наблюдения, n (%)

Возбудитель	Количество пациенток I группы до проведения терапии, n=35	Количество пациенток II группы до проведения терапии, n=25	Количество пациенток I группы после проведения терапии, n=35	Количество пациенток II группы после проведения терапии, n=25
<i>Chlamidia trachomatis</i>	19 (54,2)	12 (48,0)	2 (5,7)*	5 (20,0)**
<i>Mycoplasma genitalium</i>	17 (48,5)	9 (36,0)	-	1 (4,0)**
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	15 (45,7)	11 (44,0)	-	2 (8,0)**
ВПЧ типы 16,18,31,33	8 (22,8)	5 (20,0)	1 (2,8)*	5 (20,0)**
ВПЧ типы 35,39,45,52	2 (5,7)	1 (4,0)	-	1 (4,0)**
ВПЧ типы 53,58,59,67	5 (14,2)	4 (16,0)	2 (5,7)*	3 (12,0)**
ВПЧ типы 6,9,11	3 (8,5)	4 (16,0)	-	4 (16,0)**
ВПГ I тип	18 (51,4)	16 (64,0)	2 (5,7)*	7 (28,0)**
ВПГ II тип	21 (60,0)	17 (68,0)	4 (11,4)*	9 (36,0)**

Примечания: * – $p < 0,05$ по сравнению с основной группой до начала терапии; ** – $p < 0,05$ по сравнению с основной группой.

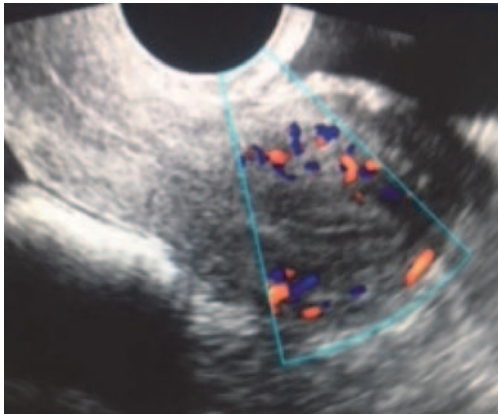


Рис. 3. Усиление кровотока в матке после проведенного курса противовоспалительной терапии с применением препарата Оверин®

Пациенткам, имевшим положительные результаты на наличие хламидийной, уреа-, микоплазменной инфекции, назначали повторно курс антибиотикотерапии в сочетании с Оверином® по стандартной схеме: 2 мл внутримышечно, 5 инъекций, 1 раз в 48 ч.

Результаты инфектологического обследования пациенток основной группы до и после комплексной терапии с применением препарата Оверин®, а также группы сравнения до и после проведенной терапии, приведены в таблице.

Аллергических либо прочих побочных эффектов в результате применения препарата Оверин® мы не наблюдали. Пациенткам с низким порогом болевой чувствительности препарат назначали с лидокаином 2% 2 мл (после соответствующей отрицательной аллергопробы).

Следует отметить, что у пациенток основной группы, которым был назначен повторный курс терапии, хламидийная инфекция элиминирована (отрицательные результаты ИФА, ПЦР), результаты на наличие ПЦР папилломавирусной инфекции, а также ВПГ I типа были отрицательными. Только у 1 (2,8%) пациентки основной группы диагностирован ВПГ II типа, в связи с чем рекомендован курс валацикловира по супрессивной схеме на период 1 мес.

В результате терапии пациентки отмечали уменьшение боли либо исчезновение тазового болевого синдрома, субъективное улучшение общего состояния, в том числе исчезновение астении, чувства хронической усталости, характерной в том числе для микст-инфекции с наличием вирусных ассоциаций.

Вирішення проблеми мікст-інфекцій репродуктивної системи у поєднанні з вірусом папіломи людини

В.В. Бобрицька, О.В. Назар, Т.М. Бондаренко

Мета дослідження: визначення ефективності лікування мікст-інфекцій жіночої репродуктивної системи переважно хламидійної етіології у поєднанні з вірусом папіломи людини (ВПЛ) і вірусом простого герпесу (ВПГ) шляхом використання оксидигідроакридинілацетату натрію (Оверин®).

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 60 пацієнток з лабораторно підтвердженою мікст-інфекцією репродуктивної системи: хламідії, микоплазми, уреоплазми, ВПЛ, ВПГ. Основна група – 35 пацієнток – отримувала комплекс етіотропної терапії з оксидигідроакридинілацетатом натрію (Оверин®). Група порівняння – 25 жінок – отримувала курс етіотропної терапії без застосування імуномодулювальних препаратів.

Контрольне доплерографічне дослідження демонструвало умеренне збільшення васкуляризації органів малого таза (рис. 3), нормалізацію доплерографічних показувальників.

В результаті проведеного лікування в основній групі були отримані дані, які свідчать про ефективність (91,5%; $p < 0,01$) проведених заходів.

Признаки лейкопенії відсутні після лікування (рівень лейкоцитів підвищився на 24%, $p < 0,01$, а також сегментоядерних нейтрофілів гранулоцитів – на 20%, $p < 0,01$), що свідчить про позитивний вплив лікування на нормалізацію неспецифічного звена імунітету.

Показателі Т-лімфоцитів (CD3, CD4, CD8) приходили в норму.

Після лікування також визначали рівень цитокінів. Знижений рівень ІЛ-2 нормалізувався і підвищився на 53% ($p < 0,01$). Показателі ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-10, ІЛ-13 знижались на 53%, 55%, 76%, 2,1% відповідно при $p < 0,01$. Це свідчить про активацію субпопуляції Th1 і зниження активності Th2, що демонструє нормалізацію соотношения Th1/Th2 і зниження ризику формування імуннопатологічних процесів.

Після проведеного лікування спостерігалося зменшення вмісту всіх фракцій циркулюючих імунних комплексів (низкомолекулярних – на 39%, середньомолекулярних – на 76%, високомолекулярних – на 8%; $p < 0,01$). Ці дані свідчать про позитивну динаміку лікування і зниження хронічного запального процесу.

Таким чином, оксидигідроакридинілацетат натрію (Оверин®) є препаратом, значно покращуючим результати терапії хронічних микст-інфекцій малого таза, скорочуючим тривалість терапії, сприяючи елімінації хламидійної і вірусної інфекції.

ВЫВОДЫ

Препараты – индукторы интерферона существенно повышают эффективность терапии микст-инфекций малого таза, а в случаях хламидийной инфекции, вирусного инфицирования являются патогенетически обоснованными лекарственными средствами.

Препарат Оверин® демонстрирует высокую эффективность лечения хронических инфекций женской репродуктивной системы, в том числе хламидиоза как отдельного заболевания, а также при сочетании с вирусными ассоциациями.

В случаях сочетания хламидийной инфекции с ВПЧ и ВПГ, в том числе ВПЧ высокоонкогенных штаммов, препарат Оверин® может служить средством выбора в комплексе с антибактериальной терапией.

Результати. В основній групі після курсу терапії: контрольні результати щодо хламидійної інфекції негативні у 94,3% пацієнток, микоплазмозу – у 100%, уреоплазмозу – у 100% випадків. Негативні результати щодо ВПЛ у 91,5% пацієнток, ВПГ – у 82,9% пацієнток. У групі порівняння: негативні результати хламидійної інфекції у 80,0% пацієнток, микоплазмозу – у 96,0%, уреоплазмозу – у 92,0%, щодо ВПЛ – у 42,0% пацієнток, ВПГ – у 36,0% пацієнток. Пацієнткам групи порівняння у подальшому було проведено додатковий курс терапії.

Заключення. Препарат Оверин® демонструє високу ефективність терапії хронічних інфекцій жіночої репродуктивної системи, у тому числі хламідіозу як окремого захворювання, так і за наявності вірусних асоціацій. У випадках поєднання хламидійної інфекції з ВПЛ і ВПГ, у тому числі ВПЛ високоонкогенних штамів, препарат Оверин® може бути засобом вибору в комплексі з антибактеріальною терапією.

Ключові слова: мікст-інфекція, хламідії, вірус папіломи людини, вірус простого герпесу, Оверин®.

Solving the problem of combining mixed infections with the human papilloma virus

V.V. Bobrytska, O.V. Nazar, T.N. Bondarenko

The objective: to determine the effectiveness of treatment of mixed infections in the female reproductive system predominantly chlamydial etiology in combination with human papillomavirus (HPV) and herpes simplex virus (HSV) using sodium oxodihydroacridinylacetate (Overin®).

Materials and methods. Under supervision were 60 patients with laboratory-confirmed mixed infection of the reproductive system: chlamydia, mycoplasma, ureaplasma, HPV, HSV. The main group of 35 patients received a complex of ethiotropic therapy with sodium oxodihydroacridinylacetate (Overin®). A comparison group of 25 patients received a course of ethiotropic therapy without the use of immunomodulating drugs.

Results. In the main group after the course of therapy: the control results of chlamydial infection are negative in 94,3% of patients, mycoplasma in 100%, ureaplasma in 100% of cases. Negative results of HPV in 91,5% of patients, HSV 82,9% of patients. In the comparison group: negative results of chlamydial infection in 80,0% of patients, mycoplasma 96,0%, ureaplasma 92,0%, HPV negative in 42,0% of patients, HSV in 36,0% of patients. Patients of the comparison group were subsequently followed by an additional course of therapy.

Conclusion. Overin® demonstrates the high effectiveness of therapy for chronic infections of the female reproductive system, including chlamydia as a separate disease, and in the presence of viral associations. In cases of a combination of chlamydial infection with HPV and HSV, including HPV of highly oncogenic types, Overin® can serve as a means of choosing therapy in combination with antibiotic therapy.

Key words: mixed infection, chlamydia, HPV, HSV, Overin®.

Сведения об авторах

Бобрицкая Виктория Владимировна – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, пр.Науки, 4; тел.: (050) 327-13-31. E-mail: bobrytska@gmail.com

Назар Олег Владимирович – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9; тел.: (067) 704-09-48. E-mail: nazar_oltg_@ukr.net

Бондаренко Татьяна Николаевна – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9; тел.: (067) 636-03-09. E-mail: tanyshch@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Подольский В.В. Гиперплазия эндометрия, возникшая на фоне хронических воспалительных заболеваний половых органов при инфицировании вирусом простого герпеса 2-го типа как одна из причин нарушения репродуктивного процесса у женщин фертильного возраста // В.В. Подольский, Т.Д. Задорожная, Вл.В. Подольский // Здоровье женщины. – 2011. – № 10 (66). – С. 118–120.
2. Савичева А.М. Проблемы диагностики и терапии репродуктивно значимых инфекций // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Т. IV (2). – С. 76–85.
3. Вовк І.Б., Горбань Н.Є., Кондратюк В.К. та ін. Оптимізація комплексного лікування запальних захворювань геніталій у жінок репродуктивного віку // ДУ Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України. Інформаційний лист № 8. – 2015.
4. Зур Н.В. Микробиологические и иммунологические аспекты хронической урогенитальной хламидийной инфекции у женщин репродуктивного возраста / Зур Н.В., Мионов А.Ю., Савицкая К.И., Русанова Е.М., Нестерова В.В. // Человек и его здоровье. – 2009. – № 3. – С. 64–72.
5. Зур Н.В., Мионов А.Ю. Подострый тиреоидит как проявление генерализованной хламидийной инфекции // Человек и его здоровье. – 2010. – № 4. – С. 61–68.
6. Запольский М.Э. Рецидивирующий генитальный герпес / М.Э. Запольский, А.И. Фролова, Л.П. Квитко, К.А. Борисова, В.И. Бойко, В.В. Соломаха // Здоровье мужчины. – 2013. – № 4 (47). – С. 125–128.
7. Борис О.М. Сучасні підходи до комплексного лікування та профілактики рецидивів папіломавірусної інфекції у жінок репродуктивного віку. – 2015. – 32 № 1 (21). – С. 32–39.
8. Долгополова И.А. Папилломавирусная инфекция – клиника, диагностика, лечение // Педиатрическая фармакология. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 56–60.
9. Романцов М.Г. Индукторы эндогенного интерферона в инфектологии (Научный обзор) // М.Г. Романцов, А.А. Шульдяков, Ф.И. Ершов, А.Л. Коваленко // Профилактика медицины. – 2013. – № 1–2 (20). – С. 77–83.
10. Деева Э.Г. Противовирусные препараты: интерфероны и индукторы интерферонов / Э.Г. Деева, О.И. Киселев // Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика. Под ред. О.И. Киселева, Л.М. Цибаловой, В.И. Покровского. – М.: ООО «Издательство МИА», 2012. – С. 338–345.
11. Ершов Ф.И., Наровлянский А.Н. Использование индукторов интерферона при вирусных инфекциях // Вопросы вирусологии. – 2015; 60(2): 5–10.
12. Шперлинг Н.В., Шаропина А.В. Терапевтическая эффективность препаратов интерферона и индукторов интерферона при генитальном герпесе // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 24, № 2. – С. 109–112.
13. Шперлинг Н.В. Влияние индукторов интерферона на цитокиновый статус больных папилломавирусной инфекцией гениталий, вызванной вирусом папилломы человека 6-го или 11-го типов // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 56–60.
14. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ОВЕРІН®/ № реєстраційного посвідчення UA/15657/01/01.
15. Хрянин А.А., Стецюк О.У., Андреева И.В. Хламидийная инфекция в гинекологии и акушерстве. Лечащий врач, 2012; 3:30–37.
16. Chelwill Ch., Mirrashidi K., Engel J. Chlamydia cell biology and pathogenesis. Nat Rev Microbiol 2016, 14(6):385–400.
17. Bastidas R.J., Elwell S.A., Engel J.N., Valdivia Chlamydial intracellular survival strategies. Cold Spring Harb Perspect Med, 2013; 3:1–20.
18. Hafner L.M. Pathogenesis of fallopian tube damage caused by Chlamydia trachomatis infections. Contraception, 2015; 92(2):108–15.

Статья поступила в редакцию 08.02.2018

Особливості перебігу гестації, пологів та перинатальні наслідки у ВІЛ-інфікованих жінок (Ретроспективний аналіз)

С.Є. Савченко^{1,2}, О.І. Гервасюк^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

Мета дослідження: встановлення особливостей перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у ВІЛ-інфікованих жінок.

Матеріали та методи. Був проведений ретроспективний аналіз 1050 індивідуальних карт вагітних з ВІЛ, історій пологів та розвитку новонароджених за 2012–2015 рр. та 850 пацієнток без ВІЛ-інфекції (контрольна група).

Результати. Концентрації CD4⁺ та вірусного навантаження свідчать про ефективну високоактивну антиретровірусну терапію у більшості пацієнток. Серед ускладнень гестації та пологів у жінок з ВІЛ найчастіше виявляли ознаки плацентарної дисфункції. Таке загрозливе ускладнення, як передчасне відшарування плаценти, діагностували у 37 (3,5±0,56%) випадках у ВІЛ-інфікованих вагітних та у 12 (1,4±0,4%) випадках у жінок контрольної групи; дистрес плода був виявлений у 109 (10,4±0,94%) пацієнток з основної групи проти 16 (1,9±0,46%) жінок контрольної групи ($p<0,05$). У ВІЛ-інфікованих породіль, які довготривало отримували високоактивну антиретровірусну терапію, відзначений більш високий об'єм загальної крововтрати в пологах та під час проведення кесарева розтину. У дітей жінок з ВІЛ найчастіше визначали дезадаптаційні синдроми у ранній неонатальний період. Серед причин перинатальної смертності у ВІЛ-інфікованих пацієнток вагоме місце посідає декомпенсована плацентарна дисфункція з критичним порушенням кровообігу у системі «мати–плацента–плід».

Заклучення. Перебіг гестаційного процесу у вагітних з ВІЛ-інфекцією характеризується розвитком перинатальних ускладнень та загрозливими станами як для матері, так і для плода. Сучасна теорія щодо наявності впливу ВІЛ на систему гемостазу обґрунтовує доцільність вивчення реологічного стану крові, у тому числі функцію ендотелію, у ВІЛ-інфікованих вагітних з метою своєчасної профілактики, діагностики та лікування акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані вагітні, перебіг вагітності, перебіг пологів, система «мати–плацента–плід», перинатальні наслідки.

Актуальною проблемою сучасного акушерства та гінекології є збереження репродуктивного здоров'я шляхом профілактики материнських та перинатальних ускладнень.

На сьогодні залишається провідним питанням виникнення плацентарної дисфункції (ПД) з розвитком порушення кровообігу в системі «мати–плацента–плід», преєклампсії, синдрому затримки розвитку плода (ЗРП), передчасного відшарування плаценти та загибелі плода, що багато науковців пов'язує саме із наявністю гіперкоагуляційного стану внаслідок спадкових і набутих тромбофілій протягом гестаційного процесу [1, 2, 14].

Захворюваність на вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) залишається найважливішою медичною та соціальною проблемою всього світу.

За 1987–2016 рр. в Україні зареєстровано 297 424 нових випадків ВІЛ-інфекції, 92 897 захворювань на СНІД та

41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Головною причиною летальних випадків серед захворювань, що безпосередньо не пов'язані із ВІЛ-інфекцією, є серцево-судинні захворювання (25,5%) [3].

Сучасні дані наукових досліджень підтверджують роль ВІЛ у розвитку порушень реологічної функції крові з виникненням тромбоембологічних ускладнень, що є небезпечними для здоров'я та життя людини [4, 5, 7, 9–13].

Мета-аналіз проведених досліджень [6, 8] засвідчив, що ризик розвитку судинно-серцевих захворювань на 61% вище у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, ніж у загальній популяції.

За останні роки (2009–2015 рр.) в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження частки вперше виявлених ВІЛ-позитивних вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) – з 0,55% у 2009 р. до 0,33% у 2015 р. Разом з тим цей показник вже становив 0,28% за 6 міс 2016 р. [3].

Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні серед вагітних вимагає удосконалення методів для запобігання негативному впливу на стан здоров'я та життя майбутньої матері та новонародженого.

Мета дослідження: встановлення особливостей перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у ВІЛ-інфікованих жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі жіночої консультації та інфекційного акушерського відділення Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини проведений ретроспективний аналіз 1050 індивідуальних карт (основна група), історій пологів та розвитку новонароджених, результатів патоморфологічного дослідження при перинатальній смертності у жінок з ВІЛ за 2012–2015 рр.

У контрольну групу увійшли 850 вагітних без ВІЛ-інфекції.

З вибірки були виключені пацієнтки з багатоплідною вагітністю, іншою інфекційною патологією, звичним невиношуванням, відомою спадковою патологією системи гемостазу, тяжкою екстрагенітальною патологією тощо.

Для аналізу отриманих даних застосовували методи параметричної та непараметричної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження встановлено, що серед жінок основної групи у 873 (83,1%) пацієнток ВІЛ виявлений до даної вагітності. З них у 579 (66,3%) випадках термін застосування високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) становив до 2 років, у 221 (25,3%) пацієнтки – від 2 до 5 років та у 73 (8,4%) жінок – більше 5 років.

У 177 (16,9%) вагітних наявність ВІЛ-інфекції була діагностована саме під час вагітності: у I половині вагітності – у 138 (78%), у II половині вагітності – у 39 (22%). Усі пацієнтки із основної групи отримували ВААРТ.

Статевий шлях інфікування ВІЛ (934 жінки – 89%) значно переважав парентеральний (103 жінки – 9,8%). У 13 (1,2%) вагітних шлях інфікування не встановлений. У 599 (57%) випадках були виявлені дискордантні пари.

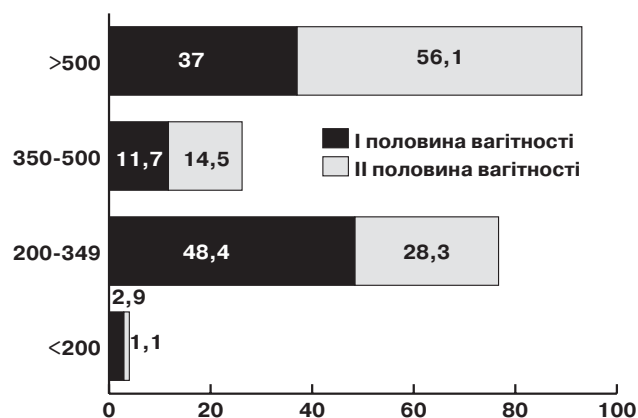
У жінок з ВІЛ-позитивним статусом прослідковувався ранній початок статевого життя. Так, до 16 років сексуальну активність розпочали 838 (79,8±1,2%) жінок основної групи проти 134 (15,7±1,2%) вагітних контрольної групи ($p<0,05$).

Згідно з аналізом жінки контрольної групи є більш соціально адаптовані. Так, постійне місце роботи мали 672 (79%±1,39) пацієнтки без ВІЛ та 336 (32%±1,4) жінок з наявністю ВІЛ-інфекції ($p<0,05$). В офіційному шлюбі перебували 773 (91%±0,9) вагітні контрольної групи проти 515 (49%±1,5) хворих основної групи ($p<0,05$).

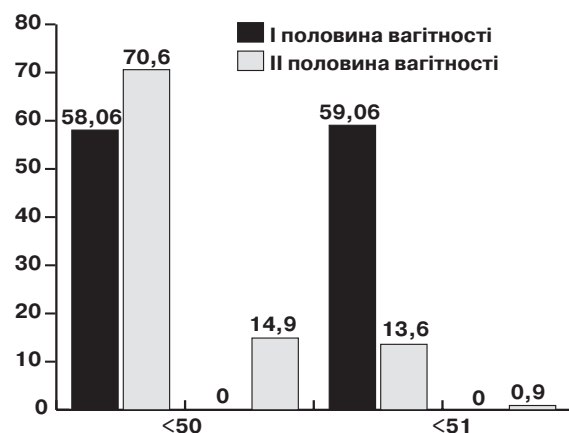
Тяжкість ВІЛ-інфекції та прихильність організму до ВА-АРТ визначали під час обстеження на рівні CD4+ та вірусного навантаження (ВН) (мал. 1).

Переважає більшість жінок мали концентрацію CD4+ >500 клітин/мкл – 374 (37%) у I половині вагітності та 589 (56,1%) – у II половині вагітності. Рівень CD4+ 350–500 клітин/мкл виявили у 119 (11,7%) жінок у I половині вагітності та у 152 (14,5%) випадках – у II половині вагітності. CD4+ 200–349 клітин/мкл виявляли у 489 (48,4%) хворих у I половині вагітності проти 297 (28,3%) – у II половині вагітності. Концентрацію CD4+ <200 клітин/мкл, що є показником вираженого ослаблення імунної системи, фіксували у 29 (2,9%) пацієнток у I половині вагітності та у 12 (1,1%) вагітних у II половині гестації.

Рівень ВН у обстежуваних переважав у межах <50 РНК копій/мл. Так, у 587 (58,06%) пацієнток у I половині вагітності ВН становила <50 РНК копій/мл, у II половині вагітності кількість жінок з таким рівнем ВН зросла до 741 (70,6%). ВН 50–10 000 РНК-копій/мл було отримано у 134 (13,27%) вагітних у I половині вагітності проти 156 (14,9%) хворих у II половині вагітності. Більш високе ВН було відзначено у меншій кількості жінок – 10 000–50 000 РНК-копій/мл у



Мал. 1. Рівень CD4+ (клітин/мкл), %



Мал. 2. Рівень ВН (РНК-копій/мл)

Таблиця 1

Розподіл обстежених вагітних за паритетом пологів, n (%)

Кількість пологів	Основна група, n=1050	Контрольна група, n=850	P
0	390 (37,1±1,49)	354 (41,6±1,69)	>0,05
1–4	655 (62,4±1,49)	488 (57,5±1,69)	>0,05
>5	5 (0,5±0,21)	8 (0,9±0,32)	>0,05

Таблиця 2

Перебіг вагітності у жінок досліджуваних груп, n (%)

Показник	Основна група, n=1011	Контрольна група, n=850	P
<i>I половина вагітності</i>			
Загроза переривання вагітності:	885 (87,5±1,04)	461 (54,2±1,7)	<0,05
гіпертонус міометрія	113 (12,8±1,12)	238 (51,6±2,1)	<0,05
ретрохоріальна гематома	504 (57±1,6)	135 (29,3±2,1)	<0,05
гіпертонус міометрія + ретрохоріальна гематома	268 (30,2±1,5)	88 (19,1±1,8)	<0,05
<i>II половина вагітності</i>			
Загроза передчасних пологів	601 (57,2±1,5)	225 (26,5±1,5)	<0,05
Преeklampsia	380 (36,2±1,48)	142 (16,7±1,27)	<0,05
ЗРП I ст.	529 (70,9±1,6)	231 (85,9±2,1)	<0,05
ЗРП II ст.	139 (18,6±1,4)	32 (11,9±1,9)	<0,05
ЗРП III ст.	78 (10,5±1,98)	6 (2,2±0,89)	<0,05
Структурні зміни плаценти	756 (72±1,38)	262 (30,8±1,58)	<0,05
Маловоддя	365 (34,8±1,47)	198 (23,3±1,44)	<0,05
Передчасне відшарування плаценти	37 (3,5±0,56)	12 (1,4±0,4)	<0,05
Дистрес плода	109 (10,4±0,94)	16 (1,9±0,46)	<0,05

259 (25,6%) пацієнток у I половині вагітності і в 144 (13,6%) випадках – у II половині вагітності та >50 000 РНК-копій/мл – у 31 (3,07%) пацієнтки проти 9 (0,9%) жінок відповідно (мал. 2).

Наведені вище показники CD4+ та ВН свідчать про високий рівень прихильності до отримування ВААРТ у більшості пацієнток.

Не було виявлено достовірної значущості між порівнювальними групами стосовно паритету пологів (табл. 1). Більшість жінок основної групи – 655 (62,4±1,49%) та 488 (57,4±1,69%) – контрольної групи мали в анамнезі від 1 до 4 пологів.

Вагітність у жінок з ВІЛ-інфекцією характеризується обтяженим перебігом (табл. 2).

Привертає увагу велика питома вага загрози переривання у I половині вагітності у ВІЛ-інфікованих пацієнток – 885 (87,5±1,04%) проти 461 (54,2±1,7%) у жінок контрольної групи ($p<0,05$). У II половині вагітності були наявні явища ПД. Так, ЗРП відзначено у 746 (71,04±1,39%) хворих на ВІЛ-інфекцію та у 269 (31,6±1,59%) жінок без ВІЛ ($p<0,05$). Структурні зміни плаценти було діагностовано у 756 (72±1,38%) вагітних основної групи проти 262 (30,8±1,58%) випадків у контрольній групі ($p<0,05$).

Діагноз прееклампсії був встановлений 380 (1,48±36,2%) пацієнткам з ВІЛ та 142 (16,7±1,27%) жінкам, що не мали ВІЛ-інфекції ($p<0,05$). Передчасне відшарування плаценти діагностували у 37 (3,5±0,56%) випадках у ВІЛ-інфікованих вагітних та у 12 (1,4±0,4%) випадках у жінок контрольної групи. Дистрес плода був виявлений у 109 (10,4±0,94%) пацієнток з основної групи проти 16 (1,9±0,46%) жінок контрольної групи ($p<0,05$). Ці загрозливні стани для матері та плода стали підставою для екстреного розродження шляхом операції кесарева розтину.

Плановий кесарів розтин був проведений у 309 (29,4%) жінок з ВІЛ-інфекцією з метою профілактики вертикальної трансмісії. У 129 (15,2%) жінок з контрольної групи також проведений плановий кесарів розтин за акушерськими показаннями згідно з Наказом МОЗ України № 977.

Розродження шляхом кесарева розтину в ургентному порядку у зв'язку з передчасним відшаруванням плаценти та дистресом плода у першому періоді пологів було виконано у 146 (13,9±1,06%) пацієнток основної групи та у 28 (3,3±0,6%) вагітних без ВІЛ-інфекції ($p<0,05$). У 7 (0,7±0,25%) пацієнток з ВІЛ та 8 (0,9±0,32%) жінок контрольної групи дистрес плода діагностовано у другому періоді пологів, у зв'язку з чим було проведено вакуум-екстракцію плода ($p>0,05$).

Патологічний перебіг пологів також достовірно переважав у жінок саме із ВІЛ. Так, передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) виявили у 324 (30,9±1,42%) випадках у ВІЛ-інфікованих жінок проти 73 (8,6±0,96%) – у пацієнток без ВІЛ. Передчасні пологи відбулися у 332 (31,6±1,4%) жінок основної групи та у 95 (11,2±1,08%) вагітних контрольної групи. Аномалії пологової діяльності відзначали у 345 (32,9±1,4%) жінок з ВІЛ-позитивним статусом проти 44 (5,2±0,7%) пацієнток без ВІЛ-інфекції.

Привертала увагу достовірна різниця між об'ємом загальної крововтрати (ЗК) серед ВІЛ-інфікованих жінок залежно від тривалості застосування ВААРТ. Так, середня ЗК у породіль з ВІЛ-інфекцією під час вагінальних пологів становила 310±71 мл у жінок, що отримували ВААРТ більше 5 років, 270±66 мл – у пацієнток з ВААРТ від 2 до 5 років та 190±55 мл – у хворих з ВААРТ до 2 років. Даний показник у жінок контрольної групи становив 170±49 мл. Під час розродження шляхом кесарева розтину також спостерігалася тенденція до гіпокоагуляційного стану у вагітних, що отримували ВААРТ більше 2 років. Так, ЗК у жінок, що отримували ВААРТ більше 5 років, становила 740±12 мл, у пацієнток з ВААРТ від 2 до 5 років – 610±19 мл, у хворих з ВААРТ до 2

років – 570±10 мл. У жінок контрольної групи даний показник становив 500±17 мл.

Отже, при довготривалому застосуванні ВААРТ у ВІЛ-інфікованих жінок спостерігалася схильність до переважання гіпокоагуляційного стану системи гемостазу, яка набуває клінічного значення у пологах та за оперативного втручання. Це можна пояснити порушенням прокоагулянтної функції печінки на тлі вживання медичних препаратів та зривом адаптаційно-компенсаторних механізмів при значному навантаженні на організм під час пологів.

Усього було виписано додому живими 1041 дитина у жінок з ВІЛ-інфекцією та 835 дітей у жінок з ВІЛ-негативним статусом. З них у 495 (47,6±1,54%) дітей в основній групі та 777 (93,1±0,87%) у контрольній групі були відсутні явища асфіксії ($p<0,05$). Діагностовано помірну асфіксію у 505 (92,7±2,18%) дітей від матерів з ВІЛ та у 57 (98,3±1,26%) новонароджених з контрольної групи ($p<0,05$). Тяжка асфіксія була виявлена у 40 (7,3±1,14%) дітей та в 1 (1,7±0,32%) дитини відповідно ($p<0,05$).

У дітей від жінок з ВІЛ-інфекцією, відносно до немовлят контрольної групи, з достовірно значущою частотою було діагностовано дезадаптаційні синдроми. Так, серед дітей основної групи був виявлений геморагічний синдром у 153 (14,7±1,09%) проти 15 (1,8±0,46%) у контрольній групі ($p<0,05$). Гастроінтестинальний синдром був діагностований у 178 (17,1±1,16%) немовлят у жінок з ВІЛ та у 46 (5,5±0,78%) – у жінок без ВІЛ ($p<0,05$). Неврологічні розлади зафіксовані у 173 (16,6±1,15%) дітей основної групи та 32 (3,8±0,66%) дітей, матері яких не хворіли на ВІЛ ($p<0,05$).

Серед перинатальної смертності у жінок з ВІЛ-інфекцією за проаналізований період було 9 (0,9%) випадків проти 14 (1,6%) випадків в контрольній групі. У структурі перинатальної смертності у 5 (55,6%) випадках спостерігалася антенатальна загибель плодів у ВІЛ-інфікованих пацієнток та у 9 (64,3%) жінок без ВІЛ; 3 (33,3%) випадки ранньої неонатальної смерті у пацієнток з ВІЛ проти 5 (35,7%) – у жінок контрольної групи. В 1 (11,1%) ВІЛ-інфікованої пацієнтки стався випадок інтранатальної загибелі плода, у пацієнток без ВІЛ-інфекції даного ускладнення не зафіксовано.

Серед причин перинатальної смертності, згідно із заключенням патологоанатомічних досліджень, провідне місце посідала ПД з порушенням гемодинаміки у системі «мати–плацента–плід» саме у пацієнток з наявністю ВІЛ. Так, у структурі антенатальної загибелі плодів у 3 (60%) випадках в основній групі причиною ускладнення були ПД та порушення кровообігу у системі «мати–плацента–плід» проти 2 (22,2%) випадків у жінок контрольної групи. Внутрішньотрунна інфекція (ВУІ) як причина загибелі плода спостерігалася у 2 (40%) пацієнток з ВІЛ-інфекцією та у 6 (66,7%) випадках у контрольній групі. Інтранатальна загибель плода у пацієнтки з ВІЛ сталася з причини гострої гіпоксії на тлі передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Рання неонатальна смерть у 2 (66,7%) випадках сталася з причини системного геморагічного синдрому, зокрема у формі внутрішньоплодочкових кровотеч III–IV ст., тяжких дихальних порушень, 1 дитина (33,3%) померла у результаті тяжкої асфіксії. У жінок без ВІЛ-інфекції причиною ранньої неонатальної смертності у всіх випадках спостерігалася ВУІ з вродженою пневмонією та тяжкою асфіксією.

Отже, основною причиною перинатальних втрат у ВІЛ-інфікованих жінок були саме ПД та декомпенсовані гемодинамічні порушення у системі «мати–плацента–плід».

Проведений ретроспективний аналіз медичної документації дає підставу для ствердження, що вагітність при ВІЛ-інфекції перебігає на тлі гестаційних, акушерських та перинатальних ускладнень, вивчення причин яких є способом вирішення питання акушерської та перинатальної патології.

ВИСНОВКИ

1. У більшості пацієнток з ВІЛ-інфекцією відзначається рівень $CD4^+ > 500$ клітин/мкл та ВН < 40 копій/мл, що пояснюється оптимальною вірусологічною відповіддю та високою чутливістю до ВААРТ.

2. У ВІЛ-інфікованих вагітних, порівняно із жінками контрольної групи, у разі загрози переривання вагітності характерний розвиток ретрохоріальної гематоми. У II половині вагітності найчастіше спостерігаються ЗРП, патологія навколоплідних вод, що відображає наявність плацентарної дисфункції.

3. У структурі ускладненого перебігу вагітності при ВІЛ-інфекції достовірно частіше виявляють такі загрозові стани, як передчасне відшарування плаценти, прееклампсія та дистрес плода.

4. При ВІЛ-інфекції відзначається найбільш висока частота патологічного перебігу пологів. Пологи ускладнюються ПРПО, внаслідок чого збільшується безводний проміжок, що є серйозною проблемою за наявності ВІЛ та аномалій пологової діяльності.

5. При довготривалому застосуванні ВААРТ спостерігаються зміни гемостатичного гомеостазу у бік гіпокоагуляції,

які клінічно реалізуються у пологах і під час оперативного втручання та, ймовірно, пов'язані із порушенням прокоагулянтної функції печінки на тлі вживання медичних препаратів.

6. Серед новонароджених у пацієнток з ВІЛ спостерігається висока питома вага помірної та тяжкої асфіксії і розвиток синдромів дезадаптації.

7. У структурі перинатальної смертності у ВІЛ-інфікованих пацієнток основне місце посідає декомпенсована форма ПД з критичним порушенням кровообігу у системі «мати-плацента-плід».

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження свідчать про несприятливий вплив ВІЛ на гестаційний перебіг, що проявляється перинатальними ускладненнями. Наявні наукові дані щодо порушень у системі гемостазу у пацієнток з ВІЛ обґрунтовує доцільність вивчення реологічного стану крові у ВІЛ-інфікованих вагітних з метою своєчасної і патогенетично обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування акушерських та перинатальних ускладнень.

Особенности течения гестации, родов и перинатальных исходов у ВИЧ-инфицированных женщин (Ретроспективный анализ)
С.Е. Савченко, О.И. Гервazyuk

Цель исследования: установление особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 1050 индивидуальных карт беременных с ВИЧ, историй родов и развития новорожденных за 2012–2015 гг. и 850 пациенток без ВИЧ-инфекции (контрольная группа).

Результаты. Концентрации $CD4^+$ и вирусной нагрузки указывают на эффективную высокоактивную противовирусную терапию у большинства пациенток. Среди осложнений гестации и родов у женщин с ВИЧ наиболее часто встречаются признаки плацентарной дисфункции. Такое угрожающее осложнение, как преждевременная отслойка плаценты, диагностировали в 37 ($3,5 \pm 0,56\%$) случаях у ВИЧ-инфицированных беременных и в 12 ($1,4 \pm 0,4\%$) случаях у женщин контрольной группы; дистресс плода был обнаружен у 109 ($10,4 \pm 0,94\%$) пациенток основной группы против 16 ($1,9 \pm 0,46\%$) женщин контрольной группы ($p < 0,05$). У ВИЧ-инфицированных рожениц с длительной высокоактивной антиретровирусной терапией отмечен более высокий объем общей кровопотери в родах и при проведении кесарева сечения. У детей женщин с ВИЧ наиболее часто определяются дезадаптационные синдромы в ранний неонатальный период. Среди причин перинатальной смертности у ВИЧ-инфицированных пациенток важное место занимает декомпенсированная плацентарная дисфункция с критическим нарушением кровообращения в системе «мать-плацента-плод».

Заключение. Течение гестационного процесса у беременных с ВИЧ-инфекцией характеризуется развитием перинатальных осложнений и угрожающими состояниями как для матери, так и для плода. Современная теория о влиянии ВИЧ на систему гемостаза обосновывает целесообразность изучения реологического состояния крови, в том числе функцию эндотелия, у ВИЧ-инфицированных беременных с целью своевременной профилактики, диагностики и лечения акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные беременные, течение беременности, течение родов, система «мать-плацента-плод», перинатальные исходы.

The features of gestation, childbirth and perinatal consequences in HIV-infected women (Retrospective analysis)
S.E. Savchenko, O.I. Gervazyuk

The objective: was to determine the peculiarities of gestation, childbirth and the newborns state in HIV-infected women.

Materials and methods. A retrospective analysis of 1050 medical cards of HIV-positive pregnant women and their newborns and 85 women without HIV during 2012–2015 years was conducted.

Results. $CD4^+$ concentration and viral load indicate effective antiretroviral therapy in most patients. The most often complication of gestation in women with HIV is placental dysfunction. Such a threatening complication as placental abruption was observed in 37 ($3,5 \pm 0,56\%$) HIV-infected pregnant women and in 12 ($1,4 \pm 0,4\%$) control women. Fetal distress was found in 109 ($10,4 \pm 0,94\%$) patients of main group versus 16 ($1,9 \pm 0,46\%$) control women ($p < 0,05$). A higher blood loss rate during labour and caesarean section in HIV-infected women with long-term high-level antiretroviral therapy was noted. The maladaptive syndromes in early neonatal period were identified in newborns from HIV-infected women. The decompensation of placental insufficiency with critical circulation disorders plays a significant role among the causes of perinatal mortality in this newborns.

Conclusions. The gestation process in pregnant women with HIV-infection is characterized by the greater frequency of perinatal complications and threatening conditions for both - the mother and the fetus. The current theory about the effects of HIV on the hemostasis system justifies the importance of studying the rheological status and the function of endothelium in HIV-infected pregnant women for timely diagnosis, treatment and prevention of obstetric and perinatal complications.

Key words: HIV-infected pregnant women, pregnancy course, childbirth, mother-placenta-fetal system, perinatal consequences.

Сведения об авторах

Савченко Сергей Евгеньевич – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии УГИР Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика; Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, пр. Г. Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. E-mail: kagir@ukr.net

Гервazyuk Ольга Игоревна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии УГИР Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика; Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, пр. Г. Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. E-mail: olga82oroma@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусова Т.В. и др. Взаимосвязи в системе мать–плацента–ребенок при состоянии тромботической готовности и гематогенных тромбофилиях // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 5–15.
2. Ильина А.Я. и др. Тромбофилия как этиопатогенетический фактор нарушений в системе «женщина–плод–новорожденный» // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – Т. 10, № 4.
3. Інформаційний бюлетень № 46 «ВІЛ-інфекція в Україні» від 2016 р.
4. Пивник А.В. и др. Тромбоцитопения при ВИЧ-инфекции // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 80, № 7. – С. 75–80.
5. Якушин С.С. ВИЧ-инфекция и сердечно-сосудистые осложнения / С.С. Якушин, Е.В. Филиппов // Клинический. – 2011. – № 2. – С. 6–12.
6. Bibas M., Biava G., Antinori A. HIV-associated venous thromboembolism // Mediterranean journal of hematology and infectious diseases. – 2011. – Т. 3, № 1.
7. Duprez D.A. et al. Inflammation, coagulation and cardiovascular disease in HIV-infected individuals // PLoS one. – 2012. – Т. 7, № 9. – С. e44454.
8. Islam F.M. et al. Relative risk of cardiovascular disease among people living with HIV: a systematic review and meta analysis // HIV medicine. – 2012. – Т. 13, № 8. – С. 453–468.
9. Moskaliuk V.D. et al. A Shift of the endothelial dysfunction markers in patients with HIV-infection/AIDS under HAART // Інфекційні хвороби. – 2013. – № 2.
10. Musselwhite L.W. et al. Markers of endothelial dysfunction, coagulation and tissue fibrosis independently predict venous thromboembolism in HIV // AIDS (London, England). – 2011. – Т. 25, № 6. – С. 787.
11. Nicolaidis A. et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism: international consensus statement (guidelines according to scientific evidence) // Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. – 2013. – Т. 19, № 2. – С. 116–118.
12. Rasmussen L.D. et al. HIV and risk of venous thromboembolism: a Danish nation wide population based cohort study // HIV medicine. – 2011. – Т. 12, № 4. – С. 202–210.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Dec. 101 p. (SIGN publication; no. 122).
14. Simcox L.E. et al. Thrombophilia and pregnancy complications // International journal of molecular sciences. – 2015. – Т. 16, № 12. – С. 28418–28428.

Статья поступила в редакцию 26.12.2017

ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюють обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.

Нормальные роды. Клиническое руководство Квинсленда

www.health.qld.gov.au/qcg

Адаптировано – С.А. Шурняк

1. Введение

Цель этого руководства – защищать, поддерживать и поощрять нормальное рождение посредством ориентированной на женщину совместной помощи. Это соответствует международным усилиям, направленным на поддержку физиологических родов [6–12]. Нормальные роды ассоциированы с [8]:

- Улучшением исходов для матерей и детей
- Снижением затрат на здравоохранение
- Низкой частотой ятрогенных событий, связанных с чрезмерным использованием медицинских вмешательств
- Улучшением материнского психологического [13] и физического благополучия.

Хотя большинство женщин в Австралии рожают через естественные родовые пути, наблюдается тенденция к снижению частоты физиологических родов [1, 14] и возрастанию частоты кесарева сечения (КС) [3, 15]. Поддержка физиологических родов у нерожавших женщин является особенно важной стратегией для улучшения общих перинатальных исходов [3, 12, 14].

1.1 Определение нормальных родов

Термины «физиологическое рождение», «нормальные роды» и «естественные роды» часто используются взаимозаменяемо, но обычно относятся к родам, в которых не предпринимались медицинские вмешательства [16–18]. Нормальные

роды включают в себя возможность для непрерывного контакта «кожа к коже» и грудного вскармливания в первый час после рождения [11]. Всемирная организация здравоохранения определяет нормальные роды как [19]:

- ❖ Спонтанное начало
- ❖ Низкий риск в начале родов
- ❖ Сохранение низкого риска во время родов
- ❖ Рождение ребенка:
 - Спонтанно
 - В головном предлежании
 - Между 37-й и 42-й завершёнными неделями беременности (в термин)
- ❖ Нахождение женщины и ее ребенка в хорошем состоянии после рождения.

Другие профессиональные организации включили более широкие критерии, чем общепризнанные физиологические или нормальные [10, 11]. При определении нормальных родов учитываются два фактора [19]:

- Статус риска беременности
- Ход процесса родов и рождения ребенка.

1.2 Критерии нормальных родов в Квинсленде

Используйте следующие критерии для поддержки принципов защиты, поощрения и поддержки нормальных родов для женщин.

Таблица 1

Критерии нормальных родов

Аспекты	Рассмотрение
Включает	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Происходит между 37 + 0 и 42 + 0 неделями гестационного срока ❖ Спонтанное начало ❖ Нормальный прогресс родов ❖ Головное предлежание ❖ Спонтанное вагинальное рождение ❖ Периодическая аускультация плода ❖ Оксид азота и кислород ❖ Менеджмент третьего периода: <ul style="list-style-type: none"> • Физиологический третий период • Модифицированное активное ведение третьего периода (задержка пережатия пуповины) ❖ Нет осложнений у матери и плода или факторов риска
Исключает	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Индукция родов ❖ Усиление родовой деятельности: <ul style="list-style-type: none"> • ARM • Введение окситоцина ❖ Непрерывный мониторинг плода ❖ Фармакологическое облегчение боли, которое включает: <ul style="list-style-type: none"> • Опиоиды • Эпидуральную или спинальную анестезию • Общую анестезию ❖ Инструментальное рождение (щипцы или вакуум) ❖ КС ❖ Эпизиотомия ❖ Раннее пережатие пуповины ❖ Осложнения: <ul style="list-style-type: none"> • Факторы риска в начале родов • В процессе родов • Непосредственно после родов (в течение двух часов после рождения)

1.3 Показания для консультации или перенаправления

Во время нормального процесса родов могут возникнуть отклонения от нормы или проблемы при рождении. Когда показано:

- При необходимости увеличивайте частоту рекомендуемых наблюдений
- Измените менеджмент соответственно конкретным обстоятельствам с сохранением и поддержанием принципов нормальных родов [2, 20–23]
- Обсуждайте, консультируйтесь и осуществляйте менеджмент в соответствии с профессиональными руководствами и руководствами Квинсленда.

1.4 Клинические стандарты

Неотъемлемыми в этом руководстве являются:

- Профессиональная практика [24–26]
- Современное ведение записей с использованием стандартизированных инструментов (например, запись о состоянии беременности (PHR) [27], раннее начало записи о родах [28], запись во время родов и запись о состоянии здоровья [29])
- Предоставление ухода в соответствии с:
 - Рамками возможностей клинических услуг [23]
 - Нормами Австралийской комиссии по безопасности и качеству в здравоохранении [30]
- Материнское согласие [31] и осознанный выбор – фундаментальные компоненты менеджмента [2, 32].

2. Поддержка нормальных родов

Это руководство определяет беременность и рождение как нормальный физиологический процесс [2], происходящий в рамках парадигмы здоровья [5], который поддерживают:

- Общая позитивная философия рождения [12, 33, 34]
- Четкое понимание гормональной физиологии во время родов и рождения [35]
- Общение [36] и профессиональное сотрудничество [2, 21, 24, 36, 37] (см. Раздел 2.3 Культура коммуникации)
- Непрерывность менеджмента [3, 38, 39] (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода)
- Индивидуальная акушерская помощь [20, 40–43]
- Оптимизация среды рождения [44–46] (см. Раздел 2.6 Условия рождения)
- Постоянная подготовка к родам во время беременности [40, 47, 48] (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода)
- Поддержание минимального уровня вмешательств при рождении [6, 7], совместимого с безопасностью
- Потребление пищи и жидкости [49]
- Свобода передвижения [43] и позиции [50]
- Пребывание матерей и детей вместе после рождения с поддержкой грудного вскармливания
- Два ключевых вопроса:
 - Находится ли женщина в центре внимания по уходу?
 - Безопасен ли уход?

2.1 Гормональная физиология

Преимущества нормальных родов для женщины и ее ребенка включают [35]:

- Повышение эффективности родов
- Повышение готовности плода к рождению
- Защиту ребенка от сниженного содержания кислорода во время родов
- Улучшение физиологического ответа на стресс и боль
- Укрепление связи матери и новорожденного
- Помощь в минимизации материнского кровотечения после рождения
- Оптимизацию грудного вскармливания
- Способствование оптимальной привязанности матери и ребенка

Перинатальный период представляет собой очень чувствительное время для женщины и ее ребенка по отношению к гормональным и другим биологическим процессам [35]. Поддерживающий менеджмент направлен на минимизацию стресса и беспокойства матерей из-за негативного воздействия гормонов стресса на процесс родов [35, 51].

2.2 Уход за женщинами

Менеджмент, ориентированный на женщин, включает уважение и поддержку женщины, чтобы она ощущала себя в центре внимания и заботы [24, 52]:

- Комплексный уход с учетом физических, психосоциальных, культурных, эмоциональных и духовных потребностей женщины [2, 24]
- Сосредоточение внимания на ожиданиях, устремлениях и потребностях женщины, а не на институциональных или профессиональных потребностях [52]
- Признание права женщины на самоопределение посредством выбора, контроля и непрерывности менеджмента от доверенных лиц, обеспечивающих уход
- Признание права женщины на неприкосновенность частной жизни и принятие ее собственных обоснованных, автономных решений в области здравоохранения [53, 54]
- Признание потребности ребенка, семьи женщины и других [55], признавая в то же время, что женщина принимает решения, касающиеся ее здоровья, самостоятельно.

2.3 Культура коммуникаций

Позитивная философия ухода в процессе нормальных родов, продемонстрированная профессиональной культурой с четкой коммуникацией (табл. 2), необходима для обеспечения высококачественного ухода, что позволяет избежать ненужной перинатальной заболеваемости и смертности и увеличивает количество нормальных родов [12, 33].

Таблица 2

Культура коммуникаций

Аспекты	Рассмотрение
Женщина в центре внимания	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Представить информацию таким образом, чтобы способствовать физиологическому рождению ➤ Делиться и обсуждать с женщиной информацию для получения информированного выбора [31] и согласия [24] <ul style="list-style-type: none"> • Уважать право женщины отказаться от рекомендуемого менеджмента [2, 31, 40] • Обеспечить для женщин возможность отказаться от рекомендованного ухода ➤ Обеспечить эмоциональную и физическую поддержку женщины <ul style="list-style-type: none"> • Используйте поддерживающую и понятную манеру разговора для укрепления уверенности в женщине ➤ Уважать и осуществлять план ведения родов [40, 56] (см. Табл. 4. Подготовка к родам) ➤ Вовлекайте женщину в процесс клинической передачи [57]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Профессиональная культура	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Культура, включающая [58]: <ul style="list-style-type: none"> • Взаимное доверие • Четкие и уважаемые границы • Принятие разделяемых обязанностей • Открытое и честное общение [59] ➤ Позитивное лидерство и организационная поддержка ➤ Согласование с основанной на фактических данных практикой, включающей аудит и обратную связь [43, 60–62]
Культура сотрудничества	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Сотрудничество и междисциплинарные профессиональные отношения являются краеугольным камнем передового опыта в области охраны материнства [2, 36] ➤ Содействовать активному междисциплинарному подходу для удовлетворения потребностей каждой женщины [37] ➤ Поддержка интеграции сервисов и беспрепятственный доступ к дополнительной помощи [36, 40] ➤ Обеспечение своевременной поддержки младших сотрудников по охране материнства [36]

2.4 Непрерывность ухода

Предложите всем женщинам преемственность заботы.

Таблица 3

Сравнение непрерывности акушерской помощи с другими моделями ухода за женщинами с низким уровнем риска

Результат, связанный с акушеркой [39]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Региональная аналгезия (эпидуральная)	14	17,674	0,85	0,78–0,92	Менее вероятно
Эпизиотомия	14	17,674	0,84	0,77–0,92	Менее вероятно
Инструментальные роды	13	17,501	0,90	0,83–0,97	Менее вероятно
ARM	4	3,253	0,80	0,66–0,98	Менее вероятно
Преждевременные роды	8	13,238	0,76	0,64–0,91	Менее вероятно
Потеря плода до 24 нед	11	15,645	0,81	0,67–0,98	Менее вероятно
Потеря плода до и после 24 нед плюс неонатальная смерть	13	17,561	0,84	0,71–0,99	Менее вероятно
Спонтанное вагинальное рождение	12	16,687	1,05	1,03–1,07	Возможно, более вероятно *
Отсутствие аналгезии в родах	7	10,499	1,21	1,06–1,37	Более вероятно
Участие знакомой акушерки	7	6,917	7,04	4,48–11,08	Более вероятно
Более длительная средняя продолжительность родов (0,5 ч)	3	3,328	0,50	0,27–0,74	Более вероятно
Кесарево сечение	13	17,674	0,92	0,84–1,00	Нет разницы
Индукция родов	13	17,501	0,93	0,86–1,01	Нет разницы
Интakтная промежность	10	13,186	1,04	0,95–1,13	Нет разницы

Примечание. * – Клиническое значение неизвестно.

2.5 Подготовка к родам

Планирование родов является непрерывным процессом и связано с улучшенными исходами для женщины и ее ребенка [40]. Подготовка к рождению направлена на то, чтобы дать женщине возможность активно участвовать в принятии решений, поддерживая ее и, в то же время, осуществляя контроль за процессом родов.

Таблица 4

Подготовка к родам

Аспекты	Рассмотрение
О нормальных родах	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Обеспечить уход за беременными в соответствии с протоколом PHR [27] ❖ Сообщить женщине, что рождение является нормальным физиологическим событием [40] ❖ Предлагать информацию и обсудить: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Преимущества физиологического рождения ➤ Признаки начала родов ❖ Чего ожидать на латентной стадии родов ❖ Как дифференцировать предвестники родов и активные схватки <ul style="list-style-type: none"> ➤ Нормальные вагинальные выделения ❖ Как распознать околоплодную жидкость <ul style="list-style-type: none"> ➤ Боль и стратегия поддержки ➤ Информированное согласие, в том числе для вагинального обследования

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Психообразование	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Предоставить возможность обсудить предыдущий опыт родов [13] ❖ Уменьшить страх перед родами у женщин, которые сообщают о сильном страхе перед рождением ребенка [66] ❖ Ассоциировано с [67]: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Увеличением частоты спонтанных вагинальных родов ➤ Уменьшением частоты кесарева сечения ➤ Повышением доли положительного опыта родов
Варианты модели менеджмента	<ul style="list-style-type: none"> • Уважать и поддерживать выбранную женщиной модель менеджмента и ухода [3] • Стремиться обеспечить преемственность опеки • Предоставить информацию о моделях вариантов ухода, об их рисках и преимуществах для содействия принятию обоснованных решений [20, 31, 54], включая: <ul style="list-style-type: none"> - Место рождения - Фармакологическое и нефармакологическое лечение боли - Продолжительность второго этапа - Менеджмент третьего этапа • Предоставлять информацию о возможных вариантах менеджмента, если есть отклонения от нормы
План ведения родов	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставлять возможности для разработки плана родов и обсуждать условия рождения, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> - Культурные требования к рождению - Поддержка (партнер) • Помогает [40]: <ul style="list-style-type: none"> - Вовлекать женщин в процесс - Обмену информацией - Эффективной коммуникации - Женщина играет центральную роль в принятии решений [47] • Мнение и убежденность лиц, оказывающих помощь, могут влиять на успех плана • Избегайте однонаправленных / контрольных планов [56]

2.6 Условия рождения

Стремиться создать среду, в которой женщина чувствует себя защищенной, безопасной и безмятежной [35, 44, 68] и которая будет поддерживать:

- Чувство спокойствия
- Защиту частной жизни женщины
- Обеспечение поддержки и комфорта
- Домашнюю обстановку [46], что может включать:
 - Регулируемое освещение и температуру для достижения успокаивающей атмосферы [51]
 - Дискретное позиционирование медицинского оборудования
 - Семейную мебель и декор [51]
 - Мебель для поддержки вертикальных позиций [51]
 - Доступ к душе и погружению в воду

Таблица 5

«Домашние» комнаты для родов в больнице по сравнению с обычными условиями при родах

Исходы, связанные с обстановкой в родильном зале [46]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Отсутствие аналгезии в родах	6	8,953	1,18	1,05–1,33	Возможно, более вероятно *
Спонтанные вагинальные роды	8	11,202	1,03	1,01–1,05	Возможно, более вероятно *
Грудное вскармливание 6–8 нед	1	1,147	1,04	1,02–1,06	Возможно, более вероятно *
Положительное отношение к уходу	2	1,207	1,96	1,78–2,15	Более вероятно
Эпидуральная аналгезия	8	10,931	0,80	0,74–0,87	Менее вероятно
Родостимуляция	8	11,131	0,77	0,67–0,88	Менее вероятно
Инструментальные роды	8	11,202	0,89	0,79–0,99	Менее вероятно
Эпизиотомия	8	11,055	0,83	0,77–0,90	Менее вероятно

Примечание. * – Клиническое значение неизвестно.

Таблица 6

Поддержка во время родов

Аспекты	Возможности и действия
Непрерывность поддержки во время родов	• Содействует формированию доверительных отношений между женщиной и ее врачом [70]
Непрерывная поддержка [38]	• Важная стратегия в содействии нормальному рождению • Содействует эмоциональной поддержке, преодолению трудностей [71] • Непрерывная индивидуальная поддержка во время родов связана с улучшением результатов в отношении здоровья [38, 72] (см. табл. 7 Результаты родов, связанные с постоянной поддержкой во время родов)

Таблица 7

Результаты родов, связанные с постоянной поддержкой во время родов

Исходы, связанные с постоянной поддержкой [38]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Спонтанное вагинальное рождение	19	14,119	1.08	1,04–1,12	Возможно, более вероятно *
Кесарево сечение	22	15,175	0.78	0,67–0,91	Менее вероятно
Инструментальные роды	19	14,118	0.90	0,85–0,96	Менее вероятно
Аналгезия в родах	14	12,283	0.90	0,84–0,96	Менее вероятно
Эпидуральная анестезия	9	11,444	0.93	0,88–0,99	Менее вероятно
Недовольство от предыдущих родов	11	11,133	0.69	0,59–0,79	Менее вероятно
Низкий 5-минутный показатель по шкале Апгар	13	12,515	0.69	0,50–0,95	Менее вероятно
Сокращение средней продолжительности родов (-0,58 ч)	12	5,366	-	-0,85 до -0,31	-

Примечание. * – Клиническое значение неизвестно.

3. Стратегии обеспечения комфорта в родах

Распознавать и реагировать на изменения в способности женщины справляться с дискомфортом и болью. Коммуникация, в том числе похвала и поощрение, а также гибкий подход поддерживают женщину, которая чувствует себя под наблюдением.

- Рассмотрите способность женщины справляться с напряжением, ее мобильность, массу тела, стадию родов и поддерживайте ее выбор
- Использовать план по ведению родов.

3.1 Нефармакологическая поддержка

Большинство нефармакологических методов поддержки, по-видимому, безопасны как для женщины, так и для ее ребенка, но эффективность неясна из-за ограниченного количества доказательств высокого качества [73].

Таблица 8

Нефармакологическая поддержка

Методы терапии	Эффекты
Тепло	• Может уменьшить интенсивность боли в спине во время родов - Могут применяться грелки, горячие влажные полотенца, подогреваемые силикатные пакеты, теплые полотенца, ванны и душ - Перинеальные теплые компрессы [74] (см. табл. 21. Рождение ребенка) - Тепловая терапия крестцово-промежностной области во время активной стадии родов может способствовать уменьшению боли [75]
Гидротерапия	• Теплый душ может облегчить боль при родах [76]
Акупунктура	• Может уменьшить боль в родах [73, 77], повысить удовлетворенность матери и уменьшить необходимость фармакологических вариантов снятия боли [77]
Гипноз	• Может быть связано со снижением общего использования аналгезии во время родов
Отдых	• Может уменьшить интенсивность боли и частоту вмешательств в родах [80]
Массаж	• Может быть связано с уменьшением интенсивности боли в родах [81] и снижением продолжительности родов [82]
Йога	• Может уменьшить боль и сократить продолжительность родов [80]
Стимуляция нервов электричеством (TENS)	• Стимуляция нервов электричеством (TENS) может быть связана с уменьшением боли в родах [83]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Ароматерапия и биологическая обратная связь	<ul style="list-style-type: none"> • Биологическая обратная связь может быть связана со сниженным восприятием боли [84] • Ароматерапия может быть связана с: <ul style="list-style-type: none"> - Уменьшением боли [85] - Сокращение продолжительности родов [84]
Стерильная вода для инъекций	<ul style="list-style-type: none"> • Может быть связано с уменьшением боли в родах [86, 87] • Назначение может вызвать дискомфорт • Может помочь женщинам, страдающим от боли в пояснице [88, 89] <ul style="list-style-type: none"> - Могут быть необходимы повторные инъекции [87] - Серия инъекций может обеспечивать улучшение эффекта [87] • Пациенткам, которые хотят избежать усиления дискомфорта, связанного с серией инъекций: <ul style="list-style-type: none"> - Необходимо проинформировать пациентку о том, что одноразовая инъекция может быть менее эффективной, чем серийные [87]
Родильный мяч	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдалось уменьшение боли при использовании родильного мяча [90] - Может также способствовать увеличению комфорта и расслаблению [90]
Недостаточные доказательства	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточно доказательств эффективности: <ul style="list-style-type: none"> - Рефлексотерапии [91] - Традиционной китайской медицины - Гомеопатии – эффективность и безопасность не установлены - Музыки [80]

3.1.1 Погружение в воду

Погружение в теплую воду является эффективным методом нефармакологической анальгезии во время родов [92, 93], который облегчает и способствует нормальным родам [94].

Таблица 9

Погружение в воду: принципы и безопасность

Аспекты	Влияние
Польза / риск	<ul style="list-style-type: none"> • Снижает интенсивность боли, связанной с родами [95] • Увеличивает материнскую удовлетворенность процессом родов [95, 96] • Увеличивает чувство невесомости [97], увеличивает контроль и расслабление [94, 95, 97] • Может замедлить прогресс родов [98] • Потенциальное непреднамеренное рождение в воде [99] • Может увеличить частоту травм половых путей [100]
Исходы на первой стадии	<ul style="list-style-type: none"> • Не увеличивает риск для здоровья женщины или ее ребенка, если соблюдаются принципы, основанные на клинических рекомендациях и доказательных данных ❖ Связано с: <ul style="list-style-type: none"> ➢ уменьшением частоты эпидуральной / спинальной анестезии (ОР 0,90; 95% ДИ: 0,82–0,99) [101] ➢ Никакой разницы в способе рождения, 5-минутной оценке по шкале Апгар, по неонатальным инфекциям, госпитализации в неонатальное отделение [101] ➢ Уменьшение частоты родостимуляции [102]
Предлагаемые критерии для погружения в воду	<ul style="list-style-type: none"> • Выполните индивидуальную оценку, включая: <ul style="list-style-type: none"> - Возможность входа и выхода из воды с минимальной помощью - Ресурсы (человек и оборудование), доступные для помощи женщине, если это необходимо - Роды в срок при низком риске [99, 101, 103] - Отсутствие наркотической анальгезии в течение предыдущих четырех часов - Активная стадия родов • Не исключено (при проведении антибиотикопрофилактики): <ul style="list-style-type: none"> - Группа В Streptococcus [93, 104] - Длительный разрыв плодных оболочек (более 18 ч)
Менеджмент в воде	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень воды должен быть на уровне материнской груди при сидении • Температура воды 36–37,5 °C [40, 103] • Контролируйте температуру тела женщины [97, 103]: <ul style="list-style-type: none"> - на первом этапе – каждый час - на втором этапе – каждые 30 мин • Необходимо постоянно контролировать качество воды • Необходимо поощрять регулярное потребление жидкости [97]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Менеджмент во время погружения в воду	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется постоянная поддержка со стороны специалистов по уходу при погружении в воду [99, 103] <ul style="list-style-type: none"> - Соблюдать требования местных учреждений к компетенции персонала • Установить исходное состояние матери и плода до погружения в воду <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечить немедленную доступность второго опекуна при необходимости • Динамическое наблюдение за состоянием матери и плода <ul style="list-style-type: none"> - Вагинальное обследование (ВО) может проводиться в воде [97], но не рекомендуется в качестве обычной практики • Наркотическая аналгезия не рекомендуется при погружении в воду [103]
Прекращение [97]	<ul style="list-style-type: none"> • При наличии: <ul style="list-style-type: none"> - Медленного прогресса - Аномалии сердечного ритма плода (FHR) при аускультации - Мекониальные или окрашенные кровью околоплодные воды - Повышение материнской температуры тела на один градус выше базовой линии - Наличие факторов риска
Рождение в воде	<ul style="list-style-type: none"> • Описано в Разделе 6.3.1

3.2 Фармакологическая поддержка

Таблица 10

Фармакологическая поддержка

Аспекты	Рассмотрение
Отношение к боли и облегчение боли	<ul style="list-style-type: none"> • Отношение медицинских работников к аналгезии и проведение фармакологической аналгезии зависит от персонального опыта и убеждений, а также практики, принятой в медицинском учреждении [106] • Необходимо обеспечить, чтобы предоставление помощи (как физической, так и психологической) было направлено на поддержку женщин в их выборе
Выбор поддержки	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо предоставлять информацию о рисках, выгодах и последствиях фармакологических вариантов уменьшения боли, включая (если есть): <ul style="list-style-type: none"> - Прогресс родов - Рекомендуемый мониторинг / наблюдение - Нюансы клинической приемственности - Эффективность управления болью - Частоту побочных эффектов
Опции	<ul style="list-style-type: none"> • Обратитесь к клиническим рекомендациям: <ul style="list-style-type: none"> - Опиоиды в родах [107] - Эпидуральная аналгезия в родах [108]
Предписания	<ul style="list-style-type: none"> • Перед назначением обезболивания выполняется комплексная клиническая оценка • Рассмотрите индивидуальные обстоятельства, имеющие отношение к безопасности при назначении • Ознакомьтесь с Фармакопеей для получения полной информации о продукте

3.2.1 Закись азота и кислород в рабочей силе

Таблица 11

Закись азота и кислород

Аспекты	Рассмотрение
Назначение	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется достаточная вентиляция [110] • Вдох [111] через маску или мундштук <ul style="list-style-type: none"> - Женщина сама держит мундштук или маску - Эффект через 20–30 с - Пиковая клиническая эффективность наступает в течение 3–5 мин [112] • Титрация с использованием инкрементных доз [112, 113] в соответствии с эффектом и чувствительностью <ul style="list-style-type: none"> - Целью должно быть достижение сознательного, расслабленного, комфортного и контактного состояния [113] - Максимальная доза 70% закиси азота ассоциирована с акушерской анестезией, а не аналгезией [111]
Обеспечение ухода	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Поддерживать и поощрять женщину к эффективному применению метода <ul style="list-style-type: none"> • Начинать вдох с началом схватки (или, возможно, за 30 с до начала) • Дышать глубоко в обычной манере • Прекратить, когда схватка прошла ➤ Контроль за признаками передозировки (снижение респираторных усилий) ➤ Дополнительный кислород в случае передозировки

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Выгоды	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивает умеренную аналгезию и седативный эффект [112] • Минимальная токсичность • Быстрое действие с быстрым удалением [112, 114] • Не влияет на сократительную деятельность матки • Нет известных фетальных или неонатальных эффектов [114, 115] • Метод эффективен для уменьшения боли в родах [73, 116] • Может помочь расслабиться (дыхательные техники)
Риски	<ul style="list-style-type: none"> • Передозировка вызывает угнетение дыхания <ul style="list-style-type: none"> - Повышенный риск при использовании с опиоидами Может быть связано с: <ul style="list-style-type: none"> - Рвотой, тошнотой, головной болью и головокружением [73, 110, 114, 116] - Дезориентация и клаустрофобия [73] • Может быть сведено к минимуму путем тщательного титрования [112]

4. Первоначальная оценка состояния пациентки

Комплексная оценка помогает в планировании ухода и проведении нормальных родов [43]. Цель первоначальной оценки заключается в следующем:

- Точно оценить необходимость консультаций
- Определить фазу родов
- Обеспечить практическую поддержку.

4.1 Удаленная оценка

Первоначальный контакт может происходить с женщиной лично или с помощью способов дистанционной связи (например телефон, видеосвязь).

- Точная и последовательная оценка и обмен информацией поддерживают и позволяют женщинам оставаться дома во время латентной фазы родов
- В начале родов удаленная оценка, проводимая специально обученным персоналом [117, 118], может быть предложена всем женщинам [40]
- Включить соответствующие элементы первоначальной оценки состояния матери при дистанционном методе наблюдения (см. Таблицу 12. Клиническая оценка).

4.2 Клиническая оценка

Таблица 12

Клиническая оценка

Аспекты	Оценка состояния матери
Первоначальный контакт	<ul style="list-style-type: none"> • Определение причин обращения • Оценить эмоциональные и психологические потребности • Обсудите предпочтения в отношении родов • Просмотрите историю, заметки о беременности и результаты скрининга [40], включая: <ul style="list-style-type: none"> - Гестационный срок - Анамнез (медицинский, акушерский, гинекологический, хирургический, социальный) - Аллергию - Осложнения беременности - Результаты обследований [43] (включая местоположение плаценты)
Схватки [40]	<ul style="list-style-type: none"> • Засечь время регулярных, болезненных схваток • Оцените силу, частоту, длительность в течение 10 мин
Оценка состояния пациентки	<ul style="list-style-type: none"> • Температура тела, пульс, частота дыхания, артериальное давление (АД) и анализ мочи [40] • Оценить состояние питания и гидратации и общий внешний вид
Абдоминальное обследование	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение и пальпация [40], включая определение высоты стояния дна матки, предлежания, вида и позиции плода
Состояние плода	<ul style="list-style-type: none"> • Спросите о движениях плода за последние 24 ч [40] • Оценить ЧССП <ul style="list-style-type: none"> - Используйте либо акушерский стетоскоп, либо доплер [119] - Аускультация проводится в конце схватки и продолжается в течение, как минимум, 30–60 с после завершения [119] - Необходимо различать сердцебиение женщины и ребенка [40, 119] • Рутинное использование КТГ для женщин с низким уровнем риска не рекомендуется [40]
Вагинальные выделения	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Оценить и зафиксировать выделения [40] <ul style="list-style-type: none"> ➤ Нет выделений ➤ Слизистые – цвет, запах, консистенция ➤ Кровянистые – цвет крови, объем ➤ Водянистые – цвет, объем, запах, консистенция
Вагинальный осмотр (ВО) [40]	<ul style="list-style-type: none"> • Если фаза родов не определена, ВО может помочь в принятии решений • Если предполагается наличие активной фазы родов, необходимо предложить ВО (см. Табл. 13. Вагинальный осмотр) • Если предполагается спонтанный разрыв плодного пузыря, осмотр в зеркалах

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Боль и дискомфорт	• Оценить боль и дискомфорт
Повторные визиты и оценка состояния	<ul style="list-style-type: none"> • Просмотрите историю визитов и клинические обстоятельства каждого визита • Необходимо учитывать интервал с момента первоначального визита • При наличии показаний назначить повторный визит

4.3 Вагинальный осмотр

В тех случаях, когда нет доказательств, подтверждающих или отвергающих использование рутинных ВО в родах для улучшения исходов для женщин и младенцев [120].

Таблица 13

Вагинальный осмотр

Аспекты	Рассмотрение
Показания	<p>Необходимо стремиться к минимальному количеству ВО [19]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чтобы помочь в принятии решений, рекомендуем ВО: <ul style="list-style-type: none"> - В течение четырех часов после начала родовой деятельности - Каждые четыре часа при установлении активной родовой деятельности [40] - При выявлении клинических проблем
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • Согласие пациентки не получено • Дородовое кровотечение • Дородовой разрыв плодных оболочек • Предлежание плаценты • Расположение плаценты неизвестно • Предполагаемые преждевременные роды
Перед ВО [97]	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо оценить [40]: <ul style="list-style-type: none"> - Требуется ли ВО? - Будет ли ВО полезным в принятии клинических решений? • Анамнез и самый последний результат ультразвукового сканирования • Объяснить процедуру и получить согласие • Объяснить, что ВО может приносить дискомфорт некоторым женщинам • Убедиться, что мочевой пузырь у женщины пуст • Выполнять осмотр брюшной полости и аускультацию ЧССП
Во время ВО [97]	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать неприкосновенность частной жизни, достоинство и уважение <ul style="list-style-type: none"> ❖ Учитывайте комфорт женщины ❖ Выполнять ВО между схватками Необходимо оценить: <ul style="list-style-type: none"> • Общий вид промежностной и вульво-вагинальной области • Положение шейки матки • Дилатацию • Воздействие • Консистенцию – мягкая, средняя, твердая • Предлежащую часть • Целостность плодного пузыря • Выделения – цвет, объем, запах • Уровень предлежащей части по отношению к ишиальным шипам (от -3 до +3) • Позицию и вид плода
После ВО [40, 97]	<ul style="list-style-type: none"> • Объяснить результаты и любое потенциальное влияние на план ведения родов • Аускультация ЧССП • Запись данных, полученных при ВО

5. Первый период родов

Существуют две фазы первого периода родов [40, 121]:

- Латентная фаза
- Активная фаза

Прогресс на первом этапе связан с расширением шейки матки и опусканием головки плода. Наступление, прогресс и продолжительность фаз первого периода родов являются переменными. Применяемые определения могут не иметь отношения ко всем женщинам. Первый период родов завершается при полном раскрытии шейки матки [40].

5.1 Латентная фаза первого периода

Во время латентной фазы родов женщина может установить контакт с акушерской службой или ее лечащим врачом с просьбой о поддержке и совете.

Таблица 14

Латентная фаза первого периода

Аспекты	Рассмотрение
Начало	<ul style="list-style-type: none"> • Период времени, связанный с: <ul style="list-style-type: none"> - Нерегулярными маточными сокращениями [40] и - раскрытием шейки матки менее 4–6 см [40, 122, 123]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Продолжительность	<ul style="list-style-type: none"> • Длительность латентной фазы трудно измерить [9, 43] • Скорость раскрытия шейки матки не одинакова у нерожавших и у женщин со вторыми родами [12]
Пролонгированная латентная фаза	<ul style="list-style-type: none"> • Существуют ограниченные высококачественные доказательства для обеспечения современного определения [12] <p>Предлагается:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Более 20 ч у нерожавших женщин [124] - Более 14 ч у повторно рожавших женщин [124]
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Завершить первоначальную оценку ❖ Предлагать индивидуальную поддержку: ❖ Предлагайте простую аналгезию по мере необходимости ❖ Данные низкого уровня свидетельствуют о связи между приемом парацетамола во время беременности и поздней астмой в детском возрасте и гиперкинетическими расстройствами [125] <ul style="list-style-type: none"> • Информация и ресурсы • Поощрять постоянную сопротивляемость и позитивную самооценку • Отдых, гидратация, питание, мобилизация, поддержка
Поддержка	<ul style="list-style-type: none"> • Предлагаая варианты ухода и поддержки в родах, учитывайте: <ul style="list-style-type: none"> - Индивидуальные клинические обстоятельства - Расстояние и время в пути Латентная стадия: <ul style="list-style-type: none"> - Если нет необходимости в постоянном уходе, рекомендуем вернуться домой [126] - Если требуется индивидуальная поддержка, рекомендуется госпитализация ❖ Нерожавшие женщины, госпитализированные до активной стадии родов, имеют большую вероятность применения окситоцина и КС [127] • Активная фаза первого периода: необходимо рассматривать индивидуальную поддержку при родах <ul style="list-style-type: none"> - Возвращение женщины домой может способствовать негативному опыту [128]
Возвращение / пребывание дома	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Если женщина решает вернуться или остаться дома, предоставьте информацию о: <ul style="list-style-type: none"> - Стратегии преодоления трудностей - Когда возвращаться в клинику / просить консультации, в том числе при: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Любых проблемах ➢ Повышении частоты, силы и продолжительности схваток ➢ Увеличении боли или дискомфорта, требующих дополнительной поддержки или обезболивания ➢ Влагалищном кровотечении ➢ Разрыве плодного пузыря ➢ Снижении частоты или беспокойстве по поводу движений плода

[...]

5.3. Постоянный уход в первый период родов

Аспекты	Рассмотрение
Партограмма	<ul style="list-style-type: none"> • Ведение начинается в начале активной родовой деятельности [131] • Несмотря на качество доказательств, клиническая польза небольшая [131, 132] <ul style="list-style-type: none"> - Предоставляет краткий обзор прогресса - Облегчает преемственность медицинской помощи - Может помочь выявить пролонгирование родов • При использовании линии оповещения рекомендуется использовать четырехчасовую линию действий [132]
Оценка состояния и поддержка	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется непрерывная индивидуальная поддержка (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода) • Рутинное использование КТГ для женщин с низким уровнем риска не рекомендуется [40, 119] • Обеспечить постоянную поддержку
Позиция и мобилизация	<ul style="list-style-type: none"> • Существует мало доказательств того, что какая-либо позиция является оптимальной в родах [133] • Избегайте положения на спине, поскольку это связано с неблагоприятными последствиями, включая [134]: <ul style="list-style-type: none"> - Гипотонию - Аномалии сердечного ритма плода • Содействовать и поддерживать принятие вертикальных (на коленях, приседание или стоя) и мобильных позиций <ul style="list-style-type: none"> - По сравнению с горизонтальными вертикальные положения в родах связаны с уменьшением продолжительности первого этапа [134] • Родильный мяч может быть эффективным инструментом для снижения интенсивности боли [90, 135] и оптимизации положения плода
Питание и гидратация	<ul style="list-style-type: none"> • Для женщин с низким уровнем риска ограничение приема пищи не показало улучшения в отношении результатов материнского или неонатальных исходов [49], и в то же время оно может быть неприятным для некоторых женщин <ul style="list-style-type: none"> - Предоставить женщине возможность есть и пить по желанию - Предлагать частыми глотками пить воду • Изотонические и углеводные напитки во время родов не являются более полезными, чем питьевая вода • Углеводные добавки не оказывают влияния на исходы родов [136]

Задержка в активной фазе первого периода

Диагностика задержки	<ul style="list-style-type: none"> Классифицируется как: <ul style="list-style-type: none"> Пролонгированные роды (прогресс медленнее, чем обычно) [12] Первородящие – дилатация шейки матки менее 2 см за 4 ч [40] Повторнородящие – расширение шейки матки менее 2 см за 4 ч или замедление прогресса родов [40] Прекращение родовой деятельности (полное прекращение прогресса) [12] Диагностируется при расширении шейки матки более 6 см с разрывом плодного пузыря и отсутствием или ограниченными изменениями шейки матки в течение четырех часов адекватных сокращений [9, 12, 122]
Консультация и перенаправление	<ul style="list-style-type: none"> Консультация и / или направление к руководителю акушерской бригады / акушеру [2] Рассматривается, требуется ли клиническое вмешательство Оценить: <ul style="list-style-type: none"> Все аспекты прогресса родов Состояние матери и плода
Поддержка прогресса в направлении нормальных родов	<ul style="list-style-type: none"> Обратитесь к: <ul style="list-style-type: none"> Раздел 2. Поддержка нормальных родов и Раздел 3. Стратегии увеличения комфорта в родах Для повторнородящих женщин оцените акушерский анамнез [137]

6. Второй период родов

Определяется от полного расширения шейки матки до рождения ребенка [40]. Существует две идентифицированные фазы второго периода родов – пассивная и активная. Прогресс родов во второй период включает сгибание, вращение и опускание головки плода.

Прогресс второго периода

Пассивная фаза второго периода	
Начало	<ul style="list-style-type: none"> Полное раскрытие шейки матки до или в отсутствие потуг [40]
Прогресс / задержка	<ul style="list-style-type: none"> Отсрочка потуг (при отсутствии клинических проблем), если нет позывов к потугам [126] Консенсус в отношении определенной продолжительности для пассивной фазы второго периода отсутствует Проведите повторный осмотр [40] и проконсультируйтесь с акушером, если через час: <ul style="list-style-type: none"> Отсутствуют позывы к потугам Нет доказательств прогресса родов
Активная фаза второго периода	
Начало [40]	<ul style="list-style-type: none"> Ребенок виден или Полное раскрытие шейки матки и потуги
Прогресс	<ul style="list-style-type: none"> Проконсультируйтесь и обратитесь к акушеру, если прогресс идет медленно: <ul style="list-style-type: none"> Нерожавшие женщины – после одного часа активной фазы второго периода [40] Повторнорожавшие женщины – после 30 мин активной фазы второго периода [40]
Диагностика задержки	<ul style="list-style-type: none"> Для: <ul style="list-style-type: none"> Нерожавших женщин – после двух часов активной фазы второго периода [40] Повторнорожающих женщин – после одного часа активной фазы второго периода [40]

6.1 Поддержка прогресса в направлении нормальных родов

Поддержка прогресса во второй период родов

Аспекты	Рассмотрение
Поддерживающий уход	<ul style="list-style-type: none"> Динамическая оценка состояния
Длительность второго периода	<ul style="list-style-type: none"> Нет определенной максимальной длины второго периода (пассивная и активная фазы) [12] Вместо жестких временных ограничений принятие решений должно основываться на оценке: <ul style="list-style-type: none"> Физического и эмоционального состояния роженицы Состояния плода Прогресса родов Материнских предпочтений Необходимо предоставлять информацию о рисках и преимуществах более продолжительной и более короткой продолжительности второго периода, относящихся к индивидуальным обстоятельствам Более длительная продолжительность может быть уместна у некоторых женщин [12, 126], когда: <ul style="list-style-type: none"> Состояние матери и плода оптимально Проведены соответствующие консультации

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Продолжительность и урогинекологические последствия для нерожавших женщин	<ul style="list-style-type: none"> • Существуют убедительные доказательства относительно урогинекологических исходов, связанных с длительным вторым периодом родов • Увеличенная продолжительность второго периода связана с повышенным риском первичного послеродового кровотечения (ППК) [138] • При спонтанных родах: <ul style="list-style-type: none"> - Продолжительность второго периода не связана с повышением частоты травмы анального сфинктера [139] - Длительная вторая стадия не связана с возникновением недержания мочи [140]
---	---

6.2 Наблюдение в первый и второй периоды родов

Увеличьте частоту наблюдений, если есть клинические показания.

Таблица 20

Наблюдение в родах

Аспекты	Латентная фаза первого периода	Активная фаза первого периода [40]	Второй период
Аускультация ЧССП (Дифференцировать от материнского пульса) [40, 141]	Четыре часа	• Периодическая аускультация каждые 15–30 мин [141]	<ul style="list-style-type: none"> • Пассивная фаза: каждые 15 мин • Активная фаза [141]: аускультация проводится сразу после потуги не менее одной минуты и, по меньшей мере, каждые пять минут
Материнская температура тела	Четыре часа	Четыре часа	Четыре часа
Если роженица в воде	Не измеряется	Каждый час	30 мин
Пульс, частота дыхания	Четыре часа	30 мин	<ul style="list-style-type: none"> - Пассивная фаза: каждые 30 мин - Активная фаза: каждые 15 мин [141] При необходимости – чаще
Артериальное давление	Четыре часа	Четыре часа	Четыре часа
Пальпация	<ul style="list-style-type: none"> - По показаниям - Перед ВО 	<ul style="list-style-type: none"> - Для определения прогресса родов - Перед ВО 	<ul style="list-style-type: none"> - Для определения прогресса родов - Перед ВО
Схватки	Четыре часа	Каждые 30 мин – на протяжении 10 мин. Ожидают 3–5 сокращений за 10 мин [141] продолжительностью 60 с с 60-секундным периодом расслабления	Динамичное наблюдение
ВО	Предложить, если есть клиническая необходимость и отсутствуют противопоказания	Предлагать каждые четыре часа [43] и в случае клинической необходимости [132]	По клиническим показаниям, чтобы помочь в принятии решений
Выделения из влагалища	Каждый час	Каждый час	Постоянное наблюдение
Моча	Поощряйте опорожнение каждые два часа	Поощряйте и контролируйте опорожнение каждые два часа	Мониторинг частоты

6.3 Рождение ребенка

Таблица 21

Рождение ребенка

Аспекты	Рассмотрение
Позиция роженицы	<ul style="list-style-type: none"> • Положение на коленях и положение на коленях с упором на руки связаны с увеличением частоты интактной промежности [142] • Сидячие положения и родовые стулья связаны с увеличением частоты травм промежности [142] • Вертикальное положение на втором этапе связано со (общее качество доказательств низкое) [143]: <ul style="list-style-type: none"> - Значительным сокращением числа вмешательств в родах - Снижением частоты эпизиотомии - Повышением частоты разрывов второй степени - Повышением частоты кровопотери 500 мл или более • Вертикальное положение на втором этапе может уменьшить продолжительность второго этапа для нерожавших женщин [143]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Потуги	<ul style="list-style-type: none"> • Поощряйте женщину прислушиваться к ее собственному телу, что обычно помогает тужиться [144] • Избегайте учить женщин длительно с усилием тужиться, при этом закрывая рот (маневр Вальсальвы) [144, 145]
Уход за промежностью	<ul style="list-style-type: none"> • Перинеальные теплые компрессы (теплотерапия) на втором этапе могут быть связаны со [74]: <ul style="list-style-type: none"> - Снижением частоты разрывов третьей и четвертой степени [147] - Уменьшением боли - Повышенным удовлетворением и комфортом • Недостаточно данных в поддержку сгибания головы для уменьшения травмы промежности [74, 147]

6.3.1 Роды в воде

Таблица 22

Роды в воде

Аспекты	Рассмотрение
Обстановка	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточно доказательств надлежащего качества для поддержки или опровержения безопасности рождения в воде для женщины или ее ребенка [92, 103, 148] • Профессиональный консенсус по данному вопросу также отсутствует: <ul style="list-style-type: none"> - Королевский австралийский и новозеландский колледж акушеров и гинекологов (RANZCOG) «в настоящее время не могут одобрить запланированное рождение в воде по сравнению с обычными родами» [99] - Австралийский колледж акушеров поддерживает выбор женщины, если она желает получить доступ к погружению в воду в процессе родов и / или рождению в воде [95] - Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) и Американская академия педиатрии не рекомендуют рожать в воде [149]
Неонатальные гипотезы, касающиеся рождения в воде	<ul style="list-style-type: none"> • Механизм, управляющий переключением с внутриутробного на внешнее дыхание, является неопределенным [150] • Согласно гипотезам, триггеры для дыхания после рождения на земле включают: <ul style="list-style-type: none"> - Физическую стимуляцию, боль, гиперкапнию, гипоксию, хронические эндокринные изменения и диафрагмальное сжатие [150] • Здоровые дети, рожденные в теплой воде, не получают всех этих стимулов, и поэтому ингибирование дыхания при родах в воде считается следствием баланса тормозных и стимулирующих триггеров [148]
Выгода	<ul style="list-style-type: none"> • Преимущества погружения в воду (см. Раздел 3.1.1) • Нет никакой разницы в pH пуповины между младенцами, родившимися в воде или вне ее [151]
Потенциальный риск	<ul style="list-style-type: none"> • Основные проблемы, вызывающие озабоченность (в основном из отчетов о случаях) [151]: <ul style="list-style-type: none"> - Неонатальная и материнская инфекция - Неонатальная водная аспирация - Неонатальная и материнская терморегуляция • Температура плода на 0,5 °C выше, чем материнская температура тела [97] - Менеджмент в случае необходимости неотложной акушерской или неонатальной помощи
Уровень учреждения	<ul style="list-style-type: none"> • Там, где предлагаются роды в воде, устанавливаются местные протоколы для: <ul style="list-style-type: none"> - Предоставления второго специалиста в области здравоохранения - Очистки и обслуживания ванн и бассейнов - Процедуры контроля инфекций - Мониторинга женщины и плода при погружении - Экстренного перемещения женщины из воды при развитии осложнений
Информированный выбор	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать женщин, которые выбирают рождение в воде • Информировать женщин о наличии доказательств о преимуществах и рисках рождения в воде
Менеджмент во время второго периода	<ul style="list-style-type: none"> • Второй специалист, присутствовавший во время рождения • Аускультация ЧССП и наблюдение за роженицей (см. Табл. 20. Наблюдение в родах) • Избегать направленных потуг • Рождение «без рук», чтобы избежать стимуляции • Не проверяйте на обвитие пуповиной [97] • Немедленно перенести ребенка на поверхность без чрезмерной стимуляции [94]
Менеджмент в третий период родов	<ul style="list-style-type: none"> • Если возникли проблемы или трудности в оценке, помогите женщине выйти из воды • Нет доказательств, чтобы противопоставить рождение плаценты в воде во время физиологического третьего периода [93] • Избегать натяжения пуповины и проверяйте ее целостность [94] <ul style="list-style-type: none"> - Разрыв пуповины (сообщается, что он встречается примерно в 2,496–3,1152 на 1000 родов) • Поддерживайте тепло и постоянное наблюдение • См. Раздел 7. Третий период родов

7. Третий период родов

Начинается после рождения ребенка и длится до рождения плаценты и оболочек [40].

- Физиологический менеджмент (также называемый выжидательным)
- Активное ведение дополнительно классифицируется в соответствии со сроками пережати пуповины:
 - Отсроченное пережатие пуповины, также называется модифицированным активным менеджментом (рекомендуется)
 - Раннее пережатие пуповины – часто называемое «активным ведением» (не рекомендуется).

Варианты третьего периода

Аспекты	Рассмотрение
Модифицированный активный менеджмент (отсроченное пережатие пуповины)	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется для всех родов до инициирования неотложной неонатальной помощи [43, 153, 154]: <ul style="list-style-type: none"> - Назначение окситоцина сразу после рождения ребенка и до того, как пуповина зажата и перерезана [155] - Необходимо подождать не менее 1–3 мин после рождения ребенка [154] или до прекращения пульсации пуповины [153], после чего пережать и отрезать - Использовать контролируемую тягу после признаков отделения • Считается пролонгированным, если не завершен в течение 30 мин после рождения ребенка [40]
Физиологический	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для женщин, которые [40, 45]: <ul style="list-style-type: none"> - Имели неосложненную беременность - Имели нормальный первый и второй периоды родов - Не имеют факторов риска чрезмерного кровотечения - Приняли обоснованное решение после обсуждения рисков и выгод • Рутинный метод включает: <ul style="list-style-type: none"> - Отсутствие применения утеротоников - Отсрочку пережатия пуповины до момента прекращения пульсации или после рождения плаценты [40] - Оставление пуповины не пережатой (или если пуповина перерезана, оставьте материнский конец не пережатым) [97, 156] - Рождение плаценты спонтанно материнскими усилиями [40] - Врач ненавязчиво ждет и наблюдает за признаками отделения, не вмешиваясь в процесс • Считается пролонгированной, если не завершена в течение 60 мин после рождения ребенка [40] • Рекомендовать вмешательство с окситоцином, если необходимо контролировать кровотечение [45]
Активное ведение (Раннее пережатие пуповины)	<ul style="list-style-type: none"> • Раннее пережатие пуповины (в течение 60 с после рождения ребенка) больше не рекомендуется для рутинного менеджмента в третий период [40, 153, 154, 157] Включает: <ul style="list-style-type: none"> - Введение утеротоников с рождением переднего плеча или сразу после рождения ребенка - Тракцию пуповины сразу после признаков отделения
Lotus birth (практика оставлять пуповину после родов, когда ребенок остается прикрепленным к плаценте до тех пор, пока пуповина естественно не отделится от пупка – обычно через 3–10 дней после рождения)	<ul style="list-style-type: none"> • Не рекомендуется из-за ограниченного количества исследований [158] Рутинно включает [159]: <ul style="list-style-type: none"> - Ребенок остается прикрепленным к плаценте до тех пор, пока пуповина не отделяется естественным образом - Плацента высушена, посолена и завернута в «дышащий» материал • Может увеличить риск заражения ребенка [158, 160] • Если женщина выбирает «рождение лотоса»: <ul style="list-style-type: none"> - Необходимо, чтобы женщина предоставила соответствующую информацию до рождения ребенка - Предоставлять родителям информацию о признаках инфекции - См. раздел 7.3. Запросы, касающиеся плаценты

7.1 Постоянный уход в третий период родов (табл. 24)

Таблица 24

Постоянный уход в третий период

Аспекты	Рассмотрение
Утеротоники	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать окситоцин 10 международных единиц (МЕ) [154] вскоре после рождения <ul style="list-style-type: none"> - Связано с меньшим количеством побочных эффектов по сравнению с окситоцином в комбинации с эргометрином [161] Сроки введения: <ul style="list-style-type: none"> - Может вводиться до или после того, как проведено пережатие пуповины [157] - Назначение до пережатия пуповины вряд ли повлияет на плаценту или ребенка [157] - Отсутствие существенной разницы в частоте РПК при назначении до или после рождения плаценты [162]
Пережатие пуповины	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно проводится в течение от одной до трех минут после рождения ребенка [153, 157] <ul style="list-style-type: none"> - Оптимальное время пережатия пуповины неизвестно [157] - Сроки не влияют на потерю крови при рождении [163] • Если есть какие-либо опасения относительно целостности пуповины или частота сердечных сокращений у ребенка ниже 60 ударов в 1 мин, зажмите и отрежьте пуповину [40] • Пережатие пуповины в течение 5 мин, если ожидается проведение тракций за пуповину [40] • Необходимо задокументировать время, когда пережата пуповина, а не способ ведения третьего периода [40, 157]

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Отделение плаценты [97]	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдать за потерей крови и признаками отделения плаценты [164]: <ul style="list-style-type: none"> - Матка поднимается в брюшной полости - Матка становится более твердой - Из влагалища наблюдается выделение крови - Наблюдается удлинение пуповины - Пуповина не втягивается при надлобковом нажатии - Плацента может стать видимой во влагалище - Избегайте повторной пальпации матки, которая болезненна, вызывает сокращение и может увеличить риск РПК [97]
Контролируемые тракции за пуповину	<ul style="list-style-type: none"> • Убедитесь, что матка хорошо сокращается и плацента отделена до того, как применять контролируемые тракции • Выполняются после пересечения пуповины [40] • Осторожно потяните вниз за пуповину, при этом осуществляя контртракции над лобковой костью • Тяговое усилие следует за кривой Carus [165] • По мере того как плацента рождается, держите ее обеими руками и осторожно поворачивайте, чтобы скрутить оболочки • Медленно отделите плодные оболочки для завершения родов • Сразу после рождения плаценты оценивают тонус матки
Уход за роженицей	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдения за общим физическим состоянием, включая: <ul style="list-style-type: none"> - Цвет кожи, дыхание, вагинальную кровопотерю - Самоотчет женщины • Частота наблюдений по клиническим показаниям • Поддерживайте личную, успокаивающую и расслабляющую атмосферу • Держите мать и ребенка в тепле • Поддержка грудного вскармливания • Вертикальное положение
RhD-отрицательная материнская группа крови	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать: <ul style="list-style-type: none"> - Проведение группового и прямого антиглобулинового теста (Coombs)
Физиологический уход	<ul style="list-style-type: none"> • Направлено на достижение оптимального гормонального баланса на [35, 45]: <ul style="list-style-type: none"> - Поддержание контакта кожи с кожей и избежание ненужного разделения женщины и ребенка - Поощрение женщины сосредоточиться на физиологическом процессе и избегать отвлечения внимания - Поощрение близких людей оставаться сосредоточенными на маме и ребенке

7.1.1 Показания для дополнительного ухода

Таблица 25

Показания для дополнительного ухода

Аспекты	Рассмотрение
Показания для введения окситоцина (при физиологическом менеджменте)	<ul style="list-style-type: none"> - Плацента не рождается в течение 60 мин после рождения ребенка [40] - Женщина хочет сократить продолжительность третьего периода [40] - Увеличение кровопотери
Показания для консультации или перевода	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемы, связанные с сильным кровотечением • Материнская пирексия • Задержка плаценты • Коллапс матери • Выворот матки

7.2. Осмотр плаценты и оболочек

Проведите тщательное обследование плаценты и оболочек

Таблица 26

Осмотр плаценты и оболочек

Аспекты	Рассмотрение
Плацента	<ul style="list-style-type: none"> • Общая форма и внешний вид • Кальцификация или инфаркты • Доказательства отслойки • Отсутствие котиледонов • Добавочная доля
Оболочки	<ul style="list-style-type: none"> • 1 амнион и 1 хорион • Целые или разорванные • Наличие сосудов
Пуповина	<ul style="list-style-type: none"> • Место прикрепления пуповины • 2 артерии и 1 вена

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Показания для консультации	<ul style="list-style-type: none"> • Плацента, подозреваемая или диагностированная как неполная [40] • Неприятный запах – необходимо взять культурный мазок из материнской и плодной частей плаценты <p>Если обнаружены аномалии, отправьте запрос на гистопатологию</p> <p>Посоветуйте женщине:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обратиться за помощью в случае выхода сгустков крови из влагалища, увеличения количества выделений, появления неприятного запаха или боли
----------------------------	--

7.3. Вопросы, касающиеся плаценты

Женщина может попросить взять плаценту домой. Считается, что в некоторых культурах способ обращения с плацентой влияет на благополучие женщины и ее ребенка. Женщина может полагать, что употребление плаценты в пищу может помочь материнскому здоровью и благополучию.

Таблица 27

Вопросы, касающиеся плаценты

Аспекты	Рассмотрение
Фон	<ul style="list-style-type: none"> • Уважать культурные и личные мотивы пациентки • Женщина имеет право забрать плаценту домой • Предоставлять информацию, относящуюся к обстоятельствам
Транспорт, хранение и уничтожение	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать транспортировку в охлажденном герметичном контейнере <ul style="list-style-type: none"> - Краткосрочное хранение в холодильнике - Долгосрочное хранение в морозильной камере • Соблюдайте местные протоколы хранения, транспортировки и утилизации
Прием плаценты в пищу	<ul style="list-style-type: none"> • Прием плаценты в пищу не рекомендуется [168] из-за ограниченного количества исследований, в частности, в ситуациях: <ul style="list-style-type: none"> - Если это не их собственная плацента (из-за риска заражения кровью) - Если плацента не хранилась в холодильнике или морозильной камере - Если плацента была отправлена на патогистологическое исследование (вероятно, она была погружена в раствор формальдегида)

7.4 Осмотр промежности

Цель – выявить наличие и степень травм промежности.

Таблица 28

Осмотр промежности

Аспекты	Рассмотрение
Окружающая обстановка	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать интимную обстановку для женщины и предпочитаемого лица поддержки • Убедитесь, что это не мешает контакту «кожа-кожа» [40] • Не рекомендуется пить или есть до окончания оценки и принятия решения относительно анестезии • Обсудите и предложите адекватное облегчение боли до проведения оценки [40] • Содействовать удобному положению, в котором половые структуры могут быть ясно видны [40] • Обеспечить достаточное освещение [40] • Обеспечить удобство и теплоту женщине • Если роды проходили в вводе и необходимо наложить швы, манипуляция должна быть отсрочена не менее чем на час после выхода из воды
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить систематическую оценку промежности • Следуя оценке, объясните пациентке: <ul style="list-style-type: none"> - Выводы - Рекомендуемый план восстановления (при необходимости) - Объяснить моменты самообслуживания
Показания для консультации	<ul style="list-style-type: none"> • Восстановление за пределами уровня компетентности врача • Неадекватное обезболивание • Адекватная визуализация и оценка невозможны

8. Четвертый период родов

Это руководство определяет четвертый период родов как первые шесть часов сразу после рождения ребенка. Вопросы четвертого периода включают поддержку физиологической адаптации и привязанности матери к ребенку [35].

Для облегчения процесса необходимы:

- Оптимальная среда (см. Раздел 2.6. Условия рождения)
- Непрерывный контакт кожи с кожей [169] (см. Табл. 29. Уход и оценка состояния новорожденных)
- Избегание ненужного разлучения матери и ребенка [50]
- Непрерывная, постоянная поддержка и наблюдение в течение первых двух часов (то есть не оставлять женщину и ее ребенка в течение первых двух часов после рождения).

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

8.1 Наблюдение

Согласно заявлению Национального консенсуса (2010, с. 8) [170], после первоначальной оценки состояния для каждого пациента должен быть разработан четкий план мониторинга, который определяет физиологические наблюдения, подлежащие регистрации, и частоту наблюдений с учетом диагноза пациента и предлагаемого лечения.

8.2 Уход и оценка состояния новорожденных

Таблица 29

Уход и оценка состояния новорожденных

Элементы	Рассмотрение	
Первоначальный уход и оценка	<ul style="list-style-type: none">Поместите ребенка на кожу матери сразу после рождения [50]Поддерживайте тепло, высушив ребенка предварительно подогретыми полотенцамиОцените и запишите показатель по шкале Апгар в 1-ю и 5-ю минуты<ul style="list-style-type: none">Оценить тонус, дыхание, сердечный ритм, раздражительность, цвет и рефлексы	
Контакт с кожей и грудное вскармливание [50, 166]	<ul style="list-style-type: none">Поощрять и поддерживать непрерывный контакт кожи с кожей [50]:<ul style="list-style-type: none">Не менее одного часа [40] или <ul style="list-style-type: none">До первого кормления [40, 169] Объясните важность позиции ребенка для поддержания адекватного поступления воздуха <ul style="list-style-type: none">Поддерживать головку и шею ребенка в нейтральном положенииУкрыть спинку ребенка теплым полотенцем или одеялом <ul style="list-style-type: none">Наблюдайте за первым грудным вскармливанием и при необходимости предлагайте помощь	
Наблюдение	<ul style="list-style-type: none">Обеспечьте адекватное освещение для наблюдения за цветомВыполнять и записывать ненавязчивые регулярные наблюдения за новорожденнымиОбеспечьте постоянный уходЗаписать время от рождения до начала регулярного дыхания [40]	
	Наблюдения	Частота в первые два часа
	Положение, проходимость дыхательных путей	15 мин
	Частота дыхания и усилие	15 мин
	Цвет	15 мин
	ЧСС	Через час после рождения
	Температура тела	Через час после рождения
Неургентная помощь	<ul style="list-style-type: none">Избегайте разделения матери и ребенка в течение первого часа после рождения [40, 50], в том числе для:<ul style="list-style-type: none">Измерения массы и длины тела и окружности головыКупанияВведения витамина К или иммунизации новорожденного	
Рассмотрение необходимости консультации	Требуется реанимация новорожденных Любые отклонения от нормы Идентификация физической аномалии	

8.3 Уход за роженицей и оценка состояния

Рекомендуемые наблюдения после нормальных родов приведены в табл. 30.

Таблица 30

Уход за роженицей и оценка состояния

Аспекты	Рассмотрение	
Наблюдения в первые два часа после рождения ребенка	• Измените частоту наблюдений при наличии клинических показаний	
	Наблюдения	Частота в первые два часа после рождения ребенка
	Температура тела	В течение часа после родов
	Пульс, частота дыхания	Один раз после рождения плаценты
	Матка (сокращенность, позиция)	Через 15–30 мин после рождения плаценты
	Лохии	Через 15–30 мин после рождения плаценты
	Промежность	После рождения плаценты Переоценивается при наличии показаний
	Боль	Первоначальная оценка Переоценивается при наличии показаний
	Количество мочи	В течение первых двух часов
Наблюдения через два часа после рождения ребенка	• Наблюдения, как указано выше, по крайней мере, один раз в восемь часов в стационаре до выписки - Соблюдайте рекомендации локальных протоколов	
	• Изменение в соответствии с изменениями клинических обстоятельств [170]	

Физиологический уход	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить среду, которая способствует физиологической адаптации • Отвечать на просьбы о купировании боли • Питание и гидратация • Учитывать потребности личной гигиены • Наблюдать за эмоциональным и психологическим откликом на роды • Наблюдайте реакцию матери на своего ребенка • Оценить взаимодействие матери и ребенка [13] • Бдительные ненавязчивые наблюдения за ребенком (см. Табл. 29. Уход и оценка новорожденных) • Оценка риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ)
RhD-отрицательная группа крови [173]	<ul style="list-style-type: none"> • Просмотрите результаты анализа пуповинной крови • Если показано: <ul style="list-style-type: none"> - Провести тест Kleihauer или проточную цитометрию - Рекомендовать RhD-иммуноглобулин <p>Количественная оценка наличия положительных эмбриональных клеток определяет дозу</p>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Hilder L, Zhichao Z, Parker M, Jahan S, Chambers G. Australia's mothers and babies 2012. Perinatal statistics series no. 30. Cat. no. PER 69. [Internet]. 2014 [cited 2017 May 30]. Available from: www.aihw.gov.au
- Australian College of Midwives. National midwifery guidelines for consultation and referral. 3rd Edition, Issue 2. [Internet]. 2015 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
- Australian Health Ministers' Conference. National maternity services plan. [Internet]. 2011 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.health.gov.au>
- Australian Institute of Health and Welfare. Maternity care classification system: Maternity model of care data set specification national pilot report November 2014. Cat. No PER 74. Canberra: AIHW; 2016.
- Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2015 [cited 2017 March 10]; Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI:10.1002/14651858.CD000934.pub3.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Approaches to limit intervention during labor and birth. No. 687. Obstet Gynecol 2017;129:e20-8.
- Dias MAB, Domingues RMSM, Schillithz AOC, Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian public health system: data from a national survey. Reproductive Health 2016;13(S3):175-85.
- Smith H, Peterson N, Lagrew D, Main E. Toolkit to support vaginal birth and reduce primary cesareans: a quality improvement toolkit. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 27]. Available from: <https://www.cmqqc.org/>
- Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstetrics and Gynecology 2012;120(5):1181.
- Maternity Care Working Party. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. [Internet]. 2007 [cited 2017 February 10].
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Joint policy statement on normal childbirth. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(12):1163-5.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2014;210(3):179-93.
- beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and perinatal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue; 2011.
- Australian Institute of Health and Welfare. National core maternity indicators—stage 3 and 4: results from 2010–2013. Cat no. PER 84. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 27]. Available from: www.aihw.gov
- Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2014 – in brief. Perinatal statistics series no. 32. Cat no. PER 87. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 26]. Available from: www.aihw.gov
- International Childbirth Education Association. Physiologic birth. ICEA Position paper. [Internet]. 2015 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://icea.org>
- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement. The Journal of Perinatal Education 2013;22(1):14.
- Downe S, Finlayson K. Interventions in normal labour and birth. Survey report March 2016. [Internet]. 2016 [cited 2017 May 24]. Available from: <https://www.rcm.org.uk>
- World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. [Internet]. 1996 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://www.who.int>
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Standards of maternity care in Australia and New Zealand. [Internet]. 2016 [cited 2017 February 10]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal suitability for models of care, and indications for referral within and between models of care. [Internet]. 2015 [cited 2017 February 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternity services in remote and rural communities in Australia. [Internet]. 2013 [cited 2017 February 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
- Queensland Health. Clinical services capability framework for public and licensed private health facilities (CSCF) v3.2. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
- Nursing and Midwifery Board of Australia. National competency standards for the midwife. [Internet]. 2010 [cited 2017 March 29]. Available from: www.nursingmidwiferyboard.gov.au
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Standard for credentialing and defining the scope of clinical practice. [Internet]. 2004 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au>
- Australian Health Ministers' Advisory Council. National maternity services capability framework. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]. Available from: www.health.gov.au
- Queensland Health. Pregnancy health record (PHR) v5.00 - 03/2017. [Internet][cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
- Queensland Health. Early labour record v1.00 12/2011. [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
- Queensland Health. Intrapartum record v3.00 - 12/2011. [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National safety and quality health service standards. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 28]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au>
- Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. Birth. 2017; 00:1-5.
- Catchlove A. Informed choice, consent and the law: the legalities of "yes I can" and "no I won't". Birth Matters 2010;14(2):5.
- Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. Women and Birth 2016;29(2):107-16.
- Stenglin M, Foureur M. Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. Midwifery 2013;29(8):819-25.
- Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care.

- Washington, DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families; 2015.
36. National Health and Medical Research Council. National guidance on collaborative maternity care. [Internet]. 2010 [cited 2017 March 17]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au>
 37. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Collaborative maternity care. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 27]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
 38. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2013 [cited 2017 March 27]; Issue 7. Art No.: CD003766.pub5 DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub5.
 39. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 27]; Issue 4. Art No.: CD004667.pub5(4) DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
 40. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190. [Internet]. 2017 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk>
 41. The Royal College of Midwives. Position statement: Continuity of midwife-led care. [Internet]. May 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: www.rcm.org.uk
 42. Homer CSE. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. The Medical Journal of Australia 2016;205(8):370-4.
 43. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 18]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
 44. Stark MA, Remyne M, Zwelling E. Importance of the birth environment to support physiologic birth. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2016;45(2):285-94.
 45. Hastie C, Fahy KM. Optimising psychophysiology in third stage of labour: Theory applied to practice. Women and Birth 2009;22(3):89-96.
 46. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2012 [cited 2017 April 27]; Issue 8. Art. No.:CD000012. DOI:10.1002/14651858.CD000012.pub4.
 47. Divall B, Spiby H, Roberts J, Walsh D. Birth plans: a narrative review of the literature. International Journal of Childbirth 2016;6(3):157-72.
 48. Burke N, Donnelly JC, Burke G, Breathnach F, McAuliffe F, Morrison J, et al. Do birth plans improve obstetric outcome for first time mothers: results from the multi-center Genesis Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2016;214(1):S276.
 49. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2013 [cited 2017 March 27]; Issue 8. Art No.: CD003930. pub3(8) DOI:10.1002/14651858.CD003930.pub3.
 50. Australian College of Midwives. BFHI handbook for maternity facilities. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
 51. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design (Updated February 2014). Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland; 2013.
 52. Australian College of Midwives. Midwifery philosophy. [Internet] 2017 [updated no date; cited 2017 April 18]; Available from: <https://www.midwives.org.au>
 53. Australian Medical Association. Maternal decision-making: position statement. 2013 [cited 2017 July 4th]. Available from: <https://ama.com.au>
 54. Queensland Health. Guide to informed decision-making in healthcare (2nd edition). [Internet]. 2017 [cited 2017 July 10]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
 55. Fahy K. What is woman-centred care and why does it matter? Women and Birth 2012;25(4):149-51.
 56. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2017;216(1):31e4.
 57. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Standard 6 clinical handover: safety and quality improvement guide. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au>
 58. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. Journal of Midwifery and Women's Health 2010;55(3):250-4.
 59. Satia J, Kumar A, Liow M. Visionary Leadership in Health: Delivering Superior Value. India: Sage Publications; 2014.
 60. Moore JE. Women's voices in maternity care: the triad of shared decision making, informed consent, and evidence-based practices. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2016;30(3):218-23.
 61. Kongnyuy EJ, Uthman OA. Use of criterion-based clinical audit to improve the quality of obstetric care: A systematic review. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2009;88(8):873-81.
 62. Hartmann KE. Strategies to Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
 63. Bendaly L, Bendaly N. Improving Healthcare Team Performance: The 7 Requirements for Excellence in Patient Care. Mississauga, Ont: Jossey-Bass; 2013.
 64. Cornthwaite K, Alvarez M, Siassakos D. Team training for safer birth. Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology 2015;29(8):1044-57.
 65. Cornthwaite K, Edwards S, Siassakos D. Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies. Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology 2013;27(4):571.
 66. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth 2014;41(4):384-94.
 67. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC pregnancy and childbirth 2015;15(283):284.
 68. Safe Motherhood for All Inc. Women's experiences of birth care in Australia: the birth dignity survey 2017. [Internet]. 2017 [cited 2017 August 15]. Available from: <http://www.safemotherhoodforall.org.au>
 69. Adams ED. Birth environments: A woman's choice in the 21st century. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2016;30(3):224-7.
 70. Chilvers R. Continuity of carer for better births. Midwives 2015;18(2):74-5.
 71. Sosa G, Crozier K, Robinson J. What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. Midwifery 2012;28(4):391.
 72. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, A C. Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; Issue 7. Art. No.: CD003766 DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
 73. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; Issue 3. Art No.: CD009234.pub2(3) DOI:10.1002/14651858.CD009234.pub2.
 74. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2011 [cited 2017 March]; Issue 12. Art No.: CD006672(12):CD006672 DOI:10.1002/14651858.CD006672.pub2.
 75. Taavoni S, Abdolalian S, Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. Pain Medicine. 2013; 14(9):1301-6 DOI:10.1111/pme.12161.
 76. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2013;42(1):19-28.
 77. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011 [cited 2017 March 27]; Issue 7. Art No.: CD009232 DOI:10.1002/14651858.CD009232.
 78. Mollart LJ, Adam J, Foureur M. Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: a systematic review. Women and Birth 2015;28(3):199-206.
 79. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 10]; Issue 5. Art No.: CD009356.pub3 DOI:10.1002/14651858.CD009356.pub3.
 80. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2011 [cited 2017 March 10]; Issue 12. Art No.: CD009514 DOI:10.1002/14651858.CD009514.
 81. Silva Gallo RB, Santana LS, Jorge Ferreira CH, Marcolin AC, Polineto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. Journal of physiotherapy 2013;93(2):109-16.
 82. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2016;10(4):QC12-QC5.
 83. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin

- AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 2016;62(1):29-34.
84. Janula R, Mahipal S. Effectiveness of aromatherapy and biofeedback in promotion of labour outcome during childbirth among primigravidas. *Health Science Journal* 2015;9(1):1.
85. Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;25:81-6.
86. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]; Issue 1. Art No.: CD009107.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009107.pub2.
87. Lee N, Webster J, Beckmann M, Gibbons K, Smith T, Stapleton H, et al. Comparison of a single vs. a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2013;29(6):585-91.
88. Fogarty V. Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour – A systematic review of the literature. *Women and Birth* 2008;21(4):157-63.
89. Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008;48(4):369-74.
90. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2015;41(11):1679-86.
91. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 17]; Issue 2. Art No.: CD009290.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009290.pub2.
92. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Medical Journal* 2013;131(5):364.
93. Swain D. Water Birth is an alternative to air birth. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 2013;3(2):3.
94. American College of Nurse-Midwives. Hydrotherapy during labor and birth. Position Statement. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <http://www.midwife.org>
95. Australian College of Midwives. Position statement on the use of water immersion for labour and birth. [Internet]. May 2013 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
96. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2014;59(3):286-319.
97. Chapman V, Charles C. The midwife's labour and birth handbook. 3rd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2013.
98. Monash Health. Water birth: immersion in water during labour and birth clinical guideline. [Internet]. 2014 [cited 2017 April 11]. Available from: www.monashhealth.org
99. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Water immersion during labour and birth C-Obs 24. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
100. Bovbjerg ML, Cheyney M, Everson C. Maternal and newborn outcomes following waterbirth: The midwives alliance of north america statistics project, 2004 to 2009 cohort. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2016;61(1):11-20.
101. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2009 [cited 2017 April 10]; Issue 2. Art No.: CD000111.pub3 DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3.
102. Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, Nigel James St George S. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ* 2004;328(7435):314-8.
103. Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. Immersion in water for labour and birth. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.rcm.org.uk>
104. Cohain JS. Waterbirth and GBS. *Midwifery Today* 2010;Winter(96):9-10.
105. Queensland Clinical Guidelines. Early onset Group B Streptococcal disease. Guideline No. MN16.20-V3-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 March 29]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
106. Raudenska J, Javurkova A. The Psychological Context of Labour Pain. Nova Science Publishers, Inc; 2016.
107. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Opioids in labour. Guideline No. MN17.43-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
108. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Epidural analgesia in labour. Guideline No. MN17.41-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
109. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Remifentanyl via PCA in labour. Guideline No. MN17.42-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
110. BOC Healthcare. Consumer medicine information: nitrous oxide medical EP grade. [Internet]. 2008 [cited 2017 April 3]. Available from: <http://www.boc-healthcare.com.au>
111. BOC Healthcare. Product information: nitrous oxide medical EP Grade. [Internet]. 2008 [cited 2017 April 3]. Available from: <http://www.boc-healthcare.com.au>
112. Clark MS, Brunick AL. Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2008.
113. Clark MS, Campbell SA, Clark AM. Technique for the administration of nitrous oxide/oxygen sedation to ensure psychotropic analgesic nitrous oxide (PAN) effects. *International Journal of Neuroscience* 2006;116(7):871-7.
114. Likis FE, Andrews JC, Collins MR, Lewis RM, Seroogy JJ, Starr SA, et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. *Anesthesia & Analgesia* 2014;118(1):153-67.
115. Rosen M. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5):S110-S26.
116. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; Issue 9. Art No.: CD009351.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009351.pub2.
117. Spiby H, Walsh D, Green J, Crompton A, Bugg G. Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery* 2014;30(9):1036.
118. Weavers A, Nash K. Setting up a triage telephone line for women in early labour. *British Journal of Midwifery* 2012;20(5):333-8.
119. Queensland Clinical Guidelines. Intrapartum fetal surveillance. Guideline No. MN15.15-V4-R20. [Internet]. Queensland Health. 2015. [cited 2017 March 27]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
120. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 7. Art No.: CD010088.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD010088.pub2.
121. Friedman E. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1972;48(6):842.
122. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2010;116(6):1281-7.
123. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology* 2010;115(4):705-10.
124. Friedman E, Sachtleben M. Amniotomy and the course of labor. *Obstet Gynecol* 1963;22:755-70.
125. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, J, T, APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute pain management: scientific evidence. [Internet]. 2015 [cited 2017 July 18]. Available from: www.fpm.anzca.edu.au
126. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of spontaneous labour at term in healthy women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2016;38(9):843-65.
127. Neal JL, Lowe NK, Phillippi JC, Ryan SL, Knupp AM, Dietrich MS, et al. Likelihood of cesarean delivery after applying leading active labor diagnostic guidelines. *Birth* 2017;44(2):128-36.
128. Scotland GS, McNamee P, Cheyne H, Hundley V, Barnett C. Women's preferences for aspects of labor management: results from a discrete choice experiment. *Birth* 2011;38(1):36.
129. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:1568-75.
130. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2010;55(4):308-18.
131. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 7. Art No.: CD005461 DOI:10.1002/14651858.CD005461.pub4.

132. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. [Internet]. 2014 [cited 2017 April 10]. Available from: www.who.int.
133. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. 2017.
134. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 10. Art No.: CD003934 DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
135. Taavoni S, Sheikhan F, Abdolalian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;24:99-102.
136. Malin GL, Bugg GJ, Thornton J, Taylor MA, Grauwen N, Devlieger R, et al. Does oral carbohydrate supplementation improve labour outcome? A systematic review and individual patient data meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016;123(4):510-7.
137. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. 2013.
138. Looft E, Simic M, Ahlberg M, Snowden JM, Cheng YW, Stephansson O. Duration of second stage of labour at term and pushing time: Risk factors for postpartum haemorrhage. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2017;31(2):126-33.
139. Aiken CE, Aiken AR, Prentice A. Influence of the duration of the second stage of labor on the likelihood of obstetric anal sphincter injury. *Birth* 2015;42(1):86-93.
140. Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown SJ. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(11):1361-9.
141. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum fetal surveillance, Clinical Guideline – Third edition 2014. [Internet]. 2014 [cited 2017 July 10]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
142. Lodge F, Haith-Cooper M. The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review. *British Journal of Midwifery* 2016;24(3):172-80.
143. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cited 2017 April 10]; Issue 5. Art No.: CD002006 DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
144. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; Issue 10. Art No.: CD009124.pub2(10) DOI: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
145. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011;118(6):662-70.
146. Queensland Clinical Guidelines. Perineal care. Guideline No. MN12.30-V2-R17. [Internet]. Queensland Health. 2012. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
147. Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. 2017.
148. Taylor H, Kleine I, Bewley S, Loucaides E, Sutcliffe A. Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 2016;101(4):F357-F65.
149. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery: Committee opinion No. 679. *Obstetrics & Gynecology* 2016;128(5):e231-6.
150. van Vonderen JJ, Roest AA, Siew ML, Walther FJ, Hooper SB, te Pas AB. Measuring physiological changes during the transition to life after birth. *Neonatology* 2014;105(3):230-42.
151. Davies R, Davis D, Pearce M, Wong N. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JB Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*;13(10):180-231.
152. Schafer R. Umbilical cord avulsion in waterbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2014;59(1):91-4.
153. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.who.int>
154. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. [Internet]. 2012 [cited 2017 April 10]. Available from: <https://www.who.int>
155. Pan American Health Organization. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. 2nd ed. [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2013 [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.who.int>
156. Soltani H, Poulouse T, Hutchon D. Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 9. Art. No.: CD004665.
157. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clamping of the umbilical cord and placental transfusion. *Scientific Impact Paper No. 14*. [Internet]. 2015 [cited 2017 April 17]. Available from: <https://www.rcog.org.uk>
158. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Statement on umbilical non-severance or "lotus" birth. [Internet]. 2008 [cited 2017 June 30]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/>
159. Burns E. More than clinical waste? Placenta rituals among Australian home-birthing women. *The Journal of Perinatal Education* 2014;23(1):41-9.
160. Tricarico A, Bianco V, Di Biase AR, Iughetti L, Ferrari F, Berardi A. Lotus birth associated with idiopathic neonatal hepatitis. *Pediatr Neonatol* 2017;58(3):281-2.
161. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 10. Art No.: CD001808 DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2.
162. Soltani H, Hutchon D, Poulouse T. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; Issue 8. Art. No.: CD006173. DOI: 10.1002/14651858.CD006173.pub2.
163. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2017 March 10]; Issue 7. Art No.: CD004074 DOI: 1002/14651858.CD004074.pub2.
164. MacDonald S, Johnson G. *Mayes' Midwifery*. 15th ed. London: Elsevier; 2017.
165. Tiran D. *Baillie's Midwives' Dictionary*. 13th ed: Elsevier-Health Sciences Division; 2017.
166. Queensland Clinical Guidelines. Establishing breastfeeding. Guideline No. MN16.19-V3-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
167. Queensland Clinical Guidelines. Primary postpartum haemorrhage. Guideline No. MN12.1-V5-R17. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
168. Buser GL, Mat S, Zhang AY, Metcalf BJ, Beall B, Thomas AR. Late-onset infant Group B Streptococcus infection associated with maternal consumption of capsules containing dehydrated placenta – Oregon, 2016. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report: US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*; 2017. vol 66, No 25 p. 677-8.
169. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; Issue 11. Art No.: CD003519.pub4 DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
170. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National consensus statement: essential elements for recognising and responding to clinical deterioration. [Internet]. 2010 [cited 2017 July 17]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au>
171. Queensland Clinical Guidelines. Routine newborn assessment. Guideline No. MN14.4.V4.R19. [Internet]. Queensland Health. 2015. [cited 2017 March 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
172. Queensland Clinical Guidelines. Neonatal resuscitation. Guideline No. MN16.5-V4-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 March 27]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
173. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for the use of Rh(D) Immunoglobulin (Anti-D) in obstetrics in Australia. C-Obs 6. [Internet]. 2015 [cited 2017 April 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>

Аntenатальное и постнатальное психическое здоровье: клинический менеджмент

Клинические рекомендации

Опубликовано: 17 декабря 2014 г.

Последнее обновление: август 2017 г.

nice.org.uk/guidance/cg192

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурняк

Введение

Во время беременности и в послеродовой период многие проблемы психического здоровья имеют характер, течение и вероятность рецидива, как и в любое другое время. Однако могут быть различия: так, для биполярных расстройств свойственна повышенная частота рецидивов и во время беременности, и в постнатальный период. Хотя изменения состояния и функционирования психического здоровья (например изменение аппетита) могут представлять собой нормальные изменения во время беременности, однако они могут быть и симптомами проблем психического здоровья.

(Примечание переводчика: Биполярное аффективное расстройство (БАР, маниакально-депрессивный психоз) – психическое расстройство, характеризующееся сменой маниакальных и депрессивных состояний, смешанными состояниями, чередованием эйфории и депрессии. Перепады настроения у больных с биполярным расстройством более серьезны, чем те, с которыми мы сталкиваемся каждый день. В перерывах между ними большинство людей могут вести нормальную жизнь, однако когда симптомы обостряются, без профессиональной помощи это становится практически невозможно.)

Менеджмент проблем психического здоровья во время беременности и в послеродовой период отличается от других случаев из-за характера этого этапа жизни и потенциального воздействия любых осложнений и лечения не только на женщину, но и на плод. Существуют риски, связанные с употреблением психотропных препаратов во время беременности и во время грудного вскармливания, прекращением приема лекарств для существующей проблемы психического здоровья, а также повышенный риск послеродового психоза.

Депрессия и тревожность являются наиболее распространенными проблемами психического здоровья во время беременности, причем около 12% женщин временами подвержены депрессии, 13% – испытывают тревожность; для многих женщин характерны оба состояния – депрессия и тревожность развиваются у 15–20% женщин в первый год после родов. Во время беременности и в послеродовой период тревожные расстройства, включая панические расстройства, генерализованные тревожные расстройства (ГТР), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и токофобию (экстремальный страх перед родами), могут возникать сами по себе или в сочетании с депрессией. Психозы могут вновь возникать или усугубляться во время беременности и в послеродовой период. Послеродовой психоз поражает от 1 до 2 на 1000 женщин, родивших ребенка. Женщины с биполярными расстройствами подвергаются особому риску, но послеродовой психоз может возникать у женщин и без предшествующей истории психических заболеваний.

Изменения формы тела, включая увеличение массы тела, во время беременности и после родов могут быть проблемой для женщин с расстройством пищевого поведения.

Хотя распространенность нервной анорексии и нервной булимии ниже у беременных женщин, распространенность расстройств пищевого поведения выше. Курение, использование наркотиков и алкоголя во время беременности являются значительными факторами риска в отношении недоношенности, внутриутробной задержки развития и дисстресса плода и намного чаще встречаются у женщин, принимающих алкоголь, наркотики, и особенно у курящих.

В период с 2006 по 2008 год в Соединенном Королевстве в связи с проблемами с психическим здоровьем наблюдалось 1,27 случая материнской смертности на 100 000 родов. Хотя в общем наблюдается хороший ответ на лечение при проблемах с психическим здоровьем, эта патология часто остается невыявленной и соответственно нелеченной во время беременности и в послеродовой период. Если такая патология не подвергается лечению, женщины могут продолжать страдать на протяжении многих лет, что оказывает влияние на их детей и других членов семьи.

Это руководство предоставляет рекомендации по распознаванию, оценке, уходу и лечению проблем психического здоровья у женщин во время беременности и в послеродовой период (до 1 года после родов) и у женщин, планирующих беременность. Руководящие принципы охватывают депрессию, тревожные расстройства, расстройства питания, расстройства, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя, и тяжелые психические заболевания (такие, как психоз, биполярное расстройство, шизофрения и тяжелая депрессия). Оно охватывает подпороговые симптомы, а также умеренные и серьезные проблемы с психическим здоровьем. Однако в руководстве основное внимание уделяется симптомам, рискам и менеджменту, которые имеют особое значение при беременности и в послеродовой период.

Данные рекомендации предназначены для всех специалистов здравоохранения, которые наблюдают, оценивают и осуществляют менеджмент проблем психического здоровья во время беременности и в послеродовой период. Они также будут полезны в таких сферах, как социальные услуги и частный сектор, но не дают конкретных рекомендаций для данных сфер. В руководстве также содержатся рекомендации относительно услуг первичной и вторичной помощи, необходимых для эффективного установления диагноза и лечения большинства расстройств психического здоровья во время беременности и в послеродовой период. Это руководство следует рассматривать в сочетании с другими руководящими принципами NICE по лечению и решению конкретных проблем психического здоровья. В руководстве указывается, где необходимы модификации лечения и менеджмента во время беременности и в послеродовой период.

В руководстве приводятся лучшие имеющиеся данные. Однако имеются существенные ограничения для базы фактических данных, включая ограниченные данные о рисках применения психотропных препаратов во время беременности и грудного вскармливания.

Медикаменты

В Великобритании любые психотропные препараты предназначены для беременных и лактирующих женщин. Тот, кто назначает такие препараты, должен следовать соответствующему профессиональному руководству, неся полную ответственность за назначение. Женщина (или лицо, обладающее полномочиями давать согласие от ее имени) должна дать информированное согласие, которое должно быть задокументировано.

Основные приоритеты для реализации*Рекомендации для женщин детородного возраста*

Обсудите со всеми женщинами детородного возраста, у которых есть новая, существующая или прошлая проблема психического здоровья:

- использование контрацепции и любые планы в отношении беременности;
- влияние беременности и родов на проблему психического здоровья, включая риск рецидива;
- как проблема психического здоровья и лечение могут повлиять на женщину, плод и ребенка;
- как проблемы психического здоровья и его лечение могут влиять на воспитание детей. [новый 2014]

Не предлагайте вальпроат для неотложного решения или долгосрочного лечения проблем психического здоровья у женщин детородного возраста. [новый 2014]

Принципы наблюдения во время беременности и в послеродовой период*Скоординированное наблюдение*

Разработать комплексный план наблюдения за женщиной с проблемами психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, который предусматривает:

- выявление и лечение проблем психического здоровья
- роль всех медицинских работников, включая тех, кто несет ответственность за:
 - координацию плана комплексного ухода,
 - график мониторинга,
 - обеспечение вмешательств и согласование результатов с женщиной. [новый 2014]

Решения о лечении, консультации и мониторинге для женщин, планирующих беременность, беременных или пациенток в послеродовой период

Информация и рекомендации

Специалисты сферы психического здоровья, предоставляющие подробные рекомендации о возможных рисках проблем психического здоровья или о пользе и вреде лечения во время беременности и в послеродовой период, должны включать обсуждение следующих факторов в зависимости от индивидуальных обстоятельств:

- неопределенность в отношении преимуществ, рисков и вреда лечения нарушений психического здоровья во время беременности и в послеродовой период;
- вероятные преимущества лечения, принимая во внимание серьезность нарушений психического здоровья;
- ответ женщины на любое предыдущее лечение;
- фоновый риск причинения вреда женщине, плоду или ребенку, связанный с нарушениями психического здоровья, и риск нарушений психического здоровья и воспитания, связанный с отсутствием лечения;
- возможность внезапного появления симптомов, свидетельствующих о нарушениях психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, особен-

но в первые несколько недель после родов (например при биполярном расстройстве);

- риски или вред для женщины, плода или ребенка, связанные с каждым вариантом лечения;
- необходимость быстрого лечения из-за потенциального воздействия нелеченых нарушений психического здоровья на плод или ребенка;
- риск или вред для женщины, плода или ребенка, связанный с прекращением или изменением лечения. [новый 2014]

Начало, проведение и прекращение лечения

Перед началом любого лечения во время беременности и в послеродовой период обсудите с женщиной более значительные ограничения для фармакологических вмешательств, имеющиеся в связи с рисками применения психотропных препаратов в это время, и вероятные преимущества психологического вмешательства. [новый 2014]

Если беременная женщина принимала психотропные препараты с известным тератогенным риском в любое время в I триместре, необходимо:

- подтвердить наличие беременности как можно скорее;
- объяснить, что прекращение приема или замена лекарственного препарата после подтверждения беременности не может устранить риск возникновения пороков развития плода;
- предложить скрининг на аномалии развития плода и консультирование по поводу продолжения беременности;
- объяснить необходимость дополнительного мониторинга и риски для плода, если пациентка продолжит принимать лекарства.

Обратиться за советом к специалисту, если есть неопределенность в отношении рисков, связанных с конкретными препаратами. [новый 2014]

ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН

При выборе трициклических антидепрессантов (ТЦА), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) учитывают:

- предыдущий ответ женщины на эти препараты;
- срок беременности;
- данные о репродуктивной безопасности лекарств (например, риск аномалий сердечной системы плода и стойкой легочной гипертензии у новорожденных);
- неопределенность в отношении того, может ли увеличение риска для плода и других проблем для женщины или ребенка быть связано непосредственно с этими лекарственными средствами или может быть обусловлено другими факторами;
- риск возникновения симптомов отмены у женщин и синдром адаптации новорожденных у ребенка при использовании большинства ТЦА, СИОЗС и СИОЗСиН, в частности пароксетина и венлафаксина. [новый 2014]

Распознавание нарушений психического здоровья во время беременности и в послеродовой период и направления

При первом обращении женщины по поводу первичной медицинской помощи или в ранний послеродовой период подумайте о том, чтобы задать следующие вопросы для идентификации депрессии в рамках общей дискуссии о психическом здоровье и благополучии женщины:

- В течение прошлого месяца вас часто беспокоило, что вы чувствуете себя подавленной, депрессивной или без надежды?
- В течение последнего месяца вас часто беспокоило,

что вы мало интересовались чем-либо или не получали удовольствия от того, что делали?

Также рассмотрите возможность оценки тревожности, используя шкалу генерализованных тревожных расстройств с двумя пунктами (GAD-2):

- За последние 2 недели как часто вас беспокоило чувство нервозности, беспокойства или ощущения, что вы на грани?
- За последние 2 недели как часто вас беспокоило, что вы не можете остановить или контролировать тревожность? [новый 2014]

Обеспечение вмешательства во время беременности и в послеродовой период

Все специалисты в области здравоохранения, предоставляющие оценки и вмешательства относительно проблем психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, должны помнить о наличии изменений в их симптоматике в это время, а также о том, как эти изменения влияют на лечение и его оценку (например, акушерская служба, посещения медицинских учреждений и службы охраны психического здоровья). [новый 2014]

Рекомендации для женщин и их детей в постнатальный период

Травматические роды, мертворождение и выкидыш

Обсудите с женщиной, у которой наблюдалось мертворождение или смерть ребенка вскоре после рождения, что она либо ее партнер и семья могут выбрать один или несколько из следующих вариантов:

- иметь фотографию ребенка,
- иметь памятные вещи ребенка,
- увидеть ребенка,
- подержать на руках ребенка.

Этому должен способствовать опытный практик, а женщине, ее партнеру и семье следует предложить дальнейшее наблюдения на этапе первичной или вторичной помощи. Если известно, что смерть наступила во внутриутробный период, это обсуждение должно проводиться до родов с продолжением после родов, если это необходимо. [новый 2014]

Организация службы

Клинические сети должны создаваться для службы перинатальной психиатрической помощи, которыми управляет координационный совет медицинских работников, менеджеров, пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход. Эти сети должны обеспечивать:

- работу специализированной междисциплинарной перинатальной службы в каждом населенном пункте, которая предоставляет услуги и консультации для акушерской службы, других служб охраны психического здоровья и общественных услуг; в районах с высокой заболеваемостью эти услуги могут предоставляться отдельными специалистами перинатальных команд;
- доступ к экспертным консультациям по вопросам рисков и преимуществ психотропных препаратов во время беременности и грудного вскармливания;
- четкие протоколы относительно менеджмента на всех уровнях существующих структур поэтапного ухода при наличии психических проблем для обеспечения эффективной передачи информации и обеспечения непрерывности медицинской помощи;
- пути оказания помощи пользователям услуг с определенными ролями для всех вовлеченных профессиональных групп. [2007]

1. Рекомендации

Следующие рекомендации основаны на наилучших доступных доказательствах. В руководстве приводится подробная информация о методах и доказательствах, использованных для разработки руководства.

Термины, используемые в этом руководстве

Тревожные расстройства. К ним относятся генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, фобии, посттравматическое стрессовое расстройство и социальное тревожное расстройство.

Ребенок является младенцем в возрасте от 0 до 12 месяцев.

Высокоинтенсивное вмешательство. Формальное психологическое вмешательство обычно проводится лицом к лицу (либо в группе, либо индивидуально) квалифицированным терапевтом, который имеет специальную подготовку по оказанию данного вмешательства.

Низкоинтенсивное вмешательство. Психологическое или психосоциальное вмешательство, проводимое обученным тренером (а не терапевтом), для того, чтобы иметь возможность использовать материалы для самопомощи.

Послеродовой период. В этом руководстве определяется как время до 1 года после родов.

Послеродовой психоз. Психоз часто с манией и/или депрессивными симптомами в ближайший послеродовой период, который может быстро стать очень тяжелым.

Психотропные препараты. В этом руководстве определены как все лекарства, используемые для лечения нарушений психического здоровья.

Тяжелое психическое заболевание. В этом руководстве определяется как тяжелая и недееспособная депрессия, психоз, шизофрения, биполярное расстройство, шизоаффективное расстройство и послеродовой психоз.

Понятие «травматические роды» включает в себя роды, преждевременные или срочные, которые являются физически травмирующими (например, оперативные роды или экстренное кесарево сечение, тяжелые разрывы промежности, послеродовое кровотечение), а также роды, которые воспринимаются пациенткой как травматические, даже когда с акушерской стороны роды были легкими.

Вальпроат относится к трем рецептурам вальпроата, доступным в Великобритании: вальпроат натрия и вальпроевая кислота (лицензирован для лечения эпилепсии) и полунатриевый вальпроат (лицензирован для лечения острой мании и продолжения лечения у лиц, которые позитивно реагируют на лечение). Как вальпроат натрия, так и полунатриевый вальпроат метаболизируются в вальпроевую кислоту (также известную как вальпроат), которая является фармакологически активным компонентом.

Понятие «женщина» относится к женщинам детородного возраста, включая девочек и молодых женщин моложе 18 лет.

1.1 Использование этого руководства в сочетании с другими руководствами NICE

Улучшение опыта ухода

1.1.1 Используйте это руководство в сочетании с руководством по оказанию помощи по вопросам психического здоровья взрослых (руководство NICE CG136) и (руководство NICE CG138) для улучшения опыта ухода за женщинами с нарушениями психического здоровья при беременности или в послеродовой период. [новый 2014]

Оценка и лечение во время беременности и в послеродовой период

1.1.2 Используйте это руководство в сочетании с реко-

мендациями NICE по конкретному нарушению психического здоровья (см. Наши веб-страницы о беременности и психическом здоровье и благополучии) для информирования о результатах оценки и решениях относительно лечения во время беременности и в послеродовой период и учитывайте:

- любые изменения в характере нарушений психического здоровья во время беременности или в послеродовой период;
- возможности для оценки и лечения (например, услуги первичной или вторичной помощи в группе, на дому или удаленно по телефону или компьютеру);
- рекомендации 1.6.1–1.6.6 в настоящем руководстве по оценке состояния во время беременности и в послеродовой период;
- рекомендации 1.4.10–1.4.37 в этом руководстве по началу и прекращению лечения во время беременности и в послеродовой период;
- рекомендации 1.8.1–1.8.23 в этом руководстве по рассмотрению конкретных проблем психического здоровья во время беременности и в послеродовой период. [новый 2014]

1.2 Рекомендации, касающиеся женщин детородного возраста

1.2.1 Обсудите с женщинами детородного возраста, у которых есть новое, существующее или прошлое нарушение психического здоровья:

- использование контрацепции и любые планы на беременность;
- как беременность и роды могут повлиять на проблему психического здоровья, включая риск рецидива;
- как нарушение психического здоровья и его лечение могут повлиять на женщину, плод и ребенка;
- как нарушение психического здоровья и его лечение могут повлиять на воспитание детей. [новый 2014]

1.2.2 При назначении психотропных препаратов женщинам детородного возраста учитывайте последние данные о рисках для плода и ребенка. [новый 2014]

1.2.3. Не предлагайте вальпроат для быстрого или долгосрочного лечения нарушений психического здоровья у женщин детородного возраста. [новый 2014]

1.3 Принципы ухода во время беременности и в послеродовой период

Поддержка женщин и их партнеров, семей и опекунов

1.3.1 Необходимо признать роль женщины в уходе за ребенком и поддержать ее, при этом сделать это ненавязчиво и с состраданием. [новый 2014]

1.3.2 Привлекайте женщину и, если она соглашается, ее партнера, семью или опекунов к принятию всех решений относительно ухода за ней и ухода за ребенком. [новый 2014]

1.3.3 При работе с девушками и молодыми женщинами с нарушениями психического здоровья во время беременности и в послеродовой период необходимо:

- быть знакомыми с местными и национальными руководящими принципами по вопросам конфиденциальности и прав ребенка;
- помнить о рекомендациях из раздела 1.4 руководства по беременности и комплексным социальным факторам (руководство NICE CG110);
- обеспечить непрерывность наблюдения при нарушении

ях психического здоровья, если наблюдение передается из подростковой во взрослую службу. [новый 2014]

1.3.4 Принимать во внимание и, при необходимости, оценивать и учитывать потребности партнеров, семей и лиц, осуществляющих уход, которые могут повлиять на женщину с нарушениями психического здоровья во время беременности и в послеродовой период. К ним относятся:

- благополучие ребенка и других зависимых детей и взрослых;
- роль партнера, семьи или опекуна в оказании поддержки;
- потенциальное влияние любого нарушения психического здоровья на отношения женщины с ее партнером, семьей или опекуном. [новый 2014]

Скоординированный уход

1.3.5 Разработать комплексный план ухода за женщиной с нарушением психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, который направлен на:

- уход и лечение нарушений психического здоровья;
- определение роли всех медицинских работников, включая тех, кто несет ответственность за:
- координацию плана комплексного ухода
- график мониторинга
- обеспечение вмешательства и согласования результатов с женщиной. [новый 2014]

1.3.6. Медицинский работник, отвечающий за координацию плана комплексного ухода, должен обеспечить:

- информированность всех, кто участвует в уходе за женщиной, об их обязанностях;
- осуществление эффективного обмена информацией со всеми задействованными в оказании помощи и с самой женщиной;
- психическое здоровье (включая умственное благополучие) учитывается в рамках всех планов ухода;
- все мероприятия, относящиеся к проблемам психического здоровья, проводятся своевременно, с учетом срока беременности или возраста ребенка. [новый 2014]

1.4 Решения о лечении, рекомендации и мониторинг для женщин, планирующих беременность, беременных или в послеродовой период

Информация и советы

1.4.1 Предоставлять женщинам значимую информацию о нарушениях психического здоровья во время беременности и в послеродовой период и, если она соглашается, ее партнеру, семье или опекунам. Необходимо убедиться, что женщина понимает, что нарушения психического здоровья не являются редкостью во время беременности и в послеродовой период и поддаются лечению. [новый 2014]

1.4.2 Рассматривать вопрос о том, чтобы перевести женщину во вторичную психиатрическую службу (предпочтительно специализированную службу перинатальной психиатрической помощи) для консультирования на этапе планирования беременности, если у нее есть текущее или прошлое серьезное нарушение психического здоровья. [новый 2014]

1.4.3 Обсудите варианты лечения и профилактики и любые вопросы, которые есть у женщины в связи с беременностью или о плоде или ребенке. Предоставьте информацию женщине и, если она соглашается, ее партнеру, семье или опекунам о:

- потенциальных выгодах психологических вмешательств и применения психотропных препаратов;
- возможных последствиях отсутствия лечения;
- возможных рисках, связанных с лечением;
- о том, что может произойти, если лечение изменится или прекратится, особенно если прием психотропных препаратов прекращен внезапно. [новый 2014]

1.4.4 Обсуждайте вопрос грудного вскармливания со всеми женщинами, которым может потребоваться принимать психотропные препараты во время беременности или в послеродовой период. Объясните им преимущества грудного вскармливания, потенциальные риски, связанные с приемом психотропных препаратов при грудном вскармливании или с прекращением приема некоторых лекарств при грудном вскармливании. Обсудите варианты лечения, которые позволят женщине кормить грудью, если она пожелает, и поддержите женщин, которые предпочитают отказаться от грудного вскармливания. [новый 2014]

1.4.5 При необходимости обращайтесь во вторичную службу психического здоровья (предпочтительно к специалисту по перинатальной психиатрической помощи) за более подробными советами о возможных рисках возникновения нарушений психического здоровья или о пользе и вреде лечения во время беременности и в послеродовой период. Это может включать рекомендации о рисках и возможном вреде при приеме психотропных препаратов во время грудного вскармливания и о том, как препарат может повлиять на способность женщины заботиться о своем ребенке (например седативный эффект). [новый 2014]

1.4.6 Специалисты по психическому здоровью, предоставляющие подробные рекомендации о возможных рисках, связанных с нарушениями психического здоровья, или о преимуществах и вреде лечения во время беременности и в послеродовой период, должны также обсуждать следующие моменты в зависимости от индивидуальных обстоятельств:

- неопределенность в отношении преимуществ, рисков и вреда лечения нарушений психического здоровья во время беременности и в послеродовой период;
- вероятные выгоды от каждого варианта лечения, принимая во внимание серьезность нарушений психического здоровья;
- ответ женщины на любое предыдущее лечение;
- фоновый риск причинения вреда женщине, плоду или ребенку, связанный с нарушениями психического здоровья, и риск для психического здоровья и воспитания ребенка, связанный с отсутствием лечения;
- возможность внезапного появления симптомов нарушений психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, особенно в первые несколько недель после родов (например при биполярном расстройстве);
- риски или вред для женщины, плода или ребенка, связанные с каждым вариантом лечения;
- необходимость быстрого лечения из-за потенциального воздействия нелеченого нарушения психического здоровья на плод или ребенка;
- риск или вред для женщины, плода или ребенка, связанные с прекращением или изменением лечения. [новый 2014]

1.4.7 При обсуждении вероятных последствий и рисков лечения с женщиной и, если она соглашается, ее партнером, семьей или опекунами:

- признать центральную роль женщины в принятии решения о ее лечении и что роль профессионала заключа-

ется в предоставлении актуальной и сбалансированной информации для принятия решения;

- использовать абсолютные значения на основе общего знаменателя (то есть числа из 100 или 1000);
- признать и описать, если возможно, неопределенность любой оценки риска, вреда или выгоды;
- использовать высококачественную вспомогательную визуализацию в различных числовых и графических форматах, которая ориентирована на персонализированное представление о рисках и преимуществах, в соответствии с руководством по опыту ведения пациентов в службах системы национального здравоохранения для взрослых (руководство NICE по CG138);
- рассмотреть возможность предоставления различных визуальных или аудиоматериалов консультации. [новый 2014]

Мониторинг и увеличение числа контактов

1.4.8 Специалисты здравоохранения, работающие в универсальных службах, и лица, ухаживающие за женщинами в службах охраны психического здоровья, должны:

- оценить уровень контакта и поддержки, которые необходимы женщинам с нарушениями психического здоровья (текущие или прошлые), а также тем, кто имеет риск их развития;
- согласовывать уровень контакта и поддержки с каждой женщиной, в том числе с теми, у кого нет проблем с психическим здоровьем;
- регулярно контролировать симптомы во время беременности и в послеродовой период, особенно в первые несколько недель после родов. [новый 2014]

1.4.9 Обсудите и планируйте, как будут отслеживаться симптомы (например, с помощью валидированных анкетных опросников, таких, как шкала постнатальной депрессии Эдинбурга [EPDS], опросник здоровья пациента [PHQ-9] или семиэлементная шкала для генерализованных тревожных расстройств [GAD-7]). [новый 2014]

Начало, проведение и прекращение лечения Общие рекомендации

1.4.10 Перед началом любого лечения во время беременности и в послеродовой период обсудите с женщиной более высокий порог для фармакологических вмешательств, имеющийся в связи с изменением коэффициента риска для приема психотропных препаратов в настоящее время и вероятными последствиями психологического вмешательства. [новый 2014]

1.4.11 Если оптимальным лечением для женщины с нарушением психического здоровья являются психотропные препараты в сочетании с психологическим вмешательством, но она отказывается или прекращает принимать психотропные препараты во время беременности или в послеродовой период, убедитесь, что:

- она имеет достаточный уровень психологической поддержки и
- возможность обсудить риски, связанные с прекращением приема психотропных препаратов и
- рекомендации продолжения лечения методом психологических вмешательств. [новый 2014]

1.4.12 Когда прием психотропных препаратов начинается во время беременности или в послеродовой период, подумайте о том, чтобы обратиться за советом, предпочтительно к специалисту по перинатальному психическому здоровью, и:

- выберите препарат с самым низким уровнем риска для женщины, плода и ребенка, принимая во внимание предыдущий ответ женщины на лечение;
- используйте самую низкую эффективную дозу (это особенно важно, когда риски неблагоприятного воздействия на женщину, плод и ребенка могут быть связаны с дозой), но обратите внимание, что субтерапевтические дозы также могут подвергать плод риску и фактически не лечат нарушения психического здоровья;
- если это возможно, используйте один препарат, что предпочтительнее двух или более;
- учитывайте, что дозы, возможно, придется корректировать во время беременности. [2014]

1.4.13 Когда женщина с тяжелым психическим заболеванием решает прекратить прием психотропных лекарств во время беременности и в послеродовой период, обсудите с ней:

- причины прекращения приема
- возможность:
 - возобновления приема,
 - перехода на другие препараты,
 - психологического вмешательства,
 - повышения уровня мониторинга и поддержки.

Убедитесь, что она знает о всех рисках для себя, плода или ребенка при прекращении приема лекарств. [новый 2014]

1.4.14 Когда женщина с депрессией или тревожным расстройством решает прекратить прием психотропных препаратов во время беременности и в послеродовой период, обсудите с ней:

- причины прекращения приема
- возможность:
 - проведения психологического вмешательства,
 - возобновление лечения, если депрессия или тревожное расстройство были или являются тяжелыми и наблюдался хороший ответ на лечение в прошлом,
 - переход на другое лекарственное средство,
 - повышение уровня мониторинга и поддержки, пока она не принимает никаких лекарств.

Убедитесь, что она знает о любых рисках для себя, плода или ребенка при прекращении приема лекарств. [новый 2014]

1.4.15 Если беременная женщина принимала психотропные препараты с известным тератогенным риском в любое время в I триместре:

- необходимо подтвердить наличие беременности как можно скорее;
- объяснить, что прекращение или замена лекарственного средства после подтверждения беременности не может устранить риск развития пороков развития плода;
- необходимо предложить скрининг на аномалии развития плода и консультирование о продолжении беременности;
- объяснить необходимость дополнительного мониторинга и риски для плода, если она продолжит принимать лекарства.

Обратиться за советом к специалисту, если есть неопределенность в отношении рисков, связанных с конкретными препаратами. [новый 2014]

ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН

1.4.16 При выборе трициклических антидепрессантов (ТЦА), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) учитывают:

- предыдущий ответ женщины на эти препараты;
- срок беременности;
- данные о репродуктивной безопасности этих лекарств

(например, риск фетальных сердечных аномалий и стойкой легочной гипертензии у новорожденных);

- неопределенность в отношении того, может ли увеличение риска для плода и других проблем для женщины или ребенка быть связано непосредственно с этими лекарственными средствами или может быть вызвано другими факторами;
- риск возникновения симптомов отмены у женщин и синдрома адаптации новорожденных у ребенка при использовании большинства ТЦА, СИОЗС и СИОЗСиН, в частности пароксетина и венлафаксина. [новый 2014]

1.4.17 При оценке рисков и преимуществ ТЦА, СИОЗС или СИОЗСиН для женщин, рассматривающих грудное вскармливание, учитывают:

- преимущества грудного вскармливания для женщины и ребенка;
- неопределенность в отношении безопасности этих препаратов при грудном вскармливании;
- риски, связанные со сменой или прекращением ранее действенного лечения.

Обратиться за советом к специалисту (желательно специалисту по перинатальной психиатрической помощи), если есть неопределенность в отношении конкретных препаратов [6]. [новый 2014]

Бензодиазепины

1.4.18 Не предлагайте бензодиазепины женщинам во время беременности и в послеродовой период, за исключением краткосрочного лечения тяжелых проявлений тревожности, возбуждения. [2014]

1.4.19 Рассмотрите возможность постепенной отмены бензодиазепинов у женщин, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью. [2014]

Антипсихотические препараты

1.4.20 При оценке рисков и преимуществ антипсихотических препаратов для беременных женщин учитываются факторы риска развития гестационного диабета и избыточной массы тела. [новый 2014]

1.4.21 При выборе антипсихотического средства следует учитывать, что имеются ограниченные данные о безопасности этих препаратов во время беременности и в послеродовой период. [новый 2014]

1.4.22 Измеряйте уровни пролактина у женщин, принимающих антипсихотические препараты (повышают уровень пролактина), также это надо учитывать при планировании беременности, поскольку повышенные уровни пролактина снижают шансы зачатия. Если уровни пролактина повышены, рассмотрите возможность приема пролактинстатического антипсихотика. [2014]

1.4.23 Если беременная женщина стабильна при приеме антипсихотика и, вероятно, есть риск рецидива без приема лекарств, посоветуйте ей продолжить прием антипсихотиков. [новый 2014]

1.4.24. Консультируйте беременных женщин, принимающих антипсихотические препараты, о диете и необходимости мониторинга чрезмерного увеличения массы тела в соответствии с руководством по менеджменту массы тела до, во время и после беременности (NICE PH27). [новый 2014]

1.4.25 Необходимо осуществлять мониторинг гестационного диабета у беременных женщин, принимающих антипсихотические препараты, в соответствии с директивой NICE относительно сахарного диабета во время беременности и предлагать тест на толерантность к глюкозе. [новый 2014]

1.4.26 Не предлагайте депоантипсихотические средства женщине, планирующей беременность, беременной или кормящей грудью, кроме тех случаев, когда имеется хороший ответ на депо, а в анамнезе наблюдается несоблюдение режима приема пероральных лекарств. [новый 2014]

Противосудорожные препараты для лечения нарушенного психического здоровья (вальпроат, карбамазепин и ламотриджин)

1.4.27 Не предлагайте вальпроат для быстрого или долгосрочного лечения нарушений психического здоровья у женщин, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью. [новый 2014]

1.4.28 Если женщина уже принимает вальпроат и планирует беременность, посоветуйте ей постепенно прекратить употребление препарата из-за увеличения риска развития пороков плода и неблагоприятных результатов развития нервной системы ребенка после любого воздействия во время беременности. [2014]

1.4.29 Если женщина уже принимает вальпроат [4] и является беременной, необходимо прекратить употребление препарата из-за увеличения риска развития пороков плода и неблагоприятных результатов развития нервной системы. [2014]

1.4.30 Не предлагайте карбамазепин для лечения нарушений психического здоровья женщинам, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью. [новый 2014]

1.4.31 Если женщина уже принимает карбамазепин и планирует беременность или беременна, обсудите возможность прекращения приема препарата (из-за риска неблагоприятных взаимодействий с лекарственными средствами и пороков развития плода). [новый 2014]

1.4.32 Если женщина принимает ламотриджин во время беременности, часто проверяйте уровень ламотриджина во время беременности и в постнатальный период, потому что в это время они существенно различаются. [новый 2014]

Препараты лития

1.4.33 Не предлагайте препараты лития женщинам, планирующим беременность или уже беременным, кроме тех случаев, когда антипсихотические препараты были неэффективны. [новый 2014]

1.4.34 Если антипсихотические препараты были не эффективными, и препараты лития предлагаются женщине, планирующей беременность или беременной, убедитесь, что:

- женщина знает, что существует риск возникновения пороков развития плода, при приеме препаратов лития в I триместре беременности, однако размер риска не определен;
- женщина знает, что уровень лития может быть высоким в грудном молоке и ассоциирован с риском токсичности для ребенка;
- уровни лития должны контролироваться чаще во время беременности и в послеродовой период. [новый 2014]

1.4.35 Если женщина, принимающая препараты лития, забеременеет, подумайте о том, чтобы прекратить прием препарата постепенно в течение 4 недель, если ее состояние удовлетворительное. Объясните ей, что:

- прекращение приема лекарств не может устранить риска развития мальформаций плода;
- существует риск рецидива, особенно в постнатальный период, если у нее есть биполярное расстройство. [2014]

1.4.36 Если женщина, принимающая препараты лития, беременеет и ее состояние расценивается как неудовлетворительное или она подвержена высокому риску рецидива, рассмотрите:

- возможность постепенного перехода на антипсихотические средства или
- прекращение приема препаратов лития с последующим возобновлением во II триместре (если женщина не планирует кормить грудью, а ее симптомы лучше реагируют на препараты лития, чем на другие препараты) или
- возможность продолжения приема препаратов лития, если пациентка подвергается высокому риску рецидива, и антипсихотики вряд ли будут эффективными. [новый 2014]

1.4.37 Если женщина продолжает принимать препараты лития во время беременности:

- контролируйте уровни лития в плазме каждые 4 недели, затем еженедельно, начиная с 36-й недели;
- корректируйте дозу, чтобы поддерживать уровень лития в плазме в терапевтическом диапазоне;
- необходимо, чтобы женщина поддерживала адекватный баланс жидкости;
- обеспечьте проведение родов в стационаре;
- при начале родовой деятельности необходимо обеспечить мониторинг со стороны акушерской бригады, включая контроль уровня лития в плазме и баланса жидкости из-за риска обезвоживания и литиевой интоксикации;
- прекратите прием препаратов лития во время родов и проверьте уровень лития в плазме через 12 часов после последней дозы. [2014]

1.5 Выявление нарушений психического здоровья во время беременности, в послеродовой период и направление на консультацию

1.5.1 Должно быть понимание того, что женщины, имеющие проблемы с психическим здоровьем (или обеспокоены возможностью их возникновения), могут:

- не желать раскрывать или обсуждать свою проблему из-за страха перед негативным восприятием их как матери или страха, что их ребенка могут забрать;
- неохотно участвуют или не могут участвовать в лечении из-за игнорирования их нарушений психического здоровья или зависимости от алкоголя или наркотиков. [новый 2014]

1.5.2 Все медицинские работники, направляющие женщин в акушерскую службу, должны обеспечить коммуникацию с этой службой (включая тех, которые касались первоначального направления), делиться любой информацией о прошлой и нынешней проблеме психического здоровья. [2014]

Депрессия и тревожные расстройства

1.5.3 Необходимо признать, что диапазон и распространенность тревожных расстройств (включая генерализован-

ное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, фобии, посттравматическое стрессовое расстройство и социальное тревожное расстройство) и депрессия недооцениваются на протяжении всей беременности и в послеродовой период. [новый 2014]

1.5.4. При первом обращении женщины по поводу первичной медико-санитарной помощи или планировании визита в ранний послеродовой период подумайте о том, чтобы задать следующие вопросы для идентификации депрессии в рамках общей дискуссии о психическом здоровье и благополучии женщины:

- В течение прошлого месяца вас часто беспокоило, что вы чувствуете себя подавленной, депрессивной или ощущали безнадежность?
- В течение последнего месяца вас часто беспокоило, что вы мало чем интересовались или не получали от этого удовольствия?

Также подумайте о том, чтобы оценить тревожность, используя шкалу генерализованных тревожных расстройств с двумя пунктами (GAD-2):

- За последние 2 недели как часто вас беспокоило чувство нервозности, беспокойства или ощущение, что вы находитесь на грани?
- За последние 2 недели как часто вас беспокоило, что вы не можете подавить или контролировать чувство беспокойства? [новый 2014]

1.5.5 Если женщина положительно отвечает на любые вопросы, касающиеся идентификации депрессии из рекомендации 1.5.4, существует риск развития нарушений психического здоровья или существует клиническая проблема. В таком случае рассмотрите:

- использование Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (EPDS) или опросник для пациентов PHQ-9 как части полной оценки или
- направьте женщину к ее врачу общей практики или, если подозревается серьезное нарушение психического здоровья, к специалисту в этой области. [новый 2014]

1.5.6 Если женщина набирает 3 или более баллов по шкале GAD-2, рассмотрите:

- возможность использования шкалы GAD-7 для дальнейшей оценки или
- направьте женщину к ее врачу общей практики или, если подозревается серьезное нарушение психического здоровья, к специалисту в этой области. [новый 2014]

1.5.7 Если женщина набирает менее 3 баллов по шкале GAD-2, но вы по-прежнему подозреваете, что она может иметь тревожное расстройство, задайте следующие вопросы:

- Избегаете ли вы каких-либо мест или занятий и вызывает ли это проблемы?

Если пациентка отвечает положительно, рассмотрите:

- возможность использования шкалы GAD-7 для дальнейшей оценки или
- направьте женщину к ее врачу общей практики или, если подозревается серьезное нарушение психического здоровья, к специалисту в этой области. [новый 2014]

1.5.8 При всех последующих визитах после первого врачи и другие специалисты, которые имеют регулярный контакт с женщиной во время беременности и в послеродовой период (первый год после рождения ребенка), должны рассмотреть:

- ответы на два вопроса по идентификации депрессии и GAD-2 (см. рекомендацию 1.5.4) в рамках общей дискуссии о психическом здоровье и благополучии и

- использовать опросники EPDS или PHQ-9 в рамках мониторинга. [новый 2014]

Тяжелое психическое заболевание

1.5.9 При первом обращении женщины во время беременности и в послеродовой период выясните:

- наличие любого тяжелого психического заболевания в прошлом или настоящем;
- прошедшее или текущее лечение специалистами службы охраны психического здоровья, в том числе стационарное лечение;
- любое серьезное перинатальное психическое заболевание у родственников первой линии (мать, сестра или дочь). [2014]

1.5.10 Необходимо направлять к специалистам второго этапа психиатрической службы (предпочтительно специалисту по перинатальной психиатрической помощи) для оценки и лечения всех женщин, у которых:

- имеется подозрение или серьезное психическое расстройство;
- имеется в анамнезе история тяжелого психического заболевания (во время беременности или в послеродовой период или в любое другое время).

Убедитесь, что врач общей практики, который курирует пациентку, знает о направлении. [новый 2014]

1.5.11 Если у женщины есть какое-либо тяжелое психическое заболевание в прошлом или настоящем или существует семейная история тяжелого перинатального психического заболевания у родственников первой линии, будьте бдительны в отношении возможных симптомов послеродового психоза в первые 2 недели после родов. [новый 2014]

1.5.12 Если у женщины внезапно возникают симптомы, указывающие на послеродовой психоз, необходимо немедленно направить ее к специалистам второго этапа психиатрической службы (предпочтительно специалисту по перинатальной психиатрической помощи) для немедленной оценки психического состояния (в течение 4 часов после направления). [новый 2014]

Злоупотребление алкоголем и наркотиками

1.5.13 Если подозревается злоупотребление алкоголем, используйте тест идентификации нарушений употребления алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT) в качестве инструмента идентификации в соответствии с рекомендацией 1.2.1.4 руководства по нарушениям употребления алкоголя (NICE-директива CG115). [новый 2014]

1.5.14 Если подозревается злоупотребление наркотиками, следуйте рекомендациям по идентификации и оценке в разделе 1.2 руководства по злоупотреблению наркотиками – психосоциальные вмешательства (руководство NICE CG51). [новый 2014]

1.6 Оценка состояния и планирование ухода во время беременности и в послеродовой период

1.6.1 Оценка состояния и диагностика предполагаемого нарушения психического здоровья во время беременности и в послеродовой период должны включать:

- историю любого нарушения психического здоровья, в том числе во время беременности или в послеродовой период;

- физическое благополучие (включая массу тела, курение, питание и уровень активности) и историю любой физической проблемы со здоровьем;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- отношение женщины к беременности, в том числе отрицание беременности;
- наличие опыта беременности и любые, возникавшие у нее, проблемы с плодом или ребенком;
- отношения матери и ребенка;
- любое прошлое или настоящее лечение нарушений психического здоровья и ответ на любое лечение;
- социальные сети и качество межличностных отношений;
- условия жизни и социальную изоляцию;
- семейную историю (родственники первой линии) нарушений психического здоровья;
- насилие в семье, жестокое обращение, сексуальное насилие, травмы или плохое обращение в детском возрасте;
- занятость, экономический и иммиграционный статус;
- обязанности в качестве опекуна для других детей и молодежи или других взрослых. [новый 2014]

1.6.2 При оценке или лечении нарушений психического здоровья во время беременности или в послеродовой период учитывайте любые нарушения в учебе или приобретенные когнитивные нарушения и оценивайте необходимость консультирования со специалистом при разработке планов ухода. [новый 2014]

1.6.3 Проводить оценку риска вместе с женщиной и, если она соглашается, ее партнером, семьей или опекунами. Сосредоточьтесь на областях, которые могут представлять потенциальный риск, такие, как самоповреждение, суицидальные мысли и намерения, риски для других (включая ребенка), курение, злоупотребление наркотиками или алкоголем, насилие в семье и жестокое обращение. [новый 2014]

1.6.4 Если существует риск возникновения или есть подозрения на жестокое обращение с детьми, следуйте местным протоколам защиты. [новый 2014]

1.6.5 Если существует риск нанесения вреда себе или самоубийства:

- необходимо оценить, имеет ли женщина адекватную социальную поддержку и знает ли источники помощи;
- организация помощи соответственно уровню риска;
- информировать всех причастных медицинских работников, включая врачей общей практики и тех специалистов, которые указаны в плане ухода (см. рекомендацию 1.6.6);
- посоветовать женщине и ее партнеру, семье или опекуну обратиться за дополнительной помощью, если ситуация ухудшится. [новый 2014]

1.6.6 Специалисты службы охраны психического здоровья, в том числе специализированные службы охраны психического здоровья, должны разработать письменный план ухода в сотрудничестве с женщиной, которая имеет или имела тяжелое психическое заболевание. Если она согласна, ее партнер, семья или опекун также должны быть вовлечены. План должен охватывать беременность, роды и послеродовой период (включая потенциальное воздействие болезни на ребенка) и включать следующие пункты:

- четкое изложение согласованных целей лечения и методов рутинного мониторинга результатов лечения;
- расширенный контакт со специалистами перинатальной психиатрической службы, а также контактные данные ключевых специалистов.

План ухода должен быть записан во всех документах женщины (ее собственные записи относительно материнства, первичная медико-санитарная помощь и заметки о психическом здоровье), копия предоставляется женщине и всем вовлеченным специалистам. [новый 2014]

1.7 Обеспечение вмешательств во время беременности и в послеродовой период

1.7.1 Все медицинские работники, проводящие оценку и вмешательства для пациентов с нарушениями психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, должны помнить об изменениях в симптомах и течении болезни в это время и о том, как эти изменения влияют на лечение. [новый 2014]

1.7.2 Все вмешательства при нарушениях психического здоровья во время беременности и в послеродовой период должны проводиться компетентными специалистами-практиками. Психологические и психосоциальные вмешательства должны основываться на соответствующих руководствах по лечению, которые должны определять структуру и продолжительность вмешательства. Практикующие специалисты должны действовать в рамках разработанных критериев оценки компетентности соответствующих руководств по лечению, и для всех вмешательств практикующим врачам следует:

- иметь регулярный контроль высокого качества;
- использовать результаты измерений и обеспечить участие женщин в анализе эффективности лечения;
- участвовать в мониторинге и оценке приверженности к лечению и компетентности практиков – например, с использованием видео- и аудиолент, а также внешнего аудита и проверок, где это необходимо. [новый 2014]

1.7.3. Когда женщина с известным или подозреваемым нарушением психического здоровья обращается или направляется во время беременности или в послеродовой период, оценивайте лечение в течение 2 недель после направления и предоставляйте психологические вмешательства в течение 1 месяца после первоначальной оценки. [новый 2014]

1.7.4. Когда вы предлагаете психотропные препараты во время беременности и в послеродовой период, следуйте принципам, изложенным в рекомендациях 1.4.10–1.4.37. [новый 2014]

1.7.5. Обеспечивать психологические вмешательства при нарушениях психического здоровья во время беременности и в послеродовой период в рамках модели по оказанию помощи в соответствии с рекомендацией 1.5.1.3 руководства по распространенным психическим расстройствам (NICE-директива CG123). [новый 2014]

1.8 Рассмотрение специфических нарушений психического здоровья во время беременности и в послеродовой период

Вмешательства при депрессиях

1.8.1 Для женщины с постоянными подпороговыми депрессивными симптомами, легкой или умеренной депрессией во время беременности или в послеродовой период подумайте об облегчении симптомов методом самопомощи (как описано в рекомендации 1.4.2.2 руководства по депрессии у взрослых [Руководство NICE CG90]). [новый 2014]

1.8.2 Для женщины с тяжелой депрессией, которая изначально проявлялась умеренной депрессией во время беременности или в послеродовой период, рассмотрите применение ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН. [новый 2014]

1.8.3 Для женщины с умеренной или тяжелой депрессией во время беременности или в послеродовой период рассмотрите следующие варианты:

- высокоинтенсивное психологическое вмешательство (например когнитивно-бихевиоральная терапия – КБТ);

- ТЦА, СИОЗС или СИОЗСиН, если женщина понимает риски, связанные с приемом препаратов и нарушением психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, и:
 - она выразила предпочтение лекарствам или
 - она отказывается от психологических вмешательств или
 - ее симптомы не отреагировали на психологические вмешательства;
- высокоинтенсивное психологическое вмешательство в сочетании с медикаментами, если женщина понимает риски, связанные с приемом препаратов и нарушением психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, и наблюдается отсутствие или ограниченность ответа на психологическое вмешательство высокой интенсивности или на монотерапию медикаментами. [новый 2014]

1.8.4 Если женщина, принимающая ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН при легкой и умеренной депрессии, беременеет, необходимо обсудить вопрос о постепенном прекращении приема лекарств и подумать об облегчении симптомов методом самопомощи (как описано в рекомендации 1.4.2.2 руководства по депрессии у взрослых [Руководство NICE CG90]). [новый 2014]

1.8.5 Если беременная женщина принимает ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН при умеренной депрессии и хочет прекратить лечение, учитывайте предыдущий ответ на лечение, срок беременности, риск рецидива, риск, связанный с лечением, ее предпочтения и обсудите с ней следующие варианты:

- переход на высокоинтенсивное психологическое вмешательство (например КБТ)
- переход на другой препарат, если есть лекарство, эффективное для нее, но с более низким риском побочных эффектов. [новый 2014]

1.8.6 Если беременная женщина принимает ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН при тяжелой депрессии, учитывайте предыдущий ответ на лечение, срок беременности, риск рецидива, риск, связанный с медикаментами, и предпочтения пациентки, также обсудите с ней следующие возможности:

- продолжать лечение препаратом;
- смена препарата, если есть лекарство, эффективное для нее, с более низким риском побочных эффектов;
- сочетание медикаментозного лечения с интенсивным психологическим вмешательством (например КБТ);
- переход на высокоинтенсивное психологическое вмешательство (например КБТ), если она решит прекратить прием лекарств. [новый 2014]

Вмешательства при тревожных расстройствах

1.8.7 Для женщины с токофобией (экстремальный страх перед рождением ребенка) предоставьте возможность обсудить свои опасения с медицинским работником, имеющим опыт оказания поддержки и перинатальной психиатрической помощи в соответствии с разделом 1.2.9 руководства по кесареву сечению (NICE руководство CG132). [новый 2014]

1.8.8 Для женщины с постоянными подпороговыми симптомами тревожности во время беременности или в послеродовой период подумайте об облегчении симптомов методом самопомощи, что должно включать в себя использование материалов самопомощи на основе КБТ в течение 2–3 месяцев с поддержкой (лицом к лицу или по телефону) в течение 2–3 часов в течение 6 сеансов. [новый 2014]

1.8.9 Для женщины с тревожным расстройством во время беременности или в послеродовой период предлагается психологическое вмешательство с низкой интенсивностью (например самопомощь) или интенсивное психологическое вмешательство (например КБТ) в качестве начального лечения согласно рекомендациям, изложенным в руководстве NICE по конкретной проблеме психического здоровья. Также имейте в виду, что:

- рекомендуется только интенсивное психологическое вмешательство для посттравматического стрессового расстройства;
- психологические вмешательства высокой интенсивности рекомендуются для первоначального лечения социальных тревожных расстройств;
- следует внимательно следить за прогрессом и проводить интенсивное психологическое вмешательство в течение 2 недель, если не наблюдается улучшения. [новый 2014]

1.8.10 Если женщина, которая принимает ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН от тревожных расстройств, забеременела, обсудите с ней следующие варианты:

- постепенное прекращение приема лекарств и переключение на интенсивное психологическое вмешательство (например КБТ);
- если она понимает риски, связанные с лечением, а также нарушениями психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, и:
 - отдает предпочтение лекарствам или
 - не принимает психологические вмешательства или
 - ее симптомы не отреагировали на психологические вмешательства
- смена препарата, если есть лекарство, эффективное при ее патологии, с более низким риском побочных эффектов;
- сочетание медикаментозного лечения с интенсивным психологическим вмешательством (например КБТ), если женщина понимает риски, связанные с приемом препаратов и нарушением психического здоровья во время беременности и в послеродовой период, и наблюдается отсутствие или ограниченность ответа при психологическом вмешательстве высокой интенсивности. [новый 2014]

Психологические вмешательства при расстройствах пищевого поведения

1.8.11 Для женщины с расстройством пищевого поведения при беременности или в послеродовой период:

- предлагать психологическое вмешательство в соответствии с руководством по расстройствам питания (NICE CG9);
- внимательно следить за состоянием женщины во время беременности и в послеродовой период;
- оценить потребность в мониторинге роста плода;
- обсудить важность здорового питания во время беременности и в послеродовой период в соответствии с рекомендацией о питании матери и ребенка (NICE PH11);
- посоветовать пациентке кормить ребенка в соответствии с рекомендацией о питании матери и ребенка (NICE PH11) и поддерживать ее в этом решении. [новый 2014]

Вмешательства при злоупотреблении алкоголем и наркотиками

1.8.12 Если употребление наркотиков или злоупотребление алкоголем идентифицируется во время беременности или в послеродовой период, предложите краткие вмешатель-

ства в соответствии с разделом 1.3.1 руководства по злоупотреблению психоактивными веществами – психосоциальные вмешательства (руководство NICE CG51) или руководствами относительно предотвращения избыточного употребления алкоголя (руководство NICE PH24). [новый 2014]

1.8.13 Если употребление наркотиков или злоупотребление алкоголем выявлены во время беременности или в послеродовой период, обратитесь к специалисту по злоупотреблению психоактивными веществами для консультации и лечения. [новый 2014]

1.8.14 Предлагать помощь в выводе из состояния злоупотребления алкоголем в сотрудничестве со специалистами по психическому здоровью и злоупотреблению алкоголем (предпочтительно в стационарных условиях) беременным женщинам с зависимостью от алкоголя. Работайте с женщинами, которые не хотят принимать помощь в лечении зависимости. [новый 2014]

1.8.15 Предложите детоксикацию беременным женщинам, которые зависят от опиоидов, в сотрудничестве со специализированными службами психического здоровья по злоупотреблению психоактивными веществами. Проводите тщательный мониторинг после завершения детоксикации. Работайте с пациентами, которые не хотят проводить детоксикации. Необходимо помнить о повышенном риске случайной передозировки у женщин, которые останавливают или уменьшают употребление наркотиков во время беременности, но начинают снова злоупотреблять после родов. [новый 2014]

Вмешательства при тяжелых психических заболеваниях

1.8.16 Рассматривайте психологические вмешательства для женщин с биполярным расстройством, которые включают:

- КБТ, интерперсональную (межличностную) психотерапию (ИПТ) и бихевиоральную терапию для пар при биполярной депрессии;
- структурированные индивидуальные, групповые и семейные вмешательства, предназначенные для биполярного расстройства, для снижения риска рецидивов, особенно при смене препарата или прекращении лечения. [новый 2014]

1.8.17 Если у беременной женщины развивается мания или психоз и она не принимает психотропных препаратов, предложите прием антипсихотиков. [новый 2014]

1.8.18 Рассматривайте психологические вмешательства (КБТ или семейное вмешательство), приведенные в разделе 1.3.7 руководства по психозам и шизофрении у взрослых (руководство NICE CG178) для женщин с психозом или шизофренией, которые беременны и подвержены риску рецидива, вытекающего из:

- стресса, связанного с беременностью или послеродовым периодом
- смены препаратов для лечения, включая прекращение приема антипсихотических препаратов. [новый 2014]

1.8.19 Предлагайте антипсихотики в соответствии с рекомендациями 1.5.3 и 1.5.4 руководства по биполярному расстройству (NICE guideline CG185) в качестве профилактического лечения, если женщина с биполярным расстройством:

- беременеет и прекращает прием препаратов лития или
- планирует кормить грудью. [новый 2014]

1.8.20 Если у беременной женщины с биполярным рас-

стройством развивается мания при принятии профилактических препаратов:

- проверьте дозу профилактического препарата и возможность увеличить дозу, если профилактическое лечение является антипсихотическим;
- предложите перейти к антипсихотическому препарату, если она принимает другой тип профилактического лекарства;
- рассмотрите препараты лития, если нет ответа на увеличение дозы или смену препарата, а у женщины серьезная мания;
- рассмотрите электросудорожную терапию (ЭСТ), если не было ответа на препараты лития. [новый 2014]

Вмешательства при проблемах сна

1.8.21 Консультировать беременных женщин, у которых есть проблема со сном, в отношении гигиены сна (в том числе наличие здорового режима сна, избегание кофеина и снижение активности перед сном). Для женщин с тяжелой или хронической проблемой сна рассмотрите применение прометазина [12]. [новый 2014]

Электросудорожная терапия

1.8.22 Рассматривайте электросудорожную терапию (ЭСТ) для беременных с тяжелой депрессией, тяжелыми смешанными аффективными состояниями, манией или кататонией, физическое здоровье или состояние плода которых сопряжены с серьезным риском. [2014]

Быстрая транквилизация

1.8.23 Беременная женщина, нуждающаяся в быстрой транквилизации, должна лечиться в соответствии с клиническими рекомендациями NICE по краткосрочному менеджменту насилия и агрессии, шизофрении и биполярных расстройств, кроме того:

- она не должна оставаться одна после быстрой транквилизации;
- процедуры должны быть адаптированы, чтобы избежать возможного вреда для плода;
- при выборе агента для быстрой транквилизации у беременной женщины следует рассмотреть применение антипсихотиков или бензодиазепа с коротким периодом полураспада: если используется антипсихотик, он должен быть в минимальной эффективной дозе из-за неонатальной возможности возникновения экстрапирамидных симптомов; если используется бензодиазепин, следует учитывать риск развития синдрома дисплазии соединительной ткани у ребенка;
- в перинатальный период уход за женщиной следует вести в тесном сотрудничестве с педиатром и анестезиологом. [2007]

1.9 Вопросы, касающиеся женщин и их детей, в постнатальный период

Обзор лечения женщин с тяжелой психической болезнью

1.9.1 После родов изучите и оцените необходимость начала, возобновления или корректировки приема психотропных препаратов, как только женщина с прошлым или настоящим тяжелым психическим заболеванием будет стабильной с медицинской точки зрения. [новый 2014]

Мониторинг младенцев, подвергшихся воздействию психотропных препаратов, принимаемых женщиной во время беременности

1.9.2 Если женщина принимала психотропные препараты во время беременности, выполните полную неонатальную оценку новорожденного, учитывая:

- изменения, возникающие вследствие неблагоприятного воздействия психотропных препаратов;
- необходимость дальнейшего мониторинга;
- необходимость информирования соответствующих специалистов здравоохранения женщины, ее партнера, семьи или опекуна о необходимости дальнейшего мониторинга, особенно если женщина была выписана на ранней стадии. [новый 2014]

Уход за женщинами и их детьми, если при беременности зафиксировано злоупотребление алкоголем или наркотиками

1.9.3 Если во время беременности зафиксировано злоупотребление алкоголем или наркотиками, предлагайте лечение и поддержку после родов для женщины и ребенка, в том числе:

- полную оценку новорожденных относительно любых врожденных аномалий развития или синдрома адаптации новорожденных;
- продолжение психологического лечения и поддержка женщины;
- мониторинг состояния ребенка. [новый 2014]

Травматические роды, мертворождение и выкидыш

1.9.4 Предлагайте консультации и поддержку женщинам, у которых были травматические роды или выкидыш и которые хотят поговорить об этом. Принимайте во внимание влияние рождения или выкидыша на партнера и призывайте их принять поддержку от семьи и друзей. [новый 2014]

1.9.5 Предложите женщинам, у которых есть посттравматическое стрессовое расстройство, которое было вызвано травматическими родами, выкидышем, мертворождением или неонатальной смертью, интенсивное психологическое вмешательство согласно руководству по посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) (NICE- CG26). [новый 2014]

1.9.6 Не предлагайте односессионные психологические вмешательства высокой интенсивности с явным упором на «переживание» травмы для женщин с травматическими родами. [новый 2014]

1.9.7 Обсудите с женщиной, у которой наблюдалось мертворождение или смерть ребенка вскоре после рождения, что ее партнер и семья могут выбрать один или несколько из следующих вариантов:

- сделать фотографию ребенка,
- оставить памятные вещи ребенка,
- увидеть ребенка,
- подержать ребенка на руках.

Этому должен способствовать опытный практик, а женщине, ее партнеру и семье следует предложить дальнейшее наблюдение на этапе первичной или вторичной помощи. Если известно, что смерть наступила во внутриутробный период, это обсуждение должно проводиться до родов с продолжением после родов, если это необходимо. [новый 2014]

Психотропные препараты и грудное вскармливание

1.9.8 Необходимо поощрять женщин с нарушениями психического здоровья к кормлению грудью, если они не принимают карбамазепин, клозапин или препараты лития (вальпроат не рекомендуется рассматривать для лечения на-

рушений психического здоровья у женщин детородного возраста). Однако поддержите каждую женщину в выборе метода кормления, который лучше всего подходит ей и ее семье. [новый 2014]

1.9.9 При оценке рисков и преимуществ ТЦА, СИОЗС или СИОЗСиН для женщин, которые кормят грудью, учитывают:

- ограниченные данные о безопасности этих препаратов и
- риски, связанные с переходом от ранее эффективных лекарств.

Обратитесь за советом к специалисту (желательно специалисту по перинатальной психиатрической помощи), если это необходимо. [новый 2014]

1.9.10 При оценке рисков и преимуществ антипсихотических препаратов для женщин, кормящих грудью, учитывайте:

- ограниченные данные о безопасности этих препаратов и
- что уровень антипсихотического препарата в грудном молоке зависит от препарата. [новый 2014]

1.9.11 Если женщина принимает психотропные препараты во время грудного вскармливания, следите за побочными эффектами у ребенка. [2014]

Отношения матери и ребенка

1.9.12 Необходимо понимать, что некоторые женщины с нарушениями психического здоровья могут испытывать трудности в отношениях матери и ребенка. Оцените характер этих отношений, включая вербальное взаимодействие, эмоциональную чувствительность и физическую помощь, при всех постнатальных контактах. Обсудите любые проблемы, которые женщина связывает с ее отношениями со своим ребенком, и предоставьте информацию для лечения проблемы психического здоровья. [новый 2014]

1.9.13 Рассмотрите дальнейшее вмешательство для улучшения отношений между матерью и ребенком, если какие-либо проблемы в отношениях не решены. [новый 2014]

1.10 Организация услуг

1.10.1 Женщины, которые нуждаются в стационарной помощи для решения проблем нарушений психического здоровья в течение 12 месяцев после родов, обычно должны быть приняты в специализированную группу матерей и детей, если только не указаны причины, по которым этого делать не следует. [2007]

1.10.2 Менеджеры и старшие медицинские работники, отвечающие за услуги в области перинатальной психиатрической помощи (включая тех, кто работает в акушерской службе и службе первичной медико-санитарной помощи), должны убедиться, что:

- поскольку существуют четко определенные пути лечения, все первичные и вторичные медицинские работники, занимающиеся уходом за женщинами во время беременности и в послеродовой период, знают, как получить доступ к данным оценке и лечению;
- сотрудники должны иметь возможность контроля и получения данных, охватывающих нарушения психического здоровья, методы оценки и маршруты направления. [2007]

1.10.3 Клинические сети должны создаваться для службы перинатальной психиатрической помощи, которыми управляет координационный совет медицинских работников, менеджеров, пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход. Эти сети должны обеспечивать:

- работу специализированной междисциплинарной перинатальной службы в каждом населенном пункте, которая предоставляет услуги и консультации для акушерской службы, других служб охраны психического здоровья и общественных услуг;
- в районах с высокой заболеваемостью эти услуги могут предоставляться отдельными специалистами перинатальных команд;
- доступ к экспертным консультациям по вопросам рисков и преимуществ психотропных препаратов во время беременности и грудного вскармливания;
- четкие протоколы относительно менеджмента на всех уровнях существующих структур поэтапного ухода при наличии психических проблем для обеспечения эффективной передачи информации и обеспечения непрерывности медицинской помощи;
- пути оказания помощи с определенными ролями и компетенциями для всех вовлеченных профессиональных групп. [2007]

1.10.4. Каждая управляемая сеть перинатальной психиатрической помощи должна предоставлять специализированные стационарные услуги и охватывать население в диапазоне от 25 000 до 50 000 рождений в год в зависимости от местных показателей заболеваемости психическими расстройствами. [2007]

1.10.5 Специальный центр по оказанию стационарной перинатальной помощи должен:

- быть обеспечен объектом, специально предназначенным для пребывания матерей и младенцев (обычно с 6–12 кроватями);
- быть укомплектован специалистами в сфере перинатального психического здоровья;
- быть укомплектован для обеспечения надлежащего ухода за младенцами;
- иметь эффективную связь с общими медицинскими и психиатрическими службами;
- предоставлять полный спектр терапевтических услуг;
- быть тесно интегрирован в общественные службы психического здоровья для обеспечения непрерывности ухода и минимального срока пребывания. [2007]

Обновление информации

В августе 2017 года были обновлены рекомендации 1.2.3, 1.4.27, 1.4.28 и 1.4.29 со ссылкой на MHRA относительно риска применения вальпроатных лекарств у женщин. Была обновлена перекрестная ссылка в рекомендации 1.8.23 о насилии и агрессии. К рекомендациям были добавлены новые данные в пунктах 1.4.17 и 1.9.9.

Сентябрь 2016 г.: Обновлена ссылка в рекомендации 1.4.25.

Июнь 2015 г.: Исправлены временные рамки для GAD-2 в рекомендации 1.5.4.

Рекомендации, отмеченные как [новый 2014], [2014] или [2007]:

[новый 2014] указывает, что доказательства были рассмотрены и рекомендации были добавлены или обновлены,

[2014] указывает, что доказательства были пересмотрены, но никаких изменений в рекомендуемом действии не было,

[2007] указывает, что доказательства не были пересмотрены с 2007 года.

Сила рекомендаций

Некоторые рекомендации могут быть разработаны с большей уверенностью, чем другие. Группа по разработке ру-

ководящих принципов выносит рекомендацию, основанную на компромиссе между пользой и риском вмешательства, с учетом качества подкрепляющих доказательств. Для некоторых вмешательств Группа разработчиков руководящих принципов констатирует, что, учитывая информацию, большинство пациентов выбирают вмешательство. Формулировка, используемая в рекомендациях в этом руководстве, указывает на определенность, с которой делается рекомендация (сила рекомендации).

По всем рекомендациям NICE ожидает, что с пациентом будут обсуждаться риски и преимущества вмешательства, а также их ценности и предпочтения. Эта дискуссия направлена на то, чтобы помочь им принять полностью обоснованное решение.

Вмешательства, которые должны (или не должны) использоваться

Обычно мы используем «должны» или «не должны», только если есть юридическая обязанность применять рекомендацию. Иногда мы используем «должны» (или «не должны»), если последствия несоблюдения рекомендаций могут быть чрезвычайно серьезными или потенциально опасными для жизни.

Вмешательства, которые должны (или не должны) использоваться – «сильная» рекомендация

Мы используем «предложение» (и подобные слова, такие, как «ссылаться» или «советовать»), когда мы согласны с тем, что для подавляющего большинства пациентов вмешательство будет приносить больше пользы, чем вреда, и будет экономически выгодным. Мы используем похожие формы слов (например «Не предлагать...»), когда мы согласны с тем, что вмешательство не будет выгодно для большинства пациентов.

Вмешательства, которые могут быть использованы

Мы используем термин «рассматривать», когда мы согласны с тем, что вмешательство принесет больше пользы, чем вреда, для большинства пациентов и будет экономически выгодным, но другие варианты могут быть идентичны с точки зрения затрат. Выбор вмешательства или отсутствие вмешательства вообще, скорее, зависит от ценностей и предпочтений пациента, чем от силы рекомендации, поэтому медицинский работник должен тратить больше времени на рассмотрение и обсуждение вариантов с пациентом.

Ответственность

Рекомендации в этом руководстве представляют точку зрения NICE после тщательного рассмотрения имеющихся доказательств. При осуществлении менеджмента практические специалисты должны полностью опираться на это руководство наряду с индивидуальными потребностями, предпочтениями и ценностями своих пациентов. Данное руководство не обязательно к применению, а его применение, в свою очередь, не отменяет ответственности за принятие решений, соответствующих обстоятельствам личности.

Местные поставщики медицинских услуг несут ответственность за то, чтобы руководство могло применяться, когда отдельные специалисты и люди хотят его использовать. Они должны делать это в контексте местных и национальных приоритетов для финансирования и развития служб и с учетом их обязанностей должным образом учитывать необходимость ликвидации незаконной дискриминации, поощрять равенство возможностей и уменьшать неравенство в отношении здоровья. Ничто в этом руководстве не должно толковаться таким образом, чтобы это противоречило выполнению этих обязанностей.

Уполномоченные и поставщики услуг несут ответственность за создание экологически устойчивой системы здравоохранения и медицинской помощи и должны оценивать и уменьшать воздействие на окружающую среду при осуществлении рекомендаций NICE, где это возможно.

Львівський медичний форум

17-19 квітня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)



МЕДИЧНА ВИСТАВКА

«ГалMED»

ЗА ПІДТРИМКИ:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Департаменту охорони здоров'я ЛОДА

ОРГАНІЗАТОРИ НАУКОВИХ ЗАХОДІВ:

- Українська Асоціація лікарів фізичної і реабілітаційної медицини
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Українська асоціація медичного туризму
- Українське товариство ерготерапевтів
- Львівська обласна Асоціація фізичної терапії
- Українське лікарське товариство у Львові
- ЛДР Лікувально-Діагностичний Онкологічний центр
- Львівське обласне товариство неврологів
- Школа реабілітаційної медицини УКУ
- Товариство дитячих пульмонологів і алергологів при УЛГ
- Львівський державний університет фізичної культури

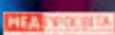
ПАРТНЕР ФОРУМУ:



ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:



Генеральний інтернет-партнер:



Інформаційні партнери:



ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ:

Гал-ЕКСПО®
АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
тел.: (032) 2971369; 2970628

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання
- Лабораторна техніка та медицина
- Медичні прилади та інструменти
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями
- Медичний туризм
- Фармацевтичні препарати
- Сучасна клініка та послуги
- Засоби санітарії та дезінфекції
- Лікувальна косметика

В рамках виставки:

- IV спеціалізована експозиція «Реабілітація»
- IV спеціалізована експозиція «Медичний туризм»

Наукові заходи Форуму:

- 17 квітня Науково-практична конференція «Сучасна онкологія в еру скринінгових програм»
- 17 квітня Конференція «Що необхідно знати головному лікарю в умовах реформи»
- 18 квітня Науково-практична конференція «Сучасні аспекти в комплексному підході до фізичної реабілітації»
- 18 квітня Семінар «Дитяча алергологія і пульмонологія в клінічних випадках»
- 19 квітня Науково-практична конференція «Актуальні питання неврології. Сучасні алгоритми діагностики та лікування»
- 19 квітня Практичний майстер-клас по новітнім технологіям в галузі реабілітації

www.galexpo.com.ua/galmed

www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/

Диклоберл®

diclofenac sodium

ВАШ
ВИБІР⁶

93,9%* „Золотий” стандарт
протизапальної терапії!¹



- Збалансований інгібітор ЦОГ^{2**}
- Більша ефективність, ніж у селективного інгібітора ЦОГ-2 мелоксикама³
- Показує однакову переносимість в порівнянні з селективним інгібітором ЦОГ-2 мелоксикамом⁴
- Не впливає на метаболізм хряща^{5**}
- Можливість індивідуального підбору дози⁶
- Наявність ін'єкційної форми, ретардних капсул та ректальних свічок⁶
- В комбінації з кардіопротекторними дозами АСК диклофенак показує менший ризик гастроінтестинальних ускладнень у порівнянні з іншими НПЗП (в тому числі селективними інгібіторами ЦОГ-2)⁷

*** інгібування простагландину E₂⁸**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Склад:
Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг;
Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію);
Капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенаку натрію 100 мг.

Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, включаючи спондилоартрит. Больові синдроми з боку хребта. Ревматичні захворювання позасуставових м'яких тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних та ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, первинна дисменорея та аднексит (супозиторії 100, 50 мг). Гострі напади подагри. Як допоміжний засіб при тяжких запальних захворюваннях ЛОР-органів, які супроводжуються болісним відчуттям, наприклад, при фаринготонзиліті, отиті (крім Диклоберлу ретард та Диклоберлу N75), Ниркова та білярна колики, біль та набряк після травм і операцій (Диклоберл N75).

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням не стероїдними протизапальними засобами (НПЗП). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивна виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізодів встановленої виразки або кровотечі). Гостра пептична виразка, а також застосована виразкова хвороба або шлунково-кишкові кровотечі в анамнезі. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч, нагортання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність, Ниркова недостатність, Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV). Ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда.

Проктит (для форми Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг).

Спосіб застосування та дози. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг на добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньо дози 75-100 мг/добу (Диклоберл® пігулки, супозиторії та ретард). Добову дозу розподілити на 2-3 прийоми (таблетки, супозиторії). Препарат Диклоберл® N 75, розчин для ін'єкцій, не застосовують більше ніж 2 дні. У разі необхідності лікування можна продовжити таблетками або супозиторіями Диклоберл®. У тяжких випадках (наприклад колики) добову дозу можна збільшити до двох ін'єкцій по 75 мг, між якими дотримуватися інтервалу у кілька годин (по одній ін'єкції в кожну сторону). Як альтернативу 75 мг розчину для ін'єкцій можна комбінувати з іншими лікарськими формами препарату Диклоберл® (наприклад супозиторіями) до максимальної сумарної добової дози 150 мг диклофенаку натрію. В умовах нападу мігрені загальна добова доза диклофенаку не має перевищувати 175 мг для Диклоберлу N75 та 200 мг для Диклоберлу супозиторії. Для лікування первинної дисменореї сумарна добова доза для Диклоберлу супозиторії не має перевищувати 200 мг/добу.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотоку (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, паніцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, нечіткість зору та диплопія, шум у вухах, нудота, блювання, діарея, незначні кровотечі, диспепсія, метеоризм, спазми шлунку, утворення виразок, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні жалюзи сновидіння, безсоння.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® N75 від 10.07.2014 № 483, Диклоберл® супозиторії 100 мг від 18.02.2015 № 76 та 50 мг від 18.02.2015 № 76, Диклоберл® ретард 100 мг від 03.03.2015 № 105). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.

Виробник Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг, Диклоберл® ретард 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Плінерк Берг 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Виробник Диклоберл® N75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістік енд Сервісес С.р.Л., Віа Сете Санти 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія.

¹ Pavelka K. A comparison of the therapeutic efficacy of diclofenac in osteoarthritis: a systematic review of randomised controlled trials. Current Medical Research and Opinion. 2012 Jan;28(1): 163-78.

² Warner TD, Giuliano AE, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA and Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. Proc. Natl. Acad. Sci. USA Vol. 96, pp. 7563-7568, June 1999. Pharmacology.

³ Hawkey C, Kahan A, Steinbruck K, Alegre C, Baumelou E, Begaud B, Dequeker J, Isomaki H, Littlejohn G, Mau J, Papazoglou S. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. Br J Rheumatol 1998 Oct;37(10): 1142.

⁴ Dreiser RL, Le Parc JM, Velicot P and Liu PK. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. Annals of Rheumatism 2000, 19(1): S17-S23.

⁵ Blot L, Marcelis A, Devogelaar J-P, Mancourt D-H. Effects of diclofenac, aceclofenac and meloxicam on the metabolism of proteoglycans and hyaluronan in osteoarthritic human cartilage. British Journal of Pharmacology (2000) 131, 1413-1421.

⁶ Інструкції для медичного застосування препарату Диклоберл® N75 від 10.07.2014 № 483, Диклоберл® супозиторії 100 мг від 18.02.2015 № 76 та 50 мг від 18.02.2015 № 76, Диклоберл® 50 таблеток від 18.02.2015 № 76, Диклоберл® ретард 100 мг від 03.03.2015 № 105.

⁷ Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Arroyo MT, Gomollon F, Feu F, Gonzalez-Perez A, Zapata E, Bastida G, Rodrigo L, Santolaria S, Guell M, de Argila CM, Quintero E, Borda F, Pique JM and on behalf of the investigators of the Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. Gut 2006; 55: 1731-1738.

⁸ A Van Hecken, J Schwartz, M Degre, I De Lepeleire, A Dallo, W Tanaka, K Wynants, A Buntinx, J Arnout, PH Wong, DL Ebel, EJ Garz and PJ De Scheppe. Comparative inhibitory activity of rofecoxib, meloxicam, diclofenac, ibuprofen, and naproxen on COX-2 versus COX-1 in healthy volunteers. Clin. Pharmacol. 2000; 40: 1109.

^{**} Дослідження "in-vitro".



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**