

# Содержание



## ГИНЕКОЛОГИЯ

Актуальность органосохраняющего лечения миомы матки  
Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов,  
А.Н. Рыбалка и др. .... 5

Комплексный подход при лечении  
воспалительных заболеваний органов малого таза  
И.Н. Атаманчук ..... 40

## АКУШЕРСТВО

Флебодиа 600 – препарат универсального действия  
в лечении пациенток с патологией беременности  
N. Milchev, J. Apiosyan, I. Batashki et al. .... 19

Методичні рекомендації щодо організації надання  
амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги  
Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417  
(продовження) ..... 22

Профилактика и лечение  
рвоты у беременных ..... 45

## ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Современные достижения в области онкогинекологии  
Обзор мероприятия ..... 13

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Особливості перебігу АГ та метаболічного фону  
в жінок при ожирінні залежно від  
наявності чи відсутності холелітіазу  
Л.М. Радченко ..... 56

Синдром раздраженного кишечника:  
существуют ли гендерные различия?  
Л.С. Гвоздецкая ..... 60

## КОНТРАЦЕПЦИЯ

Выбор метода контрацепции у женщин  
с нормальной, избыточной массой тела и ожирением  
В.Г. Терентюк ..... 35

## ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

С.А. Кубанський ..... 64

## ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Книжная полка ..... 67





Анонсы мероприятий ..... 34, 39, 59, 66, 68, 69



**ПОЛИЖИНАКС**  
**ПОЛИЖИНАКС ВИРГО**  
НЕОМИЦИН+ПОЛИМИКСИН В+НИСТАТИН

**БАЛАНС между  
ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ  
и БЕРЕЖНЫМ  
ОТНОШЕНИЕМ  
к экосистеме  
влагалища**



-  надежно и бережно действует при бактериальном вагините и кандидозе
-  действует на возбудителей наиболее распространенных инфекций
-  оказывает противовоспалительное действие без гормонов
-  для лечения и профилактики послеоперационных и послеродовых осложнений

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

1. Инструкция для медицинского применения Полижинаксу та Полижинаксу Вирго  
2. HAS 2009. Commission de la transparence. Avis du 1er avril 2009. Polygynax® capsule vaginale et Polygynax® Virgo capsule vaginale.  
3. Nosoco tech. Mesures in-vitro de l'activité de 2 antibiotiques et d'un antifongique vis-à-vis de 17 souches bactériennes. Evaluation de leur association au sein de plusieurs spécialités pharmaceutiques à usage gynécologique. Lyon 25 février 2009.



# Редакционная коллегия

## Учредитель

Игорь Иванченко

## Руководитель проекта

Татьяна Артюнина

## Издатель

«Медицинские аспекты  
здоровья женщины»

## Генеральный директор

Анастасия Чапльженко

## Медицинский директор

Валерий Кидонь

## Отдел рекламы

Анастасия Чапльженко  
Chaplyzhenko@id-zu.com

## Шеф-редактор

Мария Арефьева  
m\_arefyeva@inbox.ru  
Arefieva@id-zu.com

## Ответственный секретарь

Алла Яворская

## Медицинские редакторы

Ольга Жигунова  
Марина Малей

## Литературные редакторы

Алла Яворская  
Елена Заболотная  
Анастасия Классен

## Дизайн/верстка

Елена Заболотная

## Начальник производственного отдела


Ивалин Крайчев

Отдел подписки  
(044) 391-31-40  
parubec@id-zu.com

Регистрационное свидетельство  
КВ № 10783 от 23.12.05

Подписано в печать 03.03.2012  
Заказ № 03/03  
Печать — ООО «Издательский дом  
«Аванпост-Прим».  
03035, г. Киев, ул. Сурикова, 3

Тираж 10 000 экз.

Редакция может публиковать материалы,  
не разделяя точки зрения авторов.  
За достоверность фактов, цитат, имен,  
географических названий и иных сведений  
отвечают авторы. Материалы с пометкой  публикуются на правах рекламы.  
Ответственность за содержание рекламных  
материалов несет рекламодатель.  
Перепечатка материалов допускается только  
с разрешения редакции.  
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес редакции:  
04123, г. Киев,  
ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж  
тел: (044) 391-31-41

## Бенюк Василий Алексеевич

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

## Венцовский Борис Михайлович

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

## Веропотвелян Петр Николаевич

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

## Веропотвелян Николай Петрович

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

## Воробьева Людмила Ивановна

д.мед.н., профессор, руководитель отдела онкогинекологии Национального института рака АМН Украины

## Гнатко Елена Петровна

д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 НМУ им. А.А. Богомольца

## Давыдова Юлия Владимировна

д.мед.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

## Дубоссарская Зинаида Михайловна

д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

## Жабченко Ирина Анатольевна

д.мед.н., заведующая отделением патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

## Калюжная Людия Денисовна

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

## Кузнецов Валерий Николаевич

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика

## Лившиц Людмила Аврамовна

д.мед.н., профессор, заведующая отделом геномики человека Института молекулярной биологии и генетики НАН Украины

## Маньковский Борис Никитич

член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика

## Медведь Владимир Исаакович

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

## Поворозник Владислав Владимирович

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

## Смолянко Иван Иванович

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

## Татарчук Татьяна Феофановна

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

## Ткаченко Руслан Афанасьевич

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

## Шулько Елизавета Евгеньевна

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

## Бигер Давид

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

## Гомель Виктор

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



# Актуальность органосохраняющего лечения миомы матки

Ю.К. Памфамиров, к.мед.н., доцент; В.А. Заболотнов, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1

А.Н. Рыбалка, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии

Г.Л. Памфамирова, О.В. Карапетян, Г.А. Пучкина

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

**М**иома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Ее частота среди гинекологических заболеваний составляет 20-44% [24, 26]. В последнее время увеличивается число женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, а также возрастных первородящих (после 35 лет). Обращает на себя внимание наличие миомы матки у молодых женщин; средний возраст ее выявления составляет 32 года. Как правило, это наследственные миомы матки, которые возникают у женщин на 10-15 лет раньше, чем у их матерей. При бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5% случаев. Первичное бесплодие наблюдается почти у каждой 4-5-й больной с этим диагнозом [5, 30]. Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки, в т.ч. после операции по поводу ее удаления, приобретает все большую социальную значимость. Это связано с наблюдающейся тенденцией к увеличению среднего возраста женщин, планирующих первую беременность, когда возможности реализации репродуктивной функции весьма ограничены [15, 18, 23]. Согласно современным представлениям, миома матки — это доброкачественная, хорошо отграниченная капсулированная гладкомышечная опухоль, растущая из незрелых миоцитов сосудистой стенки матки. К опухолевой трансформации незрелых миоцитов приводят соматические мутации клеток после перенесенных и сопутствующих гормональных нарушений, нейроэндокринно-обменных и воспалительных заболеваний, а также гипоксические, дистрофические и травматические повреждения матки как следствие внутриматочных вмешательств.

Патогенез миомы матки связан с увеличением экспрессии ростовых факторов (эпидермального фактора роста, рецептора эпидермального фактора роста, инсулиноподобного фактора роста  $\beta$ , трансформирующего фактора роста  $\rho$ , тромбоцит-производного фактора роста), способствующих активации пролиферативных процессов и гипертрофии миоцитов [27, 45, 47]. Основными регули-

рующими системами пролиферации и апоптоза являются эндокринная и иммунная системы [20, 49]. По расположению узлов в матке выделяют субмукозную, интрамуральную, субсерозную, атипичную (шеечную, першеечную, интралигментарную, забрюшинную) миомы.

Клинические проявления миомы матки весьма вариабельны и зависят от локализации и величины опухоли, наличия дегенеративных процессов в узлах, продолжительности заболевания. Наиболее часто встречается и рано возникает симптом, связанный с нарушением менструальной функции. Он характеризуется маточными кровотечениями по типу меноррагии, метроррагии, приводящими к анемии. Вторым по частоте встречаемости является болевой синдром, который объясняется быстрым ростом или большими размерами миомы матки, перекрутом ножки узла, тромбозом сосудов, питающих капсулу миоматозного узла, рождением подслизистого узла, его некрозом.

Важную роль в клинике миомы матки играет нарушение репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности, осложненное течение родов и послеродового периода) [5, 33, 46]. Нарушения функции смежных органов (учащенное мочеиспускание, задержка мочи, пиелонефрит, гидронефроз, гидроуретер, запоры) возникают в результате сдавления органов миоматозными узлами.

Миелопатический и радикулалгический синдромы развиваются при увеличении размеров опухоли более чем до 14 нед беременности. Миелопатический синдром объясняют спинальной ишемией. При этом к основным жалобам пациенток относят слабость и тяжесть в ногах, парестезии, которые начинаются через 10-15 мин ходьбы и исчезают после кратковременного отдыха. Радикулалгический синдром развивается вследствие сдавливания маткой нервных сплетений малого таза или отдельных нервов, что вызывает боль в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях, нарушение чувствительности в виде парестезий или гиперпатий.





Для диагностики миомы матки используют физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Наиболее информативным из них является УЗИ, с помощью которого определяют:

- локализацию и расположение миоматозных узлов (подбрюшинные; межмышечные; расположенные в дне, теле матки или в шейечно-перешеечной области, нижнем сегменте матки);
- отношение миоматозных узлов к серозной оболочке и полости матки;
- размеры узлов, выраженность миоматозного изменения матки;
- форму роста миомы матки (центрипетальный рост опухоли или наличие субмукозного миоматозного узла, деформирующего полость матки);
- наличие вторичных изменений в узлах опухоли (отек, гиалиновая или красная дегенерация, некроз).

С помощью УЗИ миому матки диагностируют в 95-100% случаев [1]. Применение цветного доплеровского картирования для исследования показателей внутриопухолевого кровотока позволяет исключить озлокачествленные миометрия [25]. Возможно также применение магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной томографии. Данный метод позволяет более точно визуализировать аденомиоз и выявить саркому матки. Подозрение на саркому матки возникает при высокой скорости артериального кровотока ( $V_{\max} \geq 0,40 \text{ см}^3/\text{с}$ ) в совокупности с низким индексом резистентности ( $\text{ИР} \leq 0,40$ ). Сочетание миомы матки с саркомой – довольно редкая патология, которая встречается в 0,73-1% случаев [4, 6].

При подозрении на субмукозное расположение миоматозного узла большую диагностическую роль играет гистероскопия. При подозрении на гиперпластический процесс необходимо проведение биопсии эндометрия.

Следует отметить, что при высокой информативности современных ультразвуковых методов исследования нецелесообразно проводить диагностическое выскабливание полости матки перед операцией по поводу миомы матки при любом планируемом объеме. Исключением являются следующие клинические ситуации: подозрение на рак эндометрия (клиническая картина, результаты УЗИ и цитологического исследования); необходимость уточнения состояния эндометрия у больных миомой матки в постменопаузе, чтобы не пропустить злокачественную опухоль эндометрия.

Лечение пациенток с миомой матки продолжает оставаться актуальной проблемой в современной гинекологии в связи с отрицательным влиянием опухоли на функционирование репродуктивной системы и общее состояние здоровья женщины [29, 36]. Выбор метода терапии миомы матки

определяется множеством факторов, в частности особенностями патогенеза заболевания, формой и темпом роста опухоли, ее локализацией, размерами, количеством узлов, возрастом женщины, отсутствием или наличием у нее детей, тяжестью симптомов, наличием сопутствующей патологии. Основной лечебной задачей является либо торможение опухолевого образования, либо удаление опухоли. Безусловно, необходимо сугубо индивидуально подходить к выбору метода лечения каждой пациентки и как можно реже прибегать к радикальным хирургическим вмешательствам. Современные исследования в области этиологии и патогенеза данного заболевания позволили поставить на первое место консервативную терапию и эндоскопическую хирургию, однако подобная лечебная тактика применяется еще не повсеместно.

Миома матки является гормональнозависимой опухолью, поэтому при лечении этого заболевания представляется перспективным применение препаратов, блокирующих гонадотропную функцию гипофиза, вследствие чего развиваются гипоэстрогения и блокада продукции прогестерона. Современное медикаментозное лечение включает применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) [35] и антагонистов ГнРГ [44]. Использование аГнРГ может сопровождаться рядом побочных эффектов:

- «маскирует» мелкие узлы миомы во время операции;
- действие препарата носит временный характер (при его отмене возобновляется рост и возникает рецидив опухоли);
- наблюдается симптоматика индуцированной менопаузы (приливы, потливость, раздражительность, повышение артериального давления, дизурия, сухость влагалища, снижение либидо, памяти, внимания, головная боль) [1, 9, 34].

Для лечения молодых женщин (от 24 до 40 лет) используется гестринон, обладающий антиэстрогенным, антигестагенным, антигонадотропным и антиандрогенным действием [24]. Перспективным считается назначение антипрогестагена мифепристона [37, 44]. Мифепристон – синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Применение гестагенов целесообразно только при сочетании миомы матки с гиперпластическими процессами эндометрия. При клинически незначимых узлах (до 3 см в диаметре) более эффективно использование низкодозированных комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (комбинированных оральных контрацептивов [КОК]) по контрацептивной схеме курсами по 3-4 мес [40]. Помимо КОК, стабилизирующим эффектом на мелкие миоматозные узлы обладает и внутриматочная гормональная рилизинг-система с левоноргестрелом [28, 32].



Несмотря на достижения лекарственной терапии больных миомой матки, приходится констатировать, что хирургическое лечение и сегодня остается основной рассматриваемой тактикой ведения этого заболевания [11, 22]. При этом совершенно недопустимо противопоставление консервативного и хирургического методов. Патогенетически обоснованной концепцией лечения вышеуказанного заболевания является комбинированное воздействие – хирургическое и медикаментозное.

Хирургическому лечению подвергается до 70% пациенток с миомой матки [2]. Следует отметить, что в структуре оперативных вмешательств превалирует удельный вес радикальных операций (60,9–95,3%), связанных со значительной хирургической травмой, кровопотерей, утратой репродуктивной и менструальной функций, формированием постгистерэктомического синдрома. Последний даже при сохранении яичников характеризуется дефицитом женских половых гормонов, что объясняется пересечением яичниковой ветви маточной артерии во время операции и вызывает острую нехватку крови для значительной части яичников [5]. Поэтому сохранение матки и профилактика рецидива миомы, особенно у молодых женщин, являются одним из ведущих направлений современной хирургии.

Консервативно-пластические операции выполняются довольно редко (не более чем в 10–12% случаев), что неоправданно мало и требует изменения хирургической тактики и безусловного расширения показаний к проведению органосберегающих вмешательств (рис. 1) [3, 13, 22]. Низкая

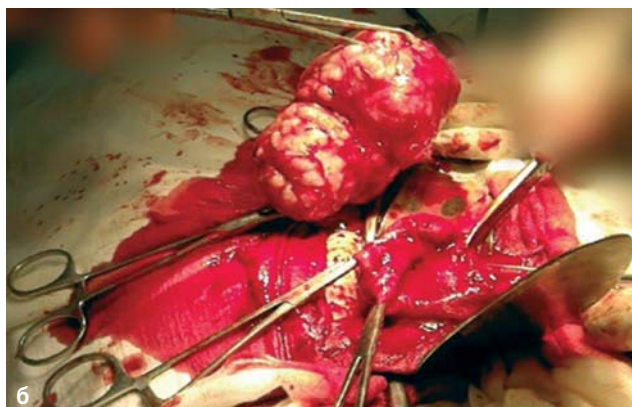
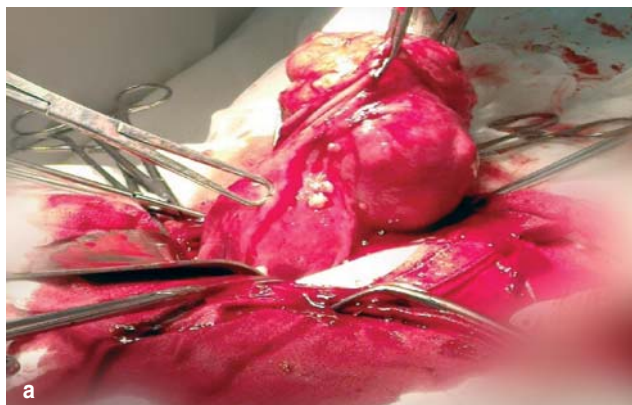


Рис. 1. Лапаротомия: консервативная миомэктомия

частота проведения консервативно-пластических операций связана с онкологической настороженностью к данной категории больных.

Выбор объема оперативного вмешательства у больных миомой матки является дискуссионным. Поэтому весьма важно четко определить показания к оперативному лечению, которое может быть как консервативным, так и радикальным. Миомэктомия осуществляется различными хирургическими доступами: лапаротомическим, влагалищным, лапароскопическим, гистерорезектоскопическим.

Согласно Приказу МЗ Украины от 29.12.2003 г. № 620 «Об организации оказания стационарной акушерско-гинекологической и неонатологической помощи в Украине», показаниями к оперативному лечению миомы матки являются:

- размер миомы матки > 12–14 нед беременности;
- быстрый рост опухоли (> 4 нед в течение года);
- повторяющиеся обильные маточные кровотечения, приводящие к анемии;
- наличие субмукозной миомы матки;
- рождающийся миоматозный узел;
- стойкий болевой синдром;
- нарушение функции соседних с маткой органов;
- шеечная локализация узлов;
- острое нарушение питания миоматозного узла (рис. 2);
- бесплодие;
- сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов, наличие субсерозного узла на тонком основании;
- интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к постоянному болевому синдрому и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников [9].

Экстирпацию матки рекомендуется проводить только пациенткам пери- и постменопаузального возраста при наличии гиперпластических

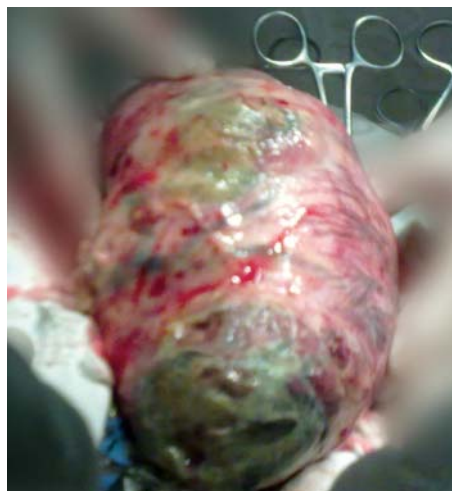


Рис. 2. Лапаротомия: острое нарушение питания миоматозного узла



процессов эндометрия, патологических изменений шейки матки, а также при опущении стенок влагалища и хаотическом расположении множественных миоматозных узлов.

В настоящее время гистерэктомия применяется все реже, уступая место более современным, щадящим, малотравматичным, малоинвазивным, высокоэффективным методам лечения: эмболизации маточных артерий [41], абляции при помощи фокусированного ультразвука под контролем МРТ [14, 15, 48], трансвагинальной и лапароскопической окклюзии маточных артерий, криомиолизу, электромиолизу.

Развитие органосохраняющих оперативных технологий в последние годы является приоритетным направлением в гинекологической практике.

Существующие сегодня знания позволяют сформулировать четкие показания к миомэктомии у женщин репродуктивного возраста:

- миома, деформирующая полость матки, устья маточных труб;
- субсерозный узел на ножке;
- миома больших размеров (> 8-10 см в диаметре);
- привычное невынашивание беременности;
- сочетание миомы матки с эндометриозом, кистой яичника и др.

Основной задачей проведения данной операции является сохранение органа, восстановление нормальной анатомии матки с целью сохранения или восстановления менструальной и детородной функций у женщин. Многочисленными исследованиями доказано, что миомэктомия позволяет повысить частоту наступления и вынашивания беременности у пациенток с бесплодием при миоме матки без сопутствующей патологии [30, 39, 42]. Репродуктивная функция после оперативного лечения восстанавливается у 31,7-67% пациенток. Отмечается четкая корреляция с возрастом женщины: до 30 лет беременность наступала в 78% случаев; от 30 до 35 – в 45%, старше 35 лет – лишь в 6,3% [13]. Возможность выполнения различных вмешательств зависит также от уровня мастерства хирурга.

Предоперационная подготовка имеет большое значение для исхода оперативного вмешательства. Она необходима для уточнения объема операции, выбора наименее инвазивного доступа (абдоминальный или влагалищный) и метода оперативного вмешательства (лапароскопия, лапаротомия). Пациенткам проводят стандартное клиническое обследование с целью выявления и последующей коррекции экстрагенитальных заболеваний, цитологическое исследование на атипические клетки, расширенную кольпоскопию, при необходимости – биопсию шейки матки.

подавляющее большинство отечественных и зарубежных исследователей рекомендует использование аГнРГ перед проведением консервативной миомэктомии при наличии миоматозных узлов размером 5 см и более, что позволяет уменьшить

объем интраоперационной кровопотери и размеры узлов, а также облегчить вылушивание их из матки. По данным разных авторов, курс предоперационной терапии перед миомэктомией составляет от 3 до 6 мес [17]. Госпитализация планируется в первую фазу менструального цикла или через 5-6 нед после первой инъекции препарата на фоне медикаментозной аменореи.

Согласно взглядам А.Л. Тихомирова и соавт. (2007), миомы, подвергшиеся воздействию аГнРГ, «вмуровываются» в миометрий, что может усложнить их вылушивание и поиск узлов, а также привести к быстрому рецидиву заболевания. Поэтому эти ученые считают назначение данной группы препаратов до операции нецелесообразным [29]. Не стоит забывать и о так называемом flare-up-эффекте, на фоне которого в первые 5-6 дней после инъекции аГнРГ может наблюдаться резкий рост узлов.

При проведении миомэктомии во главу угла должна быть поставлена последующая состоятельность рубца на матке у тех пациенток, которые оперируются по поводу бесплодия, а также планируют или не исключают беременность в дальнейшем.

На форуме «Мать и дитя» в октябре 2007 г. в докладе академика Г.М. Савельевой прозвучал призыв отказаться от лапароскопического доступа при выполнении миомэктомии узлов любой локализации. По мнению ряда авторов, лапароскопия не позволяет наложить на матку швы, способные обеспечить формирование полноценного рубца [10, 21, 38]. Неадекватность сближения слоев миометрия является фактором риска разрыва матки из-за последующей неполноценности рубца. Даже при хорошем владении лапароскопической техникой добиться должной кооптации краев раны не всегда удается. Полноценность рубца после таких вмешательств, его состоятельность во время беременности и родов сомнительны. Частота разрывов матки во время беременности достоверно выше, чем после абдоминальной миомэктомии.

Благодаря возможности более тщательного послойного сопоставления раны при чревосечении и ушивании ложа узла, особенно глубоко интрамурально расположенных узлов, и отсутствию коагуляционного некроза тканей, лапаротомия является методом выбора при выполнении миомэктомии.

Лапароскопическую миомэктомию целесообразно проводить пациенткам с миомой матки, имеющим преимущественно субсерозную и субсерозно-интерстициальную локализацию узлов и сочетанную патологию (наружно-генитальный эндометриоз, трубно-перитонеальное бесплодие, поликистозные яичники). Лапароскопический доступ ограничен размерами узлов (более 9 см), сложен при большом количестве крупных узлов, преимущественно межмышечной или атипичной локализации [9, 12].





Открытый абдоминальный и лапароскопический доступы не являются конкурирующими, каждый из них имеет свои показания и преимущества [8, 43].

Влагалищная миомэктомия выполняется через заднюю или переднюю кольпотомию [31]. Необходимым условием вагинальной миомэктомии является адекватная мобильность матки и отсутствие спаечного процесса, выраженного стеноза влагалища.

Пациенткам с субмукозной локализацией узлов показано выполнение гистерорезектоскопии [12].

Для формирования полноценного рубца на матке и благоприятного вынашивания последующей беременности чрезвычайно важными являются:

- четкое определение локализации всех узлов;
- выбор рационального разреза на матке в соответствии с направлением гладкомышечных пучков матки при определенной локализации миоматозного узла;
- вылушивание узлов со вскрытием капсулы;
- проведение тщательного гемостаза, отказ от применения электрокоагуляции;
- использование ареактивного синтетического длительно рассасывающегося шовного материала (викрил 0-00).

При выборе направлений разрезов на матке следует придерживаться схемы, предложенной С.Н. Давыдовым (1970), основанной на закономерностях анатомического расположения внутриорганных ветвей маточных артерий. В области перешейка матки артериальные ветви располагаются горизонтально. В теле матки ветви маточных артерий идут в косом направлении – снаружи внутрь, снизу вверх. У реберного края матки ветви артерий направляются дугообразно вверх и анастомозируют между собой в горизонтальном направлении по оси тела матки [7]. По мере приближения ко дну матки направление артериальных ветвей становится менее крутым, а в области дна матки – соответствует его очертаниям. Таким образом, разрезы на теле матки при миомэктомии следует проводить дугообразно в соответствии с ходом кровеносных сосудов.

При любом расположении узлов следует производить разрез по верхнему полюсу узла во избежание травмы коллатералей сосудистых пучков. При больших интралигаментарных и шеечно-перешеечных узлах иногда необходимо пересечение круглой связки матки для более бережного их удаления и проведения тщательного гемостаза. Обязательным моментом при интралигаментарной, шеечно-перешеечной локализации узлов и под *plica rectouterina* является определение расположения мочеочника и сосудистого пучка.

Важное место в исходе операции отводится использованию адекватного шовного материала, а именно синтетических длительно рассасывающихся нитей с антибактериальным покрытием (викрил 0-00, монокрил). Применение этих нитей

связано с их универсальными свойствами – отсутствием аллергенности, минимальной тканевой реакцией и прочностью.

Ложе удаленного узла ушивается отдельными викриловыми швами, при этом необходимо хорошо видеть дно раны и сопоставляемые боковые поверхности. При вскрытии полости матки ушивается в три ряда (слизисто-мышечный, мышечно-мышечный, серозно-мышечный швы). Без вскрытия полости матки ушивание проводится в два ряда (мышечно-мышечный, серозно-мышечный швы). Во избежание образования гематом в ране и для формирования полноценного рубца рекомендуется прокалывать всю толщу миометрия и глубоко захватывать ткани. Необходимо сопоставлять края раны так, чтобы не оставалось «мертвых» пространств, оптимальное расстояние между швами должно составлять от 1,0 до 1,5 см. Второй ряд швов – серозно-мышечный; для обеспечения лучшего кровоснабжения швов целесообразно накладывать их в промежутках между первым рядом швов.

Миомэктомия характеризуется высокой склонностью к спайкообразованию, особенно при задней локализации узлов. В этой связи в последнее время специалистами широко используются противоспаечные барьеры *interceed* и *intercoat*. *Interceed* уменьшают образование спаек при гинекологических, акушерских и хирургических операциях на брюшной полости. При этом обязательно выполняется тщательный гемостаз, бережное отношение к тканям, ирригация операционного поля в конце операции, гидроперитонеум [3].

Известно, что рецидивирование миомы или продолжение роста мелких узлов – довольно частое явление, которое встречается в 9-55% случаев [3, 12]. Частота рецидивирования зависит от длительности наблюдения. Проведение хирургического лечения значительно улучшает прогноз в отношении беременности, однако нарушенное гормональное и иммунное соотношение вновь приводит к образованию опухоли при отсутствии коррекции выявленных нарушений сразу после операции.

После консервативной миомэктомии при наличии миомы матки больших размеров с множеством узлов преимущественно интрамуральной локализации с деформацией полости или расположенных атипично (шеечно-перешеечная зона или межсвязочно), а также при сочетании миомы с внутренним или наружно-внутренним эндометриозом все пациентки, начиная с раннего послеоперационного периода, в обязательном порядке должны подвергаться дальнейшему комплексному консервативному лечению, включающему применение аГнРГ и КОК, с целью профилактики рецидива заболевания. Курс послеоперационной терапии аГнРГ составляет 3-4 мес. Временное выключение оперированной матки из



функционального процесса способствует лучшему заживлению раны и формированию полноценных рубцов.

Планирование беременности разрешается сразу после восстановления менструации по окончании курса лечения аГнРГ (в среднем через 6-7 мес после операции), так как к этому времени формируется рубец на матке. При более массивных узлах максимальный срок реабилитации и возможного наступления беременности составляет 9-12 мес от даты проведения операции.

Исследованиями Э.Х. Фахрутдиновой (2004) по изучению репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии доказано ее высокую эффективность. Репродуктивный потенциал пациенток после выполнения данного оперативного вмешательства определяется состоянием овариального резерва. Маркерами состояния овариального резерва являются возраст женщины, характер менструального цикла, уровень фолликулостимулирующего, антимюллерова гормонов, объем яичников, число антральных фолликулов в них. Содержание антимюллерова гормона отражает величину пула примордиальных фолликулов, не зависит от значений других параметров и может выступать наиболее точным маркером состояния овариального резерва [19].

По мнению многих исследователей, возраст пациентки старше 40 лет является показанием для лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В связи с этим становится актуальной проблема лечения бесплодия у женщин после консервативной миомэктомии, поскольку в большинстве случаев они подвергаются оперативному лечению в позднем репродуктивном возрасте.

Проведение программ ВРТ с использованием собственных ооцитов перспективно у женщин, имеющих нормальный овариальный резерв. Возраст 42 года следует считать критическим для получения собственных ооцитов в программе ВРТ. Все пациентки со сниженным и крайне низким овариальным резервом нуждаются в использовании ооцитов донора. Эффективность программ ВРТ у женщин позднего репродуктивного возраста определяется состоянием овариального резерва [17].

Результаты исследований многих авторов свидетельствуют, что только в течение I триместра беременности часто происходит быстрое увеличение размеров миомы матки; на протяжении II и III триместров размеры опухоли обычно не изменяются.

Наличие миомы матки при беременности ассоциируется с повышением частоты таких акушерских осложнений, как угроза прерывания беременности на различных сроках, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, неправильное положение и предлежание плода, отслойка плаценты. Одним из серьезных осложнений беременности является

некроз миоматозного узла, который может наступить на различных сроках гестационного периода. Его частота колеблется от 6 до 18%. Основным фактором, обуславливающим возникновение некроза в межмышечных узлах опухоли, является развитие тромботических процессов в снабжающих ее кровью сосудах.

Роды у беременных с миомой матки также проходят с такими осложнениями, как преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде и др.

Осложненное течение беременности и родов определяет высокую частоту применения оперативных вмешательств и акушерских пособий у пациенток с миомой матки и требует как от женщины, так и от врача строго дифференцированного подхода к ведению беременности, а также определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае.

В последние годы акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при ее сочетании с миомой матки. Частота миомы матки при беременности колеблется от 0,3 до 18% [23]. При быстром росте миомы матки с узлами больших и гигантских размеров, которые препятствуют дальнейшему росту плода, шеечно-перешеечном и интралигаментарном расположении узлов (с симптомами сдавления тазовых органов), некрозе узла возникает необходимость выполнения миомэктомии во время беременности.

Миомэктомию на фоне беременности можно рассматривать как операцию по жизненным показаниям [13, 50]. Сложность ее проведения у беременных и высокий перинатальный риск требуют очень тщательного и взвешенного решения о необходимости и возможности выполнения этого оперативного вмешательства. Оптимальный срок проведения консервативной миомэктомии — 16-18 нед беременности. Принимая во внимание высокий риск прерывания беременности после миомэктомии, целесообразно назначать средства, направленные на пролонгирование беременности (спазмолитики, токолитики, сульфат магния), как в предоперационном периоде, так и после операции.

При проведении операции необходимо выполнять следующие условия:

- соблюдение минимальной травматичности операции;
- проведение нижней срединной лапаротомии с разрезом достаточной длины;
- бережное отношение к матке, создание благоприятных условий для формирования полноценного шва (использование викрила 0 и 1, тщательный гемостаз, техника наложения швов).





При благоприятном исходе оперативного лечения – наступлении беременности и ее нормальном течении – подавляющее большинство акушеров отдает предпочтение оперативному родоразрешению. Отказ многих специалистов от вагинальных родов после консервативной миомэктомии продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки. Результаты же зарубежных исследований, в которых изучалась проблема родоразрешения беременных с оперированной маткой, свидетельствуют о том, что абдоминальные роды у них – не единственный и далеко не оптимальный метод родоразрешения. Роды у беременных с оперированной маткой должны проводиться под тщательным мониторингом контролем за состоянием плода, характером родовой деятельности, клинической оценкой состояния рубца на матке.

Абсолютными показаниями к плановому кесареву сечению у беременных после миомэктомии являются:

- рубец на матке после удаления: субсерозно-интерстициального узла, расположенного на задней стенке матки; интралигаментарной и шеечной миомы матки; нескольких интерстициальных или интерстициально-субсерозных узлов больших размеров;
- тазовое предлежание;
- крупный плод;
- двойня;
- клинические и экоскопические признаки неостоятельности рубца на матке;
- плацентация в области рубца на матке [16].

Показания к последующему удалению матки во время кесарева сечения следующие:

- множественная миома матки с различными вариантами расположения миоматозных узлов у женщин позднего репродуктивного возраста (39-40 лет и старше);
- некроз межмышечного узла;
- рецидив (дальнейший рост миоматозных узлов) после ранее произведенной миомэктомии;
- расположение миоматозных узлов в области сосудистых пучков, нижнем сегменте матки, перешейке и шейке матки, межсвязочная локализация, центрипетальный рост и подслизистые узлы.

В заключение можно отметить, что на сегодняшний день современный подход к лечению пациенток репродуктивного возраста с миомой матки состоит в оперативном удалении миоматозных узлов или в комбинации хирургического метода и гормонмодулирующей терапии. При выборе объема вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, следует придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии. К радикальным операциям прибегают только в тех случаях, когда все другие возможности как хирургического, так и медикаментозного лечения исчерпаны.

Таким образом, развитие органосохраняющих неоперативных технологий в последние годы является приоритетным направлением в гинекологической практике.

### Литература

1. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки // Медицинская кафедра. – М., 2003. – № 4(8). – С. 110-118.
2. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки // Автореф. дис... канд. мед. наук. – М. – 2004. – 24 с.
3. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста. Вопросы патогенеза, техника операции, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты. // Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1999. – 51 с.
4. Буянова С.Н., Титченко Л.И., Титченко И.П. и др. Возможности современных ультразвуковых технологий в определении клинко-патогенетического варианта миомы // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 5. – С. 36-38.
5. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Гилязудинова З.Ш. Миома матки // Онкогинекология: рук. для врачей. – М: МЕДпресс, 2000. – 383 с.
7. Давыдов С.Н. О выборе рациональных разрезов на матке // Акушерство и гинекология. – 1955. – № 5. – С. 49-54.
8. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Ланчинский В.И. Лапароскопическая миомэктомия // Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / Под ред. И.И. Ищенко. – 2004. – С. 48-56.
9. Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки // Дис... докт. мед. наук. – М., 2003. – 255 с.
10. Корсак В.С., Щербина Л.А., Шелаева Е.В. Полный разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии (описание случая) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. – № 2: LIV. – С. 108-112.
11. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 5: 2: 74-76.
12. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
13. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
14. Кулаков В.И., Кира Е.Ф. Термическая абляция миоматозных узлов фокусированным ультразвуком – новый метод неинвазивной хирургии // Акуш. и гинекол. – 2006. – № 5. – С. 3-5.
15. Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В. и др. Патогенез воздействия ФУЗ-абляции на миому // Материалы IX всероссийского научного форума «Мать и дитя». Сб. научн. тр. – М., 2007. – 696 с.
16. Логотова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Акушерство и гинекология. – 1999. – №3. – С. 21-23.
17. Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста // Акуш. и гин. – 2000. – № 3. – С. 12-14.



18. Мишиева Н.Г., Назаренко Т.А. Актуальные проблемы поздней репродукции женщин // Репродуктивное здоровье женщины и гормоны: Сб. науч. трудов. – М., 2004. – С. 13-16.
19. Мишиева Н.Г. Бесплодие у женщин позднего репродуктивного возраста: принципы диагностики и лечения в зависимости от овариального резерва // Дис. докт. мед. наук – М., 2008.
20. Пальцев А.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. – М: Медицина, 1995. – 224 с.
21. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. акуш. гин. и перинатол. – 2007; 6: 1: 57-60.
22. Савицкий Г.А. О хирургическом лечении миомы матки у женщин младшей возрастной группы // В сб.: Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин. – СПб. – 1997. – С 160-161.
23. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб.: «Элби», 2003. – 236 с.
24. Самойлова Т. Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – М., 2003. – 236 с.
25. Семенов Н.С. Возможности эхографии, ЦДК и доплерометрии в диагностике миомы матки и оценке восстановления репродуктивной системы при консервативной миомэктомии: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2000. – 21 с.
26. Сидорова И.С. Миома матки: современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. – Медицинское Информационное Агентство, 2003. – 256 с.
27. Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Леваков С.А. Роль факторов роста и экстрацеллюлярного матрикса в патогенезе простой и пролиферирующей миомы матки // Врач. – 2004. – № 1. – С. 32-34.
28. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., Лубнин Д.М. Современный алгоритм комплексного консервативного лечения больных миомой матки // Гинекология. – 2002. – С. 7-9.
29. Тихомиров А.Л. Рациональное использование современных возможностей в лечении миомы матки. Монография: М., 2007. – 46 с.
30. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М, 2004. – 24 с.
31. Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А. Влагалищный доступ. Консервативная миомэктомия // Конгресс «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., 2010. – С. 148.
32. Шилаев А.Ю. Лейомиома матки (в помощь начинающему врачу) // Гинекология. – 2005. – Т. 7, №1. – С. 65-70.
33. Bajekal N., Li T.C. Fibroids, infertility and pregnancy wastage // Hum Reprod Update. – 2000; 6(6): 614-20.
34. Donnez J., Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? // Human Reproduction. – 2002, 17 (6): 1424-1430.
35. Luo X., Ding L., Xu J. et al. Leiomyoma and myometrial gene expression profiles and T response to gonadotropin releasing hormone analogue (GnRHa) therapy // Endocrinology. – 2004. – Vol. 16.
36. Meresman G.F., Bilotas M.A., Lombardi E. Effect of GnRH analogues on apoptosis and release of interleukin-1beta and vascular endothelial growth factor in endometrial cell cultures from patients with endometriosis // Hum Reprod. – 2003; 18(9): 1767-71.
37. Murphy J., Tsibris J., Tsibris A. et al. Regulation by estrogen: the transforming growth factor b system in uterine leiomyomas. Society for Gynecological Investigation, Annual Meeting. – 1994, Chicago, IL, USA, May, Abstract, P21.
38. Nkemayim D.C., Hammadeh M.E., Hippach M.: Uterine rupture in pregnancy subsequent to previous laparoscopic electromyolysis. Case report and review of the literature. Arch Gynecol Obstet, 2000, Nov; 264(3): 154-6.
39. Poncelet C., Benifla J.L., Batallan A., Darai E., Madelenat P. Myoma and infertility: analysis of the literature // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2001. – Vol. 29. – № 6. – P. 413-421.
40. Rabinovici J. Pregnancies and Deliveries After MR-Guided Focused Ultrasound Surgery For the Conservative Treatment Of Symptomatic Uterine Fibroids. // MRgFUS. – 2008-Selected scientific abstracts, Washington, 2008, 16 p.
41. Ravina J.H., Ciraru-Vigneron N., Aymard A., Le Dref O., Merland J.J. Pregnancy after embolization of uterine myoma: report of 12 cases. // Fertil. Steril. 2000; 73: 1241-1243.11.
42. Rossetti A., Sizzil O., Soranna L., Cucinelli F, Mancuso S., Lanzone A. Long-term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy // Human Reproduction. – 2001. – Vol. 16, N. 4. – P. 770-774.
43. Seracchioli R. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy // Hum Reprod, 2000, 15: 2663-8.
44. Spitz I.M. Progesterone antagonists and progesterone receptor modulators // Exp. Opin. Invest. Drugs. – 2003. – 12(10): 1693-1707.
45. Stanton S.Z. eds. Gynecology. 3ed ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003. – P. 479-494.
46. Stewart E.A., Faur A.V. Future Treatments for Fibroids // Contemp ob/gyn, 2000; 45: 26.
47. Stewart E.A., Gostout B., Rabinovici J., Kim H. S. et al. Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery // Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 110 (2). – P. 279-287.
48. Tempany C.M., Stewart E.A., McDannold N., Quade B. J., Jolesz F. A., Hynynen K. MRI-guided focused ultrasound surgery (FUS) of uterine leiomyomas: a feasibility Study // Radiology. – 2003, 226: 897-905.
49. Wang S., Su Q., Zhu S. et al. Clonality of multiple uterine leiomyomas // Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi, 2002; 31(2): 107-11.
50. Wittich A.C.; Salminen E.R.; Yancey M.K.; Markenson G.R. Myomectomy during early pregnancy // Military medicine 2000; 165(2): 162-4.



# Современные достижения в области онкогинекологии

*В сентябре 2011 г. в Судакe проходил XII съезд онкологов Украины. В его работе приняли участие около 1200 специалистов в области онкологии из всех регионов Украины и ближнего зарубежья, которые прибыли в Крым для того, чтобы обсудить наиболее актуальные вопросы диагностики и лечения раковых заболеваний.*

*Съезд онкологов Украины – традиционное мероприятие, заслужившее за долгие годы репутацию наиболее масштабного и наукоемкого события среди медицинской общественности нашей страны. В его рамках прошла специализированная выставка фармакологической продукции и новейшего медицинского оборудования ведущих международных и отечественных компаний, а также состоялись заседания порядка 15 секций. В частности, на секции онкогинекологии рассматривались тактические ошибки в терапии опухолей яичника, вопросы хирургического лечения трофобластической болезни беременности, использования современных методов сохранения фертильности у пациенток с онкологической патологией в различные возрастные периоды.*

**Л.И. Воробьева, д.мед.н., профессор, руководитель отдела онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины** выступила с докладом «**Тактические ошибки в лечении опухолей яичника**».

Недостаточная осведомленность врачей общелечебной сети о природе рака яичника (РЯ), особенностях метастазирования, адекватных подходах к диагностике и лечению данного заболевания приводит к тактическим ошибкам и неутешительным результатам терапии – в течение года после постановки диагноза умирает каждая третья больная. Ежегодно в мире регистрируют до 200 тыс. новых случаев РЯ и более 100 тыс. женщин умирает. При этом на I-II стадию болезни приходится только 30% впервые выявленных случаев патологии, в то же время распространенные формы составляют 70%. У женщин в постменопаузальном периоде РЯ встречается в 10 раз чаще, чем в пременопаузе.

В Украине регистрируют стабильные показатели заболеваемости РЯ с тенденцией к возрастанию и неизменно высокий уровень смертности. Ежегодно данную патологию диагностируют более чем у 4 тыс. пациенток (15,8 случая на 100 тыс. женщин). Таким образом, РЯ занимает 7-е место (5%) в структуре общей онкологической заболеваемости и 3-е – среди гинекологических опухолей после рака тела и шейки матки. Как следствие, РЯ

становится причиной смерти почти 2 тыс. молодых женщин. Результаты 5-летней выживаемости составляют только 25-30%, несмотря на применение последних достижений науки в лечении этой категории пациенток.

Большинство (85%) новообразований яичника развивается из покровного эпителия. Половина эпителиальных опухолей доброкачественные, 33% – злокачественные, 16% – пограничные, с низким потенциалом злокачественности (при некоторых морфологических признаках злокачественности инвазивный рост отсутствует). Эпителиальный РЯ чаще встречается у женщин старше 40 лет. Как правило, это кистозно-солидные образования, метастазирующие имплантационно по брюшине. Злокачественные опухоли половых органов у девочек поражают преимущественно яичники (86%), чаще всего они имеют неэпителиальную природу (герминогенные, опухоли стромы полового тяжа, гонадобластома).

Факторы риска эпителиального РЯ:

- наличие данного заболевания у родственниц 1-й линии родства;
- мутации генов BRCA1 и BRCA2;
- раннее менархе (до 11 лет);
- поздняя менопауза (после 55 лет);
- рак молочной железы в анамнезе;
- ранняя (до 20 лет) и поздняя (после 35 лет) первая беременность.

Диагностика РЯ предусматривает:

- сбор анамнеза (жалобы);
- оценку внешнего вида больной;
- анализ наследственности;
- ректовагинальное исследование;
- УЗИ;
- рентгенографию легких, ЖКТ;
- КТ, МРТ;
- определение опухолевых маркеров;
- лапароскопию.

Стандартным подходом к лечению больных РЯ является хирургическое вмешательство с последующей цикловой полихимиотерапией с адьювантной или лечебной целью.

Незамедлительное оперативное лечение показано при:

- опухоли солидного характера (вне зависимости от возраста и величины образования);
- опухоли кистозного характера у пациенток в пре- и менопаузальном возрасте (вне зависимости от величины образования);
- опухоли кистозного характера более 8 см в диаметре у женщин репродуктивного возраста.





Злокачественные опухоли яичника при проведении лапароскопии выявляют в 0,9-4,2% случаев.

С учетом агрессивности течения РЯ, склонности к имплантационному метастазированию необходимо строгое соблюдение следующих условий:

- извлечение опухоли в специальном контейнере;
- цитологическое исследование перитонеальной жидкости, мазков с поверхности брюшины;
- проведение резекции второго (даже визуально непораженного) яичника, субтотальной резекции большого сальника;
- срочное морфологическое исследование (является решающим в определении тактики лапароскопической операции).

Невозможность выполнения одного из этих условий требует или завершения операции, или проведения конверсионной лапаротомии.

Выделяют два варианта нерадикальных операций: первый (лучший) вариант – неполный объем без хирургического стадирования. После пациентку направляют к онкогинекологу, в результате чего ей проводят повторную радикальную операцию в ближайшие сроки. Второй вариант (худший) – условно полный объем без хирургического стадирования. Длительный период ожидания окончательного гистологического заключения повышает частоту возникновения распространенных форм заболевания.

Оптимальным объемом оперативных вмешательств, выполняемых по поводу злокачественных новообразований яичников, являются экстирпация матки с придатками и субтотальная резекция большого сальника. При распространенных формах заболевания проводится экстраперитонеальная экстирпация матки с придатками, перитонеумэктомия, парааортальная лимфодиссекция.

У пациенток репродуктивного возраста с РЯ IA стадии возможно выполнение органосохраняющей операции в объеме удаления придатков, пораженных опухолью, резекции контралатерального яичника и субтотальной резекции большого сальника.

При проведении лапароскопических и полостных операций по поводу кист яичников необходимо соблюдать следующие правила:

- строгий предоперационный отбор больных;
- энуклеация опухоли в пределах здоровых тканей с удалением в контейнере;
- срочное гистологическое исследование.

Диагностические и тактические ошибки в лечении больных со злокачественными опухолями яичников обусловлены: низкой онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети; неадекватной интерпретацией данных, полученных в процессе обследования; интраоперационной недооценкой характера опухолевого процесса; неполным использованием клиничко-инструментальных методик для уточнения диагноза и, как результат, проведением нерадикальной операции.

Среди тактических ошибок при первичных оперативных вмешательствах выделяют следующие:

- недооценка макроскопической структуры опухоли яичника;
- отсутствие срочных цитологических и гистологических исследований;
- невыполнение резекции контралатерального яичника;
- нарушение принципов абластики;
- невыполнение резекции большого сальника.

Наибольшее количество тактических ошибок в хирургическом лечении опухолей яичников связано с невыполнением резекции большого сальника, в котором чаще всего выявляют метастазы РЯ. В макроскопически неизменном большом сальнике в 16-22% случаев определяют микрометастазы.

В завершение докладчик отметила, что ни одно из преимуществ лапароскопической хирургии не должно быть реализовано в ущерб онкологической радикальности.

В докладе, подготовленном группой авторов из Национального института рака МЗ Украины (Цип Н.П., Воробьева Л.И., Свинцицкий В.С., Турчак А.В., Неспрядько С.В.), были освещены результаты органосохраняющего хирургического лечения злокачественных трофобластических опухолей.

Трофобластическая болезнь беременности (ТББ) – это сборное понятие, включающее группу доброкачественных и злокачественных новообразований трофобласта. В литературе для обозначения этой болезни используют также термины «трофобластическая неоплазия» и «трофобластическая опухоль». ВОЗ в понятие ТББ включает пузырный занос (полный и частичный), инвазивный пузырный занос, хориокарциному, опухоль плацентарной площадки, эпителиоидную трофобластическую опухоль. Наиболее часто встречаемыми в клинической практике формами ТББ являются пузырный занос (полный – 72,2%, частичный – 5%) и хориокарцинома (17,5%).

Основным методом специального лечения ТББ является противоопухолевая лекарственная терапия, подбираемая согласно прогностической балльной шкале FIGO/ВОЗ. Применение современных режимов химиотерапии позволяет излечить 100% больных группы низкого риска (даже с метастатической формой заболевания) и 80% пациенток группы высокого риска консервативными методами с сохранением репродуктивной функции.

Используемые сегодня в лечении ТББ хирургические вмешательства можно разделить на следующие группы:

- эвакуация пузырного заноса;
- операции по экстренным показаниям (гинекологические и негинекологические);
- плановые хирургические вмешательства (органосохраняющие операции на матке, гистерэктомия, удаление химиорезистентных метастазов);
- малоинвазивные методы.



Эвакуация полного пузырного заноса осуществляется посредством:

- вакуум-аспирации (отсасывающей кюреткой диаметром 12 мм);
- кюретажа (основной метод хирургического лечения при размерах матки < 10 нед беременности);
- внутривенного введения окситоцина однократно (после полной эвакуации опухолевой ткани).

Эвакуация частичного пузырного заноса предполагает применение кюретажа (на малых сроках) или медикаментозного метода с помощью введения в полость матки простагландина E<sub>2</sub>.

Показаниями к выполнению повторных выскабливаний стенок матки являются уровень хорионического гонадотропина человека < 5000 МЕ/л и сонографически подтвержденное наличие остаточной ткани в полости матки. Кроме того, сформулировать в будущем показания к повторным выскабливаниям призвано исследование GOG-0242 (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00521118), начатое в октябре 2007 г.

На рисунке представлены результаты популяционных и госпитальных исследований по изучению частоты пузырного заноса в разных странах. В Украине лидерами по заболеваемости ТББ являются Волынская, Житомирская и Донецкая области.

В последнее время особо активно внедряются в практику малоинвазивные методы органосохраняющего хирургического лечения данной категории пациенток, которые включают:

- эндоскопические операции (торакоскопическая резекция легких, лапароскопические вмешательства: тубэктомия, гистерэктомия, резекция яичников, резекция кишечника), которые являются лечебными, а не диагностическими манипуляциями. При данной патологии допускается отсутствие морфологической верификации для назначения специальной терапии;
- катетеризацию и эмболизацию маточных артерий;
- пункцию кист яичников (трансабдоминальная под УЗ-контролем или трансфорникальная): позволяет снизить риск развития острых хирургических ситуаций (перекрут ножки кисты) у больных с кистами яичников, ускорить их регресс, нормализовать гормональный гомеостаз, уменьшить количество курсов химиотерапии и, следовательно, снизить общую стоимость лечения;
- локальное введение химиопрепарата в опухолевый узел в миометрии пациенткам из группы низкого риска с новообразованиями до 5 см в диаметре (метотрексат 0,4 мг/кг под УЗ-контролем на фоне системной монохимиотерапии этим препаратом стандартными

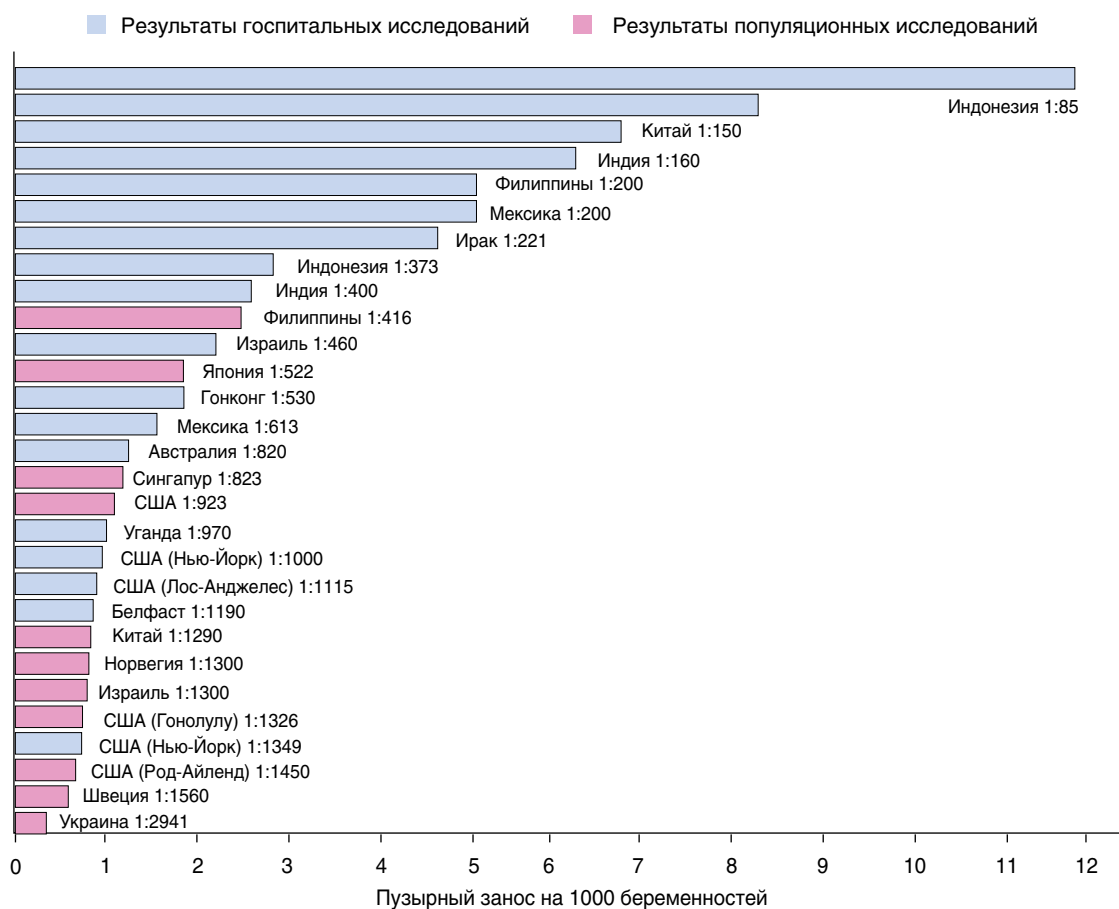


Рисунок. Эпидемиология пузырного заноса в странах мира



дозами). Небольшое количество наблюдений не позволяет объективно оценить целесообразность использования данного метода.

С помощью ангиографии проводятся как эмболизация маточных артерий с использованием частиц поливинилалкоголя (150–250 мкм или 355–500 мкм) либо bead block 700–900 мкм (Terumo), так и химиоэмболизация ветвей маточных артерий, питающих опухоль.

Согласно результатам исследования, у 30–60% пациенток с ТББ были диагностированы текалютеиновые кисты яичников (табл. 1). Если их размер составлял  $\geq 6$  см в диаметре, это считалось прогностически неблагоприятным фактором. У больных определялись кисты от 7 см в диаметре (чаще всего с множественными перегородками) и до огромных размеров, заполняющие всю брюшную полость.

**Таблица 1. Локализация текалютеиновых кист яичников у больных ТББ**

Морфологические варианты ТББ	В одном яичнике	В двух яичниках
Пузырный занос	69	38
Хориокарцинома	12	3
К-во пациенток, n (%)	81 (66,4)	41 (33,6)

В ходе исследования, цель которого заключалась в изучении эффективности органосохраняющего хирургического лечения злокачественных трофобластических опухолей, десяти пациенткам с вышеуказанным диагнозом была выполнена резекция матки (табл. 2).

Возраст женщин, которым были проведены плановые хирургические вмешательства, составлял от 17 до 32 лет. У 50% больных беременность, которая привела к развитию трофобластической опухоли, была первой. Продолжительность латентного периода колебалась от 1 до 15 мес (в среднем 6,8 мес). У большинства (60%) женщин диагностировали трофобластические опухоли, инициированные пузырьным заносом. Размер матки варьировал от 5 до 12 нед беременности (в среднем соответствовал 9 нед). По данным лучевых методов исследования, у всех пациенток обнаруживали опухолевые узлы в миометрии размером от 6 до 8 см в диаме-

тре. У двух (20%) больных диагностированы кисты яичников размером более 6 см в диаметре. У шести (60%) пациенток выявлена I стадия заболевания, у одной (10%) – II стадия, у трех (30%) – III стадия. В группу низкого риска ТББ входили шесть (60%) женщин, в группу высокого риска – четыре (40%). Первичное лечение получали восемь (80%) пациенток. У двух (20%) больных лечение по органосохраняющей программе было проведено по поводу рецидива заболевания.

Пациенткам были выполнены следующие плановые хирургические вмешательства: резекция дна матки с опухолевым узлом, резекция трубного угла матки, резекция передней стенки матки, резекция левого ребра матки, энуклеация опухолевого узла, атипичная резекция матки, резекция задней стенки матки. Пациентке с рецидивом заболевания (первичное лечение проводилось не на базе Национального института рака) выполнены комбинированная резекция левого ребра матки с рецидивной опухолью, резекция мочевого пузыря, атипичные резекции верхней, средней и нижней долей правого легкого. Восстановление менструальной функции было зарегистрировано через 1–3 мес после завершения химиотерапии. По данным УЗИ с цветным доплеровским картированием, ангиоархитектоника матки восстановилась в течение 3 мес после хирургического вмешательства. Срок наблюдения составил от 1 до 10 лет. Сообщений о возникновении рецидивов заболевания не поступало.

Результаты этих исследований и анализ существующих литературных данных показали, что молодых пациенток с химиорезистентными опухолями матки можно вылечить с сохранением репродуктивной функции, способствуя тем самым их полноценной медицинской и социальной реабилитации.

Группой авторов из Института клеточной терапии (Немтинов П.И., Шаблий В.А., Лобынцева Г.С.) был представлен доклад «Сохранение фертильности у пациенток с онкологической патологией в различные возрастные периоды».

Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний привело к значительному увеличению продолжительности жизни пациентов репродуктивного возраста. Однако у большой группы выживших больных развивается бесплодие, так как химио- и радиотерапия, применяемые в схеме

**Таблица 2. Характеристика больных с трофобластическими опухолями**

Характеристика больных	Неотложные хирургические вмешательства	Плановые хирургические вмешательства	Всего
К-во пациенток	2	8	10
Средний возраст, лет	21–31 (26)	17–32 (25)	17–32 (25)
К-во баллов по шкале FIGO/ВОЗ	2	7	6
Стойкая ремиссия	2	8	10
Смертность	0	0	0





лечения, повреждают репродуктивные органы. Поэтому онкопациенту перед началом лечения командой врачей должна быть проведена оценка степени риска бесплодия и предложен оптимальный способ сохранения способности к деторождению.

Основные пути сохранения фертильности у лиц женского пола — это хирургическое перемещение яичников из зоны облучения, медикаментозное подавление овуляции, криоконсервирование репродуктивных клеток и тканей перед началом противоопухолевой терапии с целью аутотрансплантации или использования в циклах вспомогательных репродуктивных технологий. Для девочек в препубертатном возрасте (до 9-12 лет) доступны только криоконсервирование овариальной ткани и хирургическое перемещение яичников из зоны облучения; в пубертатном периоде (с 10-12 до 14-16 лет) становится возможным также сохранение яйцеклеток; в постпубертатном периоде (15-17 лет и старше) — еще и криоконсервирование эмбрионов. У мужчин с фертильной и субфертильной спермой осуществляется криоконсервирование спермы, с азооспермией — пункция яичка или придатка яичка с последующим получением и криоконсервированием сперматозоидов; у мальчиков препубертатного возраста — криоконсервирование ткани яичка.

Показания для криоконсервирования овариальной ткани (репродуктивных клеток):

1. При злокачественных онкозаболеваниях:

- опухоли кости (остеосаркома, саркома Юинга);
- рак молочной железы;
- меланома;
- нейробластома;
- опухоль Вильмса (эмбриональная аденомиосаркома почки);
- злокачественные опухоли кишечника;
- злокачественные опухоли, не связанные с женской половой системой (саркома малого таза, рабдомиосаркома, опухоли подвздошной кости, ректосигмоидного отдела толстой кишки);

- злокачественные опухоли женских половых органов в малом тазу (ранний рак шейки матки, ранняя карцинома влагалища, ранняя карцинома вульвы, отдельные случаи карциномы яичника [стадия IA], пограничные опухоли яичника с низкой степенью злокачественности);

- системные заболевания (лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома, лейкемии [лейкозы], медуллобластома).

2. При незлокачественных онкозаболеваниях:

- одностороннее или билатеральное удаление яичников;
- доброкачественные опухоли яичников;
- тяжелый и рецидивирующий эндометриоз;
- носительство мутации BRCA1 или BRCA2;
- риск преждевременной менопаузы (синдром Тернера, генетическая наследственность);
- доброкачественные заболевания, требующие применения химиотерапии (аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Бехчета, болезнь Вегенера);
- доброкачественные гематологические заболевания (серповидноклеточная анемия, большая талассемия, апластическая анемия).

Перед тем, как сохранить овариальную ткань, у пациентки необходимо оценить риск метастазирования опухоли в яичники (табл. 3).

Фертильность у лиц женского пола может быть сохранена нижеописанными способами.

1. Сохранение овариальной ткани путем криоконсервирования:

- новый и перспективный метод сохранения фертильности;
- процедура лапароскопического забора ткани яичника технически несложная, а послеоперационный период перед началом основного лечения (химио- или радиотерапии) не длительный. Однако при этом не следует забывать об осложнениях, связанных с проведением лапароскопической операции;

Таблица 3. Оценка риска метастазирования в яичник (Yavuz Emre Sukur et al.)

Степень риска	Онкопатологии
Низкая	Чешуйчато-клеточная карцинома шейки матки Саркома Юинга Рак молочной железы (I-III стадия; инфильтрация протоков) Опухоль Вильмса Неходжкинская лимфома Лимфома Ходжкина Остеогенная саркома Негенитальная рабдомиосаркома
Средняя	Рак молочной железы (IV стадия; инфильтрация доли) Рак толстой кишки (включая опухоли прямой кишки и аппендикулярного отростка) Адено-/адено-чешуйчатая карцинома шейки матки Высококкачественные опухоли ЖКТ
Высокая	Лейкемии Лимфома Беркитта Нейробластома Генитальная рабдомиосаркома



- сегодня в мире после реимплантации ткани яичника рождено 12 детей и несколько женщин, забеременевших благодаря аутотрансплантации, находятся на различных сроках гестации.
2. Криоконсервирование зрелых яйцеклеток (ооцитов):
    - необходимо разрешение онколога на выполнение гиперстимуляции яичников. Согласно протоколу, применение тамоксифена или ингибиторов ароматазы уменьшает отрицательное воздействие гиперстимуляции на рост гормональнозависимых опухолей; при этом случаи удачной стимуляции редки;
    - возможность проведения гиперстимуляции яичников до начала лечения (от 2 до 6 нед);
    - отсутствие у женщины полового партнера, от которого она хотела бы иметь ребенка, или ее нежелание по этическим или религиозным причинам использовать для оплодотворения донорскую сперму;
    - очень низкая выживаемость и способность к оплодотворению у размороженных яйцеклеток (из 10 замороженных выживает 6, при этом лишь 2-3 из них способны к оплодотворению). Однако в мире имеются данные о 900 детях, рожденных таким способом.
  3. Выделение незрелых ооцитов и создание условий для их созревания *in vitro*. Существуют данные о рождении 1300 детей (400 сообщений о их перинатальном периоде), однако частота удачных имплантаций и наступления беременности значительно ниже по сравнению с экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО) с использованием зрелых яйцеклеток.
  4. Криоконсервирование эмбрионов (наиболее рутинный метод сохранения фертильности; после размораживания эмбрионы лучше выживают по сравнению с яйцеклетками, даже зрелыми):
    - разрешение онколога на выполнение гиперстимуляции яичников. Согласно протоколу гиперстимуляции, тамоксифен или ингибиторы ароматазы уменьшают ее отрицательное воздействие на рост гормональнозависимых опухолей, но случаи удачной стимуляции редки;
    - отсрочка (от 2 до 6 нед) на проведение гиперстимуляции до начала лечения;
    - наличие у женщины полового партнера, от которого она хочет иметь детей в дальнейшем, или согласие на оплодотворение ее яйцеклеток донорской спермой.
  5. Медикаментозное подавление овуляции (можно комбинировать с криоконсервированием ткани яичника).
  6. Хирургическое перемещение яичников из зоны облучения (можно комбинировать с криоконсервированием ткани яичника).

Условные критерии для проведения криоконсервирования ткани яичника (Anderson et al., 2008; Rosendahl M. et al., 2011):

- возраст пациентки до 35 лет;
- отсутствие детей;
- реальный шанс пятилетней выживаемости (хороший прогноз в отношении продолжительности жизни женщины);
- вероятность восстановления функции яичника, нарушенной проводимым лечением, достигает 50%;
- возраст старше 15 лет – ранее не проводилась химио- и радиотерапия;
- возраст до 15 лет – у пациенток после проведенной ранее химиотерапии средней интенсивности.

Трансплантация здоровой ткани яичника, подвергшейся криоконсервированию, позволяет преодолеть гормональную недостаточность и способствует восстановлению репродуктивной функции у пациенток, которые излечились от онкопатологии. Забор ткани проводится лапароскопически в условиях стационара, после чего ее помещают в специальную среду и доставляют в лабораторию (до 20 ч транспортировки). Ткань препарируют с разделением на стрипы (полоски размером 3x1x10 мм), 20% которых подвергается бактериологическому, вирусологическому исследованиям, контролю простейших микроорганизмов, а также проверяется на наличие опухолевых клеток (иммуногистохимический анализ); 80% стрипов замораживается.

Криоконсервированию подлежит кортикальный слой яичника, в котором созревают яйцеклетки. Размороженная и пересаженная в организм ткань способна синтезировать женские половые гормоны и продуцировать яйцеклетки. Более 70% фолликулов после криоконсервирования сохраняют нормальное строение и жизнеспособность. Размораживание фрагментов ткани производится непосредственно перед трансплантацией, которая выполняется лапароскопически в сайт сохранившегося яичника или в брюшную стенку (ортоотопическая трансплантация) либо в специально сформированный карман под кожей предплечья или нижней части живота пациентки (гетеротопическая трансплантация). В первом случае после приживания трансплантата может наступить физиологическая беременность, во втором – созревающие яйцеклетки извлекаются для проведения ЭКО.

Подводя итог вышеизложенному, можно отметить, что многообразие современных репродуктивных технологий позволяет подобрать оптимальный способ сохранения способности к деторождению как одной из важнейших составляющих высокого качества жизни у пациенток с онкологической патологией в различные возрастные периоды.

Подготовила Марина Малей



# Флебодиа 600 — препарат универсального действия в лечении пациенток с патологией беременности

N. Milchev, J. Apiosyan, I. Batashki, D. Markova

Клиника акушерства и гинекологии при университетской больнице Святого Георгия, Пловдив (Болгария)

На сегодняшний день особенно актуальными являются проблемы сохранения здоровья женщин фертильного возраста и профилактики осложнений беременности. Среди основных патологий, ассоциируемых с беременностью, на первом месте находятся такие нозологии, как дисфункция плаценты, преждевременные роды и преэклампсия. Именно они представляют угрозу для здоровья матери и являются причинами ранней неонатальной и младенческой смертности. Важным моментом является поиск новых препаратов, которые можно использовать в терапии беременных без риска возникновения побочных эффектов, характерных для традиционных схем лечения.

На фармацевтическом рынке достаточно давно присутствует препарат Флебодиа. Специалисты уже убедились в его эффективности при лечении симптомов, связанных с хронической венозной и лимфатической недостаточностью. Результаты новых исследований доказали, что препарат Флебодиа можно с успехом применять в составе комплексной терапии пациенток с преэклампсией, дисфункцией плаценты и угрозой преждевременных родов. Применение данного лекарственного средства патогенетически обоснованно, безопасно и эффективно.

**Дизайн исследования.** В исследование вошли 50 пациенток с риском преждевременных родов на сроках беременности 28–34 нед, которые были распределены на две группы. Группу А (n = 25) составляли женщины, получавшие токолитическую терапию — препараты магния, спазмолитики и антагонисты кальция. В группе В (n = 25) пациентки получали токолитическую терапию по идентичной схеме в комбинации с приемом препарата Флебодиа по 1 таблетке ежедневно.

## Методы исследования

- Нестрессовый тест (НСТ) для регистрации сокращений матки.
- УЗИ для определения резистентности кровотока в а. umbilicalis.
- УЗИ биофизического профиля плода.
- Субъективная оценка характера сокращений матки самими пациентками.

Полученные результаты исследования представлены в таблице 1.

При анализе результатов исследования обеих групп пациенток у тех лиц, которые принимали Флебодиа по 1 таблетке в день в дополнение к основной терапии, наблюдался более быстрый ответ на лечение (в частности отсутствие сокращений матки). Также было отмечено снижение индекса резистентности кровотока в а. umbilicalis, который варьировал в пределах референтных значений, характерных для этого периода беременности.

Этот факт объясняется улучшением венозного оттока из вен нижних конечностей и увеличением возврата крови к сердцу. Изменений в показателях биофизического профиля плода не выявлено в обеих группах.

Разнонаправленность механизмов действия Флебодиа на уровне микроциркуляции, нарушение которой является одной из причин возникновения дисфункции плаценты и внутриутробной задержки развития плода у пациенток с преэклампсией, определяет основополагающее место этого препарата в лечении данной распространенной патологии.

Кроме того, нами было изучено влияние препарата Флебодиа на состояние беременных с преэклампсией легкой и средней степени тяжести.

Таблица 1. Оценка влияния препарата Флебодиа на маточные сокращения

Группа	НСТ		Определение резистентности кровотока в а. umbilicalis	
	До начала лечения	На 3-ьи сутки после начала терапии	До начала лечения	На 5-е сутки после начала терапии
А	Нерегулярные сокращения матки	Единичные сокращения матки	0,57	0,55
В	Нерегулярные сокращения матки	Сокращений матки не наблюдалось	0,56	0,54





**Дизайн исследования.** В исследование были включены 60 женщин с риском преждевременных родов на сроках беременности 32–38 нед. Все пациентки были разделены на две группы. В первую группу ( $n = 30$ ) вошли беременные, которые получали комплексную терапию преэклампсии – антигипертензивные, вазоактивные препараты, а также витаминотерапию. Вторую группу ( $n = 30$ ) составили пациентки, получавшие токолитическую терапию по идентичной схеме в сочетании с 1 таблеткой Флебодиа ежедневно.

#### Цели исследования

- Оценка эффективности препарата Флебодиа в отношении показателей кровотока в пупочной артерии плода.
- Изучение изменений отдельных параметров биофизического профиля плода.
- Определение влияния данного препарата на состояние венозного кровотока в нижних конечностях.

В обеих группах оценивали следующие параметры:

- индекс резистентности кровотока в а. umbilicalis;
- биофизический профиль плода, данные НСТ, количество амниотической жидкости, дыхательная и двигательная активность плода, степень зрелости плаценты;
- наличие и выраженность отечности нижних конечностей: объективная оценка врачом и субъективная – самими пациентками.

Результаты исследования представлены в таблице 2.

Более быстрое снижение индекса резистентности кровотока в а. umbilicalis отмечалось в группе пациенток, принимавших Флебодиа в составе комплексной терапии преэклампсии. Такой эффект от применения этого препарата объясняется улучшением венозного кровотока и диастолической функции сердца. При анализе результатов отмечено более быстрое улучшение исследуемых показателей у беременных во второй группе, получавших Флебодиа по 1 таблетке в день. По завер-

**Таблица 2.** Влияние препарата Флебодиа на состояние беременных с преэклампсией легкой и средней степени тяжести

Группа	Индекс резистентности кровотока в а. umbilicalis	
	На 3-тй сутки после начала терапии	На 5-е сутки после начала терапии
Первая	0,61	0,58
Вторая	0,60	0,54

шении исследования при объективной и субъективной оценках выраженности отечности нижних конечностей выявлено ее уменьшение, что связано с венотоническим действием препарата и улучшением венозного кровотока и лимфотока.

#### Механизм действия препарата Флебодиа (схема)

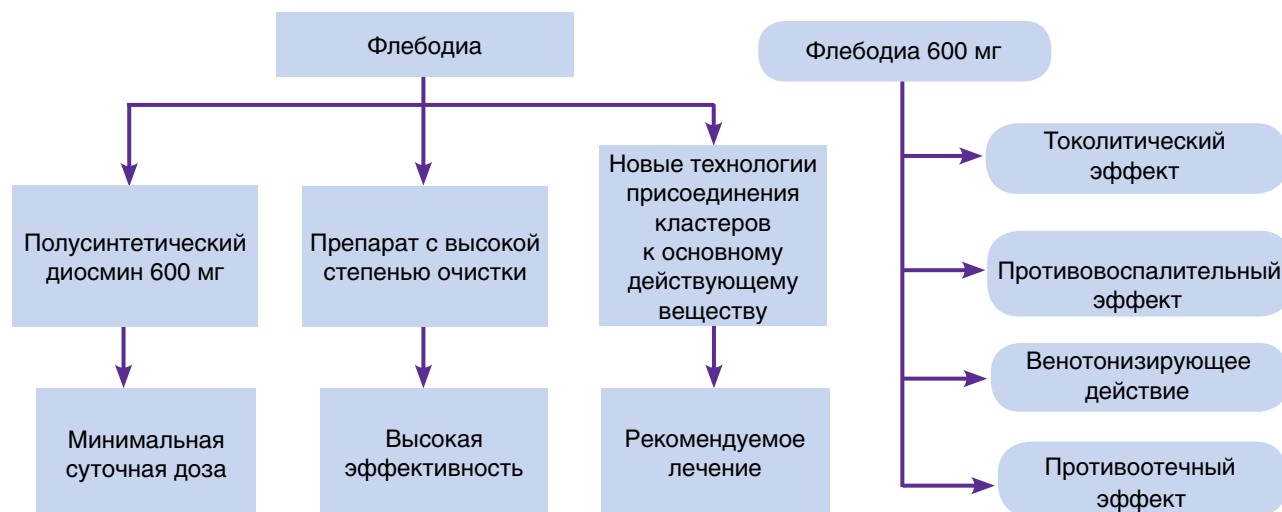
##### На уровне венозной системы:

- способствует повышению тонуса венозной стенки за счет стимуляции активности адренорецепторов;
- повышает эластичность венозной стенки;
- уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозную клетчатку. За счет этого сокращаются потери белка через венулы;
- снижает содержание лизосомальных ферментов.

##### На уровне лимфатической системы:

- стимулирует лимфодренаж;
- улучшает лимфоотток, а также способствует повышению лимфатического онкотического давления. За счет этого стимулируется циркуляция тканевой жидкости в направлении от интерстициальной ткани к лимфатическим сосудам;
- способствует повышению тонуса и частоты сокращений лимфатических сосудов;
- понижает интралимфатическое давление;
- способствует увеличению числа функционирующих капилляров и уменьшает скопление лимфы.

**Схема. Универсальный механизм действия**



**Влияние на процессы микроциркуляции:**

- обладает защитным действием в отношении капиллярной стенки, уменьшает проницаемость капилляров и повышает их резистентность;
- тормозит синтез медиаторов воспаления – простагландинов (тромбоксана  $A_2$  и простагландина  $E_2$ ) и лейкотриенов – путем ингибирования активности ферментов циклооксигеназы (например липоксигеназы);
- улучшает диффузию кислорода и перфузию в коже путем повышения в сосудах кожи парциального давления (p) кислорода ( $pO_2$ ) и снижения – углекислого газа ( $pCO_2$ );
- улучшает реологические параметры крови при ее повышенной вязкости и увеличивает гибкость эритроцитов;
- ингибирует действие свободных радикалов, т.е. имеет антиоксидантный эффект.

**Переносимость**

Препарат Флебодиа не обладает тератогенным эффектом, и его рекомендуется назначать пациенткам во II-III триместре беременности. Продолжительность курса лечения зависит от степени выраженности клинических симптомов. При необходимости непрерывного лечения прием препарата Флебодиа следует прекратить за две недели до предполагаемого срока родоразрешения. В целом препарат хорошо переносится. Имеются упоминания о побочных эффектах со стороны желудочно-кишечного тракта, однако они встречаются очень редко.

**Противопоказания.** Индивидуальная непереносимость действующего вещества (диосмина) или любого из компонентов этого препарата.

Универсальность действия препарата Флебодиа определяет адекватность и целесообразность его применения в акушерско-гинекологической практике не только в качестве венопротектора и венотоника, но и как средства, влияющего на фетоплацентарное кровообращение и тонус матки.

**Показания к применению.** Препарат Флебодиа показан к применению у пациенток с дисфункцией плаценты, угрозой преждевременных родов, преэклампсией, а также для лечения симптомов, связанных с хронической венозной и лимфатической недостаточностью.

В чем же целесообразность применения препарата Флебодиа в составе комбинированной и/или токолитической терапии при лечении беременных с дисфункцией плаценты или риском преждевременных родов? Принято считать, что бактериальные эндотоксины (липополисахариды), находящиеся в околоплодных водах, стимулируют производство цитокинов клетками децидуальной оболочки. Вследствие этого включается метаболический каскад арахидоновой кислоты и происходит синтез простагландинов. Последние могут инициировать сокращения матки и преждевременные роды. Одним из механизмов действия препарата Флебодиа является угнетение выработки медиаторов воспаления – производных арахидоновой кислоты –

простагландинов и лейкотриенов. Таким образом, при использовании этого лекарственного средства удастся разорвать порочный круг, в основе которого лежит увеличение выработки простагландинов и повышение сократительной активности матки. Именно это свойство и его роль при ведении беременных с угрозой преждевременных родов были изучены в нашей клинике.

Целью исследования являлась оценка влияния препарата Флебодиа на сократительную активность матки. Для решения этой задачи использовались объективные методы исследования – НСТ и измерение резистентности кровотока в пупочной артерии, а также субъективная оценка сокращений матки пациентками.

**Выводы**

- Ингибирование производства медиаторов воспаления, наблюдаемое при применении препарата Флебодиа, подтверждается наличием токолитического эффекта и связано со снижением сократительной активности матки, а также с улучшением кровотока на уровне миометрия, плацентарной площадки и органов малого таза.
- Применение Флебодиа способствует нормализации гемодинамики плода за счет улучшения показателей фетоплацентарного кровотока и функциональных показателей, отражающих состояние плода.
- Флебодиа улучшает кровоток в стволовых структурах мозга плода.
- Поскольку препарат Флебодиа не относится к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), он не оказывает отрицательного влияния на плод. В частности, речь идет о таких последствиях приема НПВС, как незакрывшийся артериальный проток, некротические энтероколиты и внутричерепные кровоизлияния.
- Флебодиа оказывает комплексное воздействие и имеет выраженный венотонический, дезагрегантный и токолитический эффект. Это определяет ведущую роль данного препарата в лечении пациенток с патологией беременности.

**Таким образом, результаты исследования подтвердили комплексное положительное влияние Флебодиа 600 на патологическое течение беременности. При этом оценивались показатели НСТ, резистентности кровотока в пупочной артерии и субъективная оценка сокращений матки пациентками. При включении препарата Флебодиа в стандартную терапию доказано улучшение фетоплацентарного кровотока, показателей гемодинамики плода и снижение сократительной активности матки. За счет универсальности действия препарат Флебодиа 600 рекомендован пациенткам с угрозой преждевременных родов, хронической дисфункцией плаценты, преэклампсией и симптомами, связанными с хронической венозной и лимфатической недостаточностью.** □

# Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 (продовження)

## Акушерство — допологова допомога

### IV. ПАТОЛОГІЧНИ СТАНИ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГТІНОСТІ

#### НЕПРАВИЛЬНЕ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Нестійке положення плода,</b> при якому мати потребує надання медичної допомоги.	O32.0					
<b>Сідничне передлежання плода,</b> при якому мати потребує надання медичної допомоги.	O32.1	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. 4-й – 25-26 тиж. 5-й – 30 тиж. 6-й – 34-35 тиж. 7-й – 38 тиж. 8-й – 40 тиж. 9-й – 41 тиж.	Коригуюча гімнастика.	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. На 38-39-му тижні вагітності – для підготовки до розродження.	Відсутність перинатальних і акушерських ускладнень.	Протягом пологів та післяпологового періоду.
<b>Поперечне або косе передлежання плода,</b> при якому мати потребує надання медичної допомоги.	O32.2					
<b>Комбіноване передлежання плода,</b> при якому мати потребує надання медичної допомоги.	O32.6					
<b>Інші форми неправильного передлежання плода,</b> при яких мати потребує надання медичної допомоги.	O32.8	2. Індивідуальний план ведення вагітності.				
<b>Неправильне передлежання плода,</b> при якому мати потребує надання медичної допомоги; неуточнене.	O32.9					







**ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ПЛОДА  
(ГІПОКСІЯ АБО РЕЗУС-КОНФЛІКТ, СЗРП, КРУПНИЙ ПЛІД, ІНШІ ІМУНОКОНФЛІКТИ)**

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<p><b>Допомога матері при інших відомих або передбачуваних патологічних станах плода.</b> Включено: стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері або для переривання вагітності. Виключено: пологи та розродження, ускладнені стресом плода (дистресом) (O68), синдром плацентарної трансфузії (O43.0).</p>	O36					
<p><b>Резус-ізоімунізація,</b> при якій мати потребує надання медичної допомоги. Анти-D (Rh0)-антитіла Rh-несумісність (з водянкою плода).</p>	O36.0	<p><b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. 4-й – 25-26 тиж. 5-й – 30 тиж. 6-й – 34-35 тиж. 7-й – 38 тиж. 8-й – 40 тиж. 9-й – 41 тиж. 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Визначення титру Rh-антитіл у динаміці.</p>	<p>При зміні динаміки титру антитіл, ускладненнях вагітності, ультразвукових ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація до акушерського стаціонару III рівня.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. Погіршення перебігу резус-ізоімунізації (коливання титру антитіл, ультразвукові ознаки ураження плаценти та плода).</p>	<p>Відсутність акушерських і перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>



Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Інші форми ізоімунізації</b> , при яких мати потребує надання медичної допомоги. АВО-ізоімунізація. Ізоімунізація без додаткових вказівок (БДВ) (з водянкою плода).	O36.1	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Рекомендований графік візитів</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-й – бажано до 12 тиж.</li> <li>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</li> <li>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</li> <li>4-й – 25-26 тиж.</li> <li>5-й – 30 тиж.</li> <li>6-й – 34-35 тиж.</li> <li>7-й – 38 тиж.</li> <li>8-й – 40 тиж.</li> <li>9-й – 41 тиж.</li> </ol> </li> <li>Індивідуальний план ведення вагітності.</li> </ol>	<p>При ускладненнях вагітності, ультразвукових ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація до акушерського стаціонару III рівня.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ускладнення перебігу вагітності.</li> <li>Ультразвукові ознаки ураження плаценти та плода.</li> </ol>	<p>Відсутність акушерських і перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>
<b>Водянка плода</b> , при якій мати потребує надання медичної допомоги. Водянка плода БДВ, не пов'язана з ізоімунізацією.	O36.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>УЗД.</li> <li>Негайне направлення до акушерського стаціонару для дообстеження та розродження.</li> </ol>	<p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>Виявлена при ультразвуковому обстеженні водянка плода.</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</li> <li>Медико-генетичне обстеження.</li> </ol>
<b>Ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода</b> , при яких мати потребує надання медичної допомоги.	O36.3	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Рекомендований графік візитів</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-й – бажано до 12 тиж.</li> <li>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</li> <li>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</li> <li>4-й – 25-26 тиж.</li> <li>5-й – 30 тиж.</li> <li>6-й – 34-35 тиж.</li> <li>7-й – 38 тиж.</li> <li>8-й – 40 тиж.</li> <li>9-й – 41 тиж.</li> </ol> </li> <li>Індивідуальний план ведення вагітності.</li> <li>Тест рухів плода (ТРП).</li> <li>Визначення біофізичного профілю плода (БФП), починаючи з 32-го тижня вагітності.</li> <li>КТГ плода з проведенням функціональних проб і тестів.</li> <li>Доплерометрія судин системи мати-плацента-плід.</li> </ol>	<p>Направлення до акушерського стаціонару III рівня.</p>	<p>Діагностований дистрес плода.</p>	<p>Відсутність акушерських і перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>



## Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Внутрішньоутробна загибель плода</b> , при якій мати потребує надання медичної допомоги. Виключено: викидень, який не відбувся (O02.1).	O36.4	1. КТГ плода. 2. УЗД плода.	Направлення до акушерського стаціонару III рівня.	Внутрішньоутробна загибель плода.	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Медико-генетичне консультування.
<b>Недостатній ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.</b> Медична допомога матері при встановленій чи передбачуваній: • недостатній вазі для строку; • плацентарній недостатності; • малорослості для строку.	O36.5	1. Рекомендований графік візитів 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. 4-й – 25-26 тиж. 5-й – 30 тиж. 6-й – 34-35 тиж. 7-й – 38 тиж. 8-й – 40 тиж. 9-й – 41 тиж. 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота. 4. УЗД плода, фетометрія. 5. Визначення БПП з 32-го тижня вагітності. 6. КТГ плода з проведенням функціональних проб і тестів. 7. Доплерометрія судин системи мати-плацента-плід. 8. Медико-генетичне консультування.	Направлення до акушерського стаціонару III рівня.	Недостатній ріст плода.	Відсутність акушерських і перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.





### Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Надлишковий ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.</b> Медична допомога матері за умов встановленого чи передбачуваного великого для строку плода.	O36.6	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Рекомендований графік візитів</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-й – бажано до 12 тиж.</li> <li>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</li> <li>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</li> <li>4-й – 25-26 тиж.</li> <li>5-й – 30 тиж.</li> <li>6-й – 34-35 тиж.</li> <li>7-й – 38 тиж.</li> <li>8-й – 40 тиж.</li> <li>9-й – 41 тиж.</li> </ol> </li> <li>Індивідуальний план ведення вагітності.</li> <li>Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота.</li> <li>УЗД плода, фетометрія.</li> <li>КТГ плода.</li> <li>Жінкам, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) на строках вагітності 24-28 тиж.</li> </ol> <p>Пацієнткам, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, ПТТГ проводять відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТГ повторюють на строках вагітності 24-28 тиж.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Дієта з обмеженням вуглеводів і тваринних жирів.</li> <li>Розвантажувальні дні.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Допологова госпіталізація у 38 тиж вагітності для дообстеження та прогнозування методу розродження.</li> <li>Ускладнення перебігу вагітності.</li> </ol>	Відсутність акушерських і перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
<b>Життєздатний плід при черевній вагітності, при якому мати потребує медичної допомоги.</b>	O36.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>УЗД органів малого таза і плода.</li> <li>Негайне скерування в акушерський стаціонар.</li> </ol>	Лікування в умовах стаціонару.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Підозра на черевну вагітність.</li> <li>Установлений діагноз черевної вагітності.</li> </ol>	Відсутність материнської летальності.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
<b>Інші уточнені відхилення у стані плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги.</b> <b>Відхилення у стані плода, при якому мати потребує медичної допомоги, неуточнене.</b>	O36.8  O36.9	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Рекомендований графік візитів</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-й – бажано до 12 тиж.</li> <li>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</li> <li>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</li> <li>4-й – 25-26 тиж.</li> <li>5-й – 30 тиж.</li> <li>6-й – 34-35 тиж.</li> <li>7-й – 38 тиж.</li> <li>8-й – 40 тиж.</li> <li>9-й – 41 тиж.</li> </ol> </li> <li>Індивідуальний план ведення вагітності.</li> <li>ТРП.</li> <li>Визначення БПП, починаючи з 32-го тижня вагітності.</li> <li>КТГ плода з проведенням функціональних проб і тестів.</li> <li>Доплерометрія судин системи мати-плацента-плід.</li> </ol>	<p>Госпіталізація до акушерського стаціонару III рівня для уточнення діагнозу.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Дробстеження та уточнення діагнозу.</li> <li>Для розродження.</li> <li>Вроджені вади розвитку плода – для переривання вагітності.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Відсутність акушерських і перинатальних втрат.</li> <li>Відсутність післяпологових і післяабортних ускладнень.</li> </ol>	Протягом вагітності та післяпологового періоду.



## ДОПОМОГА МАТЕРІ ПРИ ВІДОМІЙ АБО ПЕРЕДБАЧУВАНІЙ АНОМАЛІЇ ТА УШКОДЖЕННІ ПЛОДА

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Вади розвитку ЦНС у плода.</b> Мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері у разі: • аненцефалії; • spina bifida.	O35.0	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. 2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж. 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж). 4. Медико-генетичне консультування.	1. Направлення до гінекологічного стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. За наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Контрацепція протягом 1 року.
<b>Хромосомні аномалії плода.</b>	O35.1	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. 2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж. 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж). 4. Медико-генетичне консультування.	1. Направлення до гінекологічного стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. За наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Контрацепція протягом 1 року.



## Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Спадкові хвороби у плода.</b>	O35.2	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</b> <b>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</b> <b>4. Медико-генетичне консультування.</b>	<b>1. Направлення до гінекологічного стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</b>	<b>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</b> <b>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</b>	Відсутність акушерських ускладнень.	<b>1. За наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається.</b> <b>2. Спостереження у генетика.</b> <b>3. Контрацепція протягом 1 року.</b>
<b>Ураження плода внаслідок вірусної хвороби матері:</b> • цитомегаловірусної; • червоної висипки (краснухи).	O35.3	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</b> <b>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</b> <b>4. Медико-генетичне консультування.</b>	<b>1. Направлення до гінекологічного стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</b>	<b>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</b> <b>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</b>	Відсутність акушерських ускладнень.	Контрацепція протягом 1 року.
<b>Ураження плода внаслідок дії алкоголю.</b>	O35.4	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</b> <b>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</b> <b>4. Медико-генетичне консультування.</b> <b>5. Консультатія нарколога.</b>	<b>1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</b>	<b>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</b> <b>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</b> <b>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</b>	Відсутність акушерських ускладнень.	<b>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</b> <b>2. Нагляд у нарколога.</b>





## Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Ураження плода внаслідок вживання лікарських засобів</b> (наркоманія у матері).	O35.5	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження</b> (11 тиж + обстеження – 18-21 тиж. 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж). 4. Медико-генетичне консультування. 5. Консультатія нарколога.	1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога.
<b>Ураження плода внаслідок дії радіації.</b>	O35.6	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження</b> (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж. 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж). 4. Медико-генетичне консультування.	1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики. 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
<b>Ураження плода (передозачуване), спричинене іншими медичними процедурами внаслідок:</b> • амніоцентезу; • біопсії; • введення внутрішньоматкового контрацептива (ВМК); • внутрішньоматкової хірургічної операції; • гематолітичного дослідження.	O35.7	<b>1. Рекомендований графік візитів</b> 1-й – бажано до 12 тиж. 2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту. 3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД. <b>2. Перше ультразвукове обстеження</b> (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.	Переривання вагітності у разі ускладнень, що виникли при проведенні інвазивних методів діагностики (кровотеча, загибель плода), в умовах стаціонару.	1. Симптоми самовільного аборту. 2. Ураження плода, що виникло при проведенні інвазивних методів діагностики.	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом вагітності та післяабортного періоду.



## Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Аномалії та ураження плода</b> у зв'язку з перенесеними матір'ю: <ul style="list-style-type: none"> <li>лістеріозом;</li> <li>токсоплазмозом.</li> </ul>	O35.8	<p><b>1. Рекомендований графік візитів</b></p> <p>1-й – бажано до 12 тиж.</p> <p>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</p> <p>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</p> <p>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</p> <p>4. Консультатія інфекціоніста.</p>	<p>1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	Відсутність акушерських ускладнень.	Контрацепція протягом 1 року.
<b>Аномалії та ураження плода, неуточнені.</b>	O35.9	<p><b>1. Рекомендований графік візитів</b></p> <p>1-й – бажано до 12 тиж.</p> <p>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</p> <p>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</p> <p>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</p> <p>4. Медико-генетичне консультування.</p>	<p>1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

## ХРОМОСОМНІ АНОМАЛІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Допологове обстеження</b> з метою виявлення хромосомних аномалій. <b>Допологове обстеження</b> з метою виявлення підвищеного рівня α-фетопротеїну. <b>Інші види допологового обстеження</b> , що ґрунтуються на амніоцентезі.	Z36.0  Z36.1 Z36.2 Z36.3 Z36.4 Z36.5 Z36.8 Z36.9	<p><b>1. Рекомендований графік візитів</b></p> <p>1-й – бажано до 12 тиж.</p> <p>2-й – не пізніше 2 тиж після першого візиту.</p> <p>3-й – 19-21 тиж вагітності після проходження другого УЗД.</p> <p>2. Перше ультразвукове обстеження (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів); друге ультразвукове обстеження – 18-21 тиж.</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів; 18-21 тиж).</p> <p>4. Медико-генетичне консультування.</p>	<p>1. Направлення до гінекологічного або акушерського стаціонару III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Направлення для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.



## V. ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

### МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Застосування протизаплідних засобів. Загальні поради та консультації з контрацепції:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>консультування з питань планування сім'ї;</li> <li>первинна рекомендація протизаплідного засобу.</li> </ul>	Z30 Z30.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Загальне фізикальне обстеження.</li> <li>Вимірювання АТ (у разі вибору гормонального методу контрацепції).</li> <li>Обстеження статевих органів (у разі вибору вагінальних контрацептивів та ВМК).</li> <li>Скринінг на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ – бактеріоскопія вагінального мазка (у разі вибору ВМК).</li> <li>Загальний аналіз крові (у разі вибору ВМК).</li> <li>Консультування у профільних спеціалістів за наявності екстрагенітальної патології.</li> <li>Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації та використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік.</li> </ol>	<p>Консультування статевих партнерів з урахуванням:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>поінформованого вибору методу контрацепції;</li> <li>даних анамнезу;</li> <li>стану здоров'я;</li> <li>віку;</li> <li>індивідуальних особливостей.</li> </ul>	Ускладнення при використанні контрацептива, що потребують госпіталізації.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Відсутність непланованої вагітності.</li> <li>Відсутність ускладнень при застосуванні конкретного методу контрацепції.</li> </ol>	Протягом усього часу користування тим чи іншим методом контрацепції (огляд один раз на рік).
<b>Введення протизаплідного (внутрішньоматкового) контрацептива. Спостереження за використанням (внутрішньоматкового) протизаплідного контрацептива.</b>	Z30.1  Z30.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Загальне фізикальне обстеження.</li> <li>Обстеження статевих органів.</li> <li>Скринінг на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ – бактеріоскопія вагінального мазка.</li> <li>Загальний аналіз крові.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Введення ВМК (безконтактний метод).</li> <li>Видалення ВМК: <ul style="list-style-type: none"> <li>за бажанням жінки;</li> <li>при частковій експульсії;</li> <li>по закінченні терміну придатності.</li> </ul> </li> <li>Рекомендації щодо безпечної статеві поведінки.</li> </ol>	Ускладнення під час введення та використання ВМК, що потребують госпіталізації.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Відсутність непланованої вагітності.</li> <li>Відсутність ускладнень при застосуванні ВМК.</li> </ol>	На час користування методом (огляд один раз на рік).





## Продовження таблиці

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
<b>Стерилізація жінок.</b>	Z30.2		1. Оперативне лікування в стаціонарі та за наявності належних умов – у денному стаціонарі.	Для проведення операції.	1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність операційних та післяопераційних ускладнень.	Протягом одного року (огляд один раз на рік).
<b>Спостереження за використанням протизаплідних засобів:</b> повторна рекомендація застосування протизаплідних пігулок або інших протизаплідних засобів.	Z30.4	1. Збір анамнезу. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі використання гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі використання вагінальних контрацептивів та ВМК). 5. Обстеження на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ – бактеріоскопія вагінального мазка (у разі використання ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі використання ВМК). 7. Консультування у профільних спеціалістів за наявності екстрагенітальної патології.	За показаннями.	У разі виникнення ускладнень, що потребують госпіталізації.	1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень.	Протягом користування методом (огляд один раз на рік).
<b>Обстеження і тести для встановлення вагітності:</b> • вагітність, (ще) не підтверджена; • вагітність підтверджена.	Z32.1	1. Гінекологічне обстеження. 2. УЗД органів малого таза. 3. Швидкий тест на вагітність. 4. Дослідження крові на ХГЛ (за показаннями).	1. Відміна методу контрацепції у разі виявлення вагітності. 2. Подальша тактика залежно від репродуктивних планів.	За показаннями.	Відсутність ускладнень.	Регулярний менструальний цикл.



## НОРМАТИВИ З ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Доброякісна дисплазія молочної залози (МЗ) (включає фіброзно-кістозну мастопатію) та після оперативного лікування в онколога з приводу доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання гістологічного висновку щодо доброякісної патології.	N60	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Гінекологічне обстеження.</li> <li>УЗД МЗ.</li> <li>Мамографія (після 40 років).</li> <li>Гормональне обстеження (визначення рівня пролактину двократно та тиреотропного гормона).</li> <li>МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії).</li> <li>Консультація окуліста з проведеньням периметрії (за наявності гіперпролактинемії).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом.</li> <li>Лікування супутньої гінекологічної патології.</li> </ol>	За показаннями.	Зникнення симптомів та відсутність рецидиву протягом року.	Спостереження 1 раз на 3 міс.
Галакторея.	N64.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Гінекологічне обстеження.</li> <li>УЗД МЗ.</li> <li>Мамографія (після 40 років).</li> <li>Гормональне обстеження (визначення рівня пролактину двократно та тиреотропного гормона).</li> <li>МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії).</li> <li>Консультація окуліста з проведеньням периметрії (за наявності гіперпролактинемії).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом.</li> <li>Лікування супутньої гінекологічної патології.</li> </ol>	За показаннями.		
Мастодіянія.	N64.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Гінекологічне обстеження.</li> <li>УЗД МЗ.</li> <li>Мамографія (після 40 років).</li> <li>Гормональне обстеження (визначення рівня пролактину двократно та тиреотропного гормона).</li> <li>МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії).</li> <li>Консультація окуліста з проведеньням периметрії (за наявності гіперпролактинемії).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом.</li> <li>Лікування супутньої гінекологічної патології.</li> </ol>			
Субінволюція МЗ післялактаційна.	N64.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу.</li> <li>Гінекологічне обстеження.</li> <li>УЗД МЗ.</li> <li>Мамографія (після 40 років).</li> <li>Гормональне обстеження (визначення рівня пролактину двократно та тиреотропного гормона).</li> <li>МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії).</li> <li>Консультація окуліста з проведеньням периметрії (за наявності гіперпролактинемії).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом.</li> <li>Лікування супутньої гінекологічної патології.</li> </ol>			



### Стандартне обстеження хворих із гінекологічною патологією (рубрика Г)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Обстеження за допомогою дзеркал.
4. Кольпоскопія (у разі відсутності кольпоскопа – проба Шиллера).
5. Бімануальне гінекологічне обстеження.
6. Онкоцитологічне дослідження мазків.
7. Клінічне обстеження МЗ.
8. Ректальне обстеження та глибока пальпація живота.
9. Дослідження крові на сифіліс, ВІЛ.
10. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри.

### Стандартне обстеження хворих із гінекологічною патологією дитячого та підліткового віку (рубрика Г1)

1. Збір анамнезу.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Бімануальне ректоабдомінальне обстеження.
4. Клінічне обстеження МЗ.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Визначення рівня цукру в крові.
8. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви.
9. Аналіз калу на яйця глистів, зішкріб на ентєробіоз.
10. Консультація педіатра.
11. УЗД органів малого таза.

### Обсяг діагностичних обстежень для планової госпіталізації пацієнток до закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу (рубрика Д)

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.

3. Визначення групи крові та Rh-фактора.
4. Серологічне дослідження крові на сифіліс, HBsAg, анти-НСV, ВІЛ-інфекцію.
5. Аналіз калу на яйця глистів.
6. Флюорографія органів грудної клітки або рентгенографія органів грудної клітки (пряма проекція).
7. Тромбоцити крові, час кровотечі, час згортання крові.
8. Визначення рівня цукру в крові, білірубину, протромбінового індексу.
9. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри.
10. Електрокардіографія.
11. Онкоцитологічне дослідження або результат патогістологічного дослідження.
12. УЗД органів малого таза.

### Стандартне обстеження на інфекції перинатального періоду (рубрика П)

1. Визначення IgM до CMV, HSV, хламідій, токсоплазм у сироватці крові.
2. Визначення IgG до CMV, HSV, хламідій, токсоплазм (дослідження парних сироваток з інтервалом 2 тиж).
3. Визначення антигенів CMV, HSV, хламідій у матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ІФА або ПЛР.

### Стандартне обстеження на ІПСШ (рубрика І)

1. Визначення рН піхвового вмісту.
2. Проба з 10% розчином КОН (амілотест).
3. Бактеріоскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу, прямої кишки на трихомонади, гонококи, кандиди.
4. Визначення антигенів HSV, хламідій, папіломавірусу у зішкрібному матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ПЛР.



## ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

### Вельмишановні колеги!

Українська асоціація репродуктивної медицини та Буковинський державний медичний університет запрошують вас взяти участь у Міжнародному симпозіумі з питань репродуктивної медицини «Від науки до практики», що проходить 5-7 квітня 2012 р. у Києві за адресою: вул. Госпітальна, 12, конференц-хол, Президент-готель «Київський».

Реєстраційний внесок – від 300 до 1350 грн.

Контактні дані оргкомітету:

- 066 707 10 47, info@colo-gistics.com – Ірина Бурун;
- oksana.uarm@gmail.com – Оніщук Оксана Дмитрівна;
- maxim\_s\_m@mail.ru – Молодиченко Максим Сергійович;
- www.uarm.org.ua; uarm.kiev@gmail.com – сайт та e-mail Української асоціації репродуктивної медицини.

Більш детальна інформація на сайті: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua)



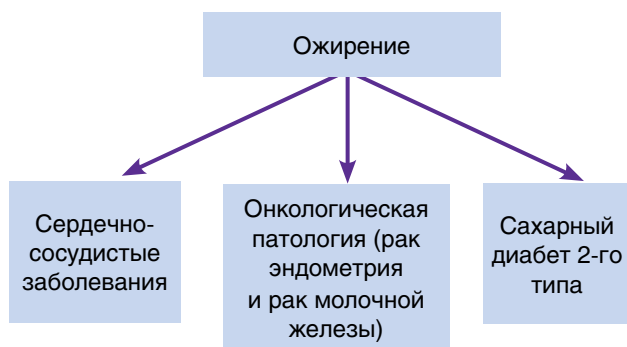


# Выбор метода контрацепции у женщин с нормальной, избыточной массой тела и ожирением

В.Г. Терентюк, к.мед.н., главный врач ООО «НЕО-ЛАБ»

**В**нимание к массе тела у женщин неслучайно, обоснованно и оправданно. Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой в различных странах независимо от уровня их развития. Оно ассоциируется с высоким риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа, онкологической патологии, в частности рака эндометрия и рака молочной железы (схема 1).

Схема 1. Проблема избыточной массы тела



В настоящее время отмечается резкое увеличение числа людей с избыточным весом и ожирением в странах с низким и средним уровнем жизни, особенно в городских регионах. По оценкам ВОЗ, в 2005 г. во всем мире приблизительно 1,6 млрд взрослых (старше 15 лет) имели избыточный вес, а 400 млн – страдали ожирением. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2015 г. примерно 2,3 млрд взрослых будут иметь избыточный вес и более 700 млн – страдать ожирением.

Основной причиной ожирения и избыточного веса является энергетический дисбаланс между потребляемыми и расходуемыми калориями. Отмечается повышенное потребление энергоемких продуктов питания с высоким содержанием жиров и сахаров и низким содержанием витаминов, минералов и других питательных микроэлементов на фоне сниженной физической активности (ВОЗ, 2005). Таким образом, ожирение возникает исключительно из-за неправильного пищевого поведения (прием пищи при отсутствии чувства голода, переедание вследствие повышенного аппетита во время волнений и стрессов и т.д.).

Ожирение – это болезнь с высокими темпами роста, которая приводит к снижению качества жизни, инвалидизации и смертности. Жировая

ткань – эндокринный орган, одной из функций которого является синтез и метаболизм стероидных гормонов. Расстройство этих процессов обуславливает высокую частоту дисфункций репродуктивной системы у женщин с избыточной массой тела (нарушения оварио-менструального цикла, бесплодие, риск онкологической патологии). Именно поэтому, если речь идет о проблеме ожирения, особенно актуален вопрос выбора метода контрацепции у этой категории пациенток.

Необходимость в назначении гормональной контрацепции (ГК) обосновывается несколькими факторами. Во-первых, препараты, которые применяются для уменьшения массы тела и регуляции обменных процессов, обладают эмбриотоксическим и тератогенным действием. Во-вторых, у женщин с избыточным весом часто возникают гормональные нарушения. В-третьих, аборт для них неприемлем, так как существует высокий риск развития осложнений и нейроэндокринного синдрома. Вместе с тем комбинированные оральные контрацептивы (КОК) при ожирении могут вызывать побочные эффекты и в некоторых ситуациях не рекомендуются к назначению. Именно поэтому в данном случае особенно актуален вопрос выбора метода ГК.

Для этой категории пациенток также важна оценка метаболических эффектов ГК. Известно, что влияние КОК на обмен веществ неоднозначно и является результатом сложного взаимодействия эстрогенов и прогестинов с метаболическими системами организма. Под действием эстрогенов происходит распределение жира по женскому (гиноидному) типу с акцентом на область молочных желез, ягодиц, бедер и нижних отделов живота. Эти гормоны действуют на активность ферментных систем печени, стимулируя синтез целого ряда белков, в т.ч. протеинов, участвующих в процессах жирового и углеводного обмена. Эстрогены снижают концентрацию в плазме крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и повышают уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов. Гестагены 2-го поколения (например левоноргестрел, который входит в состав микрогинона), имеющие остаточную андрогенную активность, выступают как антагонисты эстрогенов. В отношении углеводного обмена и эстрогены, и



гестагены в составе КОК действуют однонаправленно, снижая чувствительность тканей к инсулину. Кроме того, следует учитывать тот факт, что влияние современных КОК на липидный спектр зависит не только от химической структуры прогестинов, их дозировки и способа применения, но и от исходного уровня липидов у конкретной женщины (Старовер А.В., Процепко А.А., 2011).

В основе выбора метода контрацепции лежит оценка индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывают путем деления массы тела в килограммах на рост в метрах в квадрате. Норма ИМТ составляет 18,5-24,9.

Согласно рекомендациям международной группы по изучению ожирения (IOTF), диагноз ожирения ставится, когда ИМТ  $\geq 30$  (табл. 1).

**Таблица 1. Классификация массы тела IOTF**

Градация	ИМТ
Недостаточная масса тела	< 18,5
Нормальный диапазон массы тела	18,5-24,9
I степень (избыточная масса тела)	25,0-29,9
IIa степень (ожирение)	30,0-34,9
IIb степень (резко выраженное ожирение)	35,0-39,9
III степень (очень резко выраженное ожирение)	> 40

У женщин с нормальным диапазоном массы тела (ИМТ = 18,5-24,9) назначение КОК можно осуществлять, используя метод индивидуального конституционального подбора (Жук С.И., Захурдаева Л.Д., 2011). Конституциональный подбор – это выбор препарата с учетом возраста и возможного рецепторного взаимодействия прогестинов в составе КОК с рецепторами в организме женщины. В состав КОК входят разные прогестины, которые имеют отличные индексы селективности, в результате чего они по-разному, индивидуально взаимодействуют с рецепторами к прогестерону и андрогенам (схема 2).

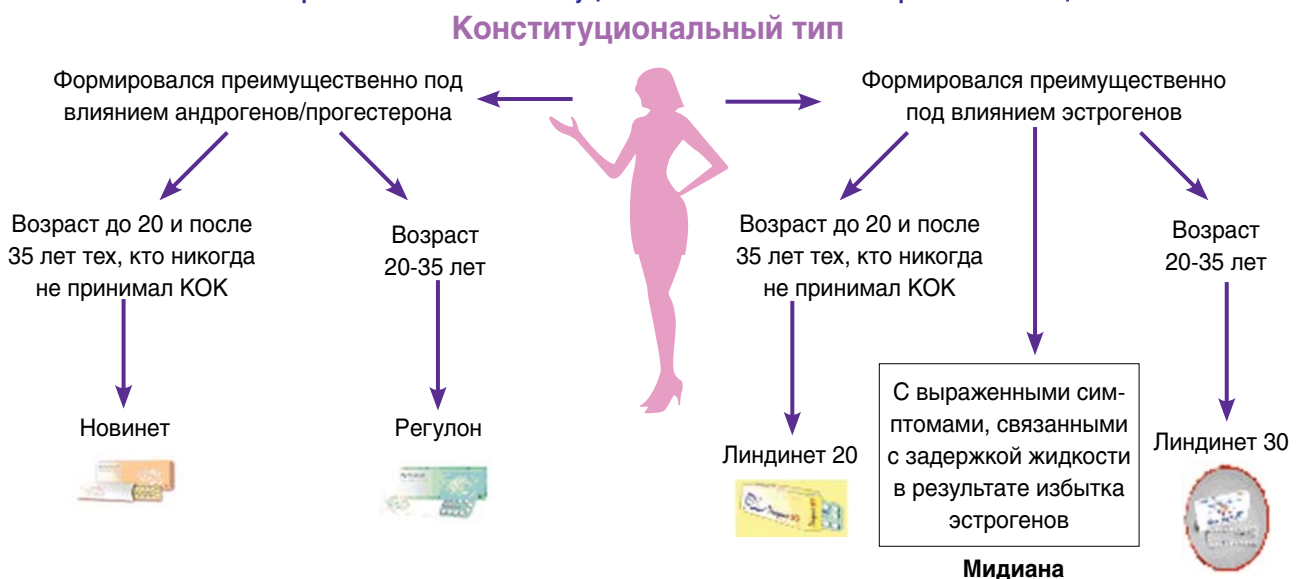
Таким образом, пациенткам, у которых конституциональный тип формировался преимущественно

но под влиянием андрогенов и прогестерона, до 20 и после 35 лет рекомендован Новинет, а для женщин в возрасте 20-35 лет – Регулон. Лицам, конституциональный тип которых формировался преимущественно под влиянием эстрогенов, рекомендуется применять КОК с гестоденом: Линдинет 20 – до 25 и после 35 лет, Линдинет 30 – в возрасте 25-35 лет. Пациенткам с предменструальным синдромом (ПМС), который характеризуется выраженными симптомами задержки жидкости, показано назначение препарата Мидиана. В состав Мидианы входит прогестин дроспиренон, который способен выводить излишек жидкости из организма, взаимодействуя с минералокортикоидными рецепторами. В вопросе целесообразности использования Мидианы клинически значимым является не вес пациентки, а наличие у нее симптомов, связанных с задержкой жидкости в результате избытка эстрогенов.

Конституциональный подход в назначении препаратов Новинет, Регулон, Линдинет 20, Линдинет 30, Мидиана позволяет индивидуально подобрать контрацептивное средство для длительного приема и избежать возникновения межменструальных кровянистых выделений и др. При этом у женщины сохраняется стабильный вес, не снижаются благоприятные воздействия гормонов (андрогенов, эстрогенов, прогестерона) на организм (Жук С.И., Захурдаева Л.Д., 2010).

Женщинам с избыточной массой тела (ИМТ = 25,0-29,9) или пациенткам, которые боятся поправиться, может быть рекомендован Линдинет 20. Это связано с тем, что к избыточному весу более предрасположены те женщины, конституциональный тип которых формировался преимущественно под влиянием эстрогенов (Жук С.И., 2009). Кроме того, в состав этого препарата входит минимальное количество как эстрогенного (20 мкг этинилэстрадиола), так и прогестинового (75 мкг гестодена) компонентов. Минимальный гормональный состав

**Схема 2. Выбор КОК на основе конституциональных особенностей организма женщины**





и относительная метаболическая нейтральность гестодена касательно углеводного и жирового обмена обуславливают возможность применения Линдинета 20 у женщин с избыточным весом при ИМТ в диапазоне 25,0–29,9.

Препарат Линдинет 20 не влияет на обмен жиров и углеводов, способствует нормализации соотношения ХС ЛПВП и холестерина липопротеинов очень низкой плотности. Имеется опыт применения препарата Линдинет 20 у пациенток с сахарным диабетом при отсутствии противопоказаний к приему КОК (Литвак Е.О., 2011).

Как известно, КОК обладают профилактическими эффектами относительно возникновения рака эндометрия, рака яичников и доброкачественных заболеваний молочных желез. Линдинет 20 благодаря 100% биодоступности гестодена имеет стабильную фармакокинетическую кривую, что обеспечивает хороший контроль менструального цикла и, как результат, профилактику овуляторных нарушений. Таким образом, Линдинет 20 можно назначать не только с целью контрацепции, но и для коррекции гормональной дисфункции при альгодисменорее, дисгормональных заболеваниях молочных желез, эндометриозе. Эти патологии наблюдаются у лиц с избыточным весом или у женщин, конституциональный тип которых сформирован под преимущественным влиянием эстрогенов (Старовер А.В., Процепко А.А., 2011). Применение Линдинета 30 может быть патогенетически обоснованным у пациенток с ожирением, страдающих простой неатипической гиперплазией эндометрия (Литвак Е.О., 2011).

**Женщинам с ИМТ > 30 (андроидный тип ожирения, ожирение II степени), для которых КОК, согласно рекомендациям ВОЗ, имеют критерий приемлемости 2 (метод показан к применению, польза превышает риск, но требуется дополнительное наблюдение), можно рекомендовать только прогестин-содержащие контрацептивы с критерием приемлемости 1 (Лактинет®) (табл. 2).**

Лактинет относится к методам ГК без эстрогенов, что позволяет избежать большинства метаболических нарушений, связанных с действием этих гормонов. В состав Лактинета входит 75 мкг дезогестрела. Содержание прогестинового компонента минимально, как и у препарата Линдинет 20

(20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена). Согласно инструкции по применению препарата, Лактинет не влияет на липидный, углеводный обмен и систему гемостаза.

Как правило, в начале использования контрацепции отмечаются межменструальные кровянистые выделения, частота которых постепенно снижается, и к третьему месяцу приема они полностью прекращаются у большинства женщин (Цаллагова Е.В., 2011; Юзько А.М., Терентюк В.Г., 2011).

В результате проведенных собственных и международных (Collaborative Study group, 1998) исследований было установлено, что чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК) с дезогестрелом не приводят к увеличению массы тела при длительном приеме. На фоне их применения на протяжении 6 мес отмечена тенденция к повышению уровня ХС ЛПВП, обладающих антиатерогенным потенциалом, и к снижению содержания ХС ЛПНП, напротив, ассоциирующихся с усилением атерогенеза. Выявление данной тенденции является важным фактом, так как результаты исследований свидетельствуют о том, что случаи инфаркта миокарда у молодых пациенток, использующих ГК, могут быть в меньшей степени связаны с образованием атеросклеротических бляшек, чем с нарушением целостности эндотелия артерий (Macdiarmid J.I., Vail A., Cade J.E., 1998; Макацария Л.Д., Джангидзе М.А., Бицадзе В.О., 2001). В отличие от венозного тромбоза, который может возникать в результате комбинации венозного стаза и изменений параметров гемостаза, артериальный тромбоз никогда не развивается в интактных сосудах, что связано с быстрым током крови. Таким образом, считается, что редкие случаи инфаркта миокарда у молодых женщин, принимающих контрацептивы, обусловлены скорее повреждением эндотелия, чем прогрессированием атеросклероза. Поскольку ХС ЛПВП играет важную роль в сохранении целостности эндотелия, этим можно объяснить нередко выявляемую обратную корреляцию между высоким уровнем ХС ЛПВП и частотой осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, что является немаловажным при назначении контрацепции у женщин с избыточной массой тела и ожирением (Цаллагова Е.В., 2011).

**Таблица 2. Критерии ВОЗ приемлемости использования различных методов контрацепции у пациенток с ИМТ ≥ 30 (ожирением)**

Метод контрацепции	КОК	Депро-провера	Кольцо, пластырь	ПОК	Имплантаты	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС
	Критерии						
	2	2	2	1	1	1	1
<b>Ожирение ИМТ ≥ 30</b>	Польза превышает риск	Польза превышает риск	Польза превышает риск	Использование без ограничений	Использование без ограничений	Использование без ограничений	Использование без ограничений

ПОК – прогестиновые оральные контрацептивы; Сu-ВМС – медьсодержащая внутриматочная система; ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система.





Лактинет принимают в постоянном режиме, начиная с 1-го дня цикла ежедневно (28 таблеток). Время приема не играет роли. Это объясняется тем, что препарат содержит «сильный» прогестин – дезогестрел (табл. 3, 4, схема 3). За счет содержания дезогестрела, подавляющего в минимальных дозах овуляцию и пролиферацию эндометрия, период полувыведения Лактинета приближается к 30 ч. Поэтому он обладает высокой контрацептивной надежностью, сходной с КОК (индекс Перля 0,4). Контрацептивный эффект Лактинета длится 36 ч (схема 3). В случае пропуска приема таблеток до 12 ч контрацептивный эффект не снижается и нет необходимости в использовании дополнительных методов контрацепции. Если перерыв в приеме составлял более 12 ч, следует продолжить применение Лактинета, но при этом дополнительно предохраняться в течение семи дней.

**Таблица 3. Прогестагенная активность современных гестагенов**

Прогестаген	Доза трансформации эндометрия, мг/цикл	Доза блокады овуляции, мг/сут
3-кетодезогестрел Дезогестрел	<b>2</b>	<b>0,06</b>
Норгестимат	7	0,2
Левоноргестрел	4	0,06
Диеногест	6	1,0
Ципротерона ацетат	20	1,0
Дроспиренон	50	2

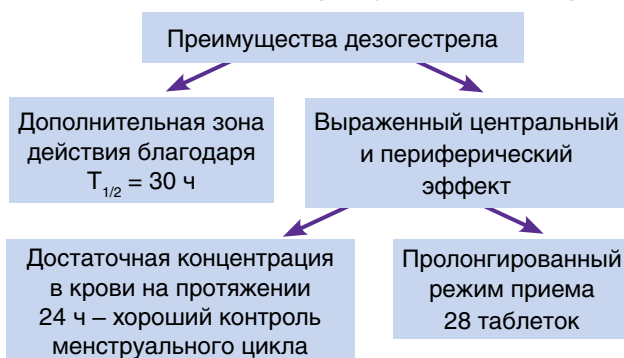
Минимальные дозы блокады овуляции и трансформации эндометрия

**Таблица 4. Степень сродства к прогестероновым рецепторам**

Прогестаген	Степень сродства к рецепторам прогестерона, %
Медроксипрогестерона ацетат	115
Левоноргестрел	120
<b>3-кетодезогестрел</b>	<b>130</b>
Гестоден	85
Диеногест	5

Т.Д. Моисеева-Постоловская, И.Н. Атаманчук (2008)

**Схема 3. Дополнительные преимущества дезогестрела**



Лактинет принципиально отличается от мини-пили, которые раньше появились на фармацевтическом рынке. Преимущества Лактинета над мини-пили:

- стойкое подавление овуляции и пролиферации эндометрия;
- не повышается риск развития внематочной беременности;
- лучший контроль цикла;
- в случае пропуска приема таблеток алгоритм действий такой же, как при применении КОК.

*Лактинет назначают при:*

- кормлении грудью;
- нежелании пациентки или противопоказаниях к применению КОК с эстрогенами. Согласно рекомендациям ВОЗ, к этой категории относятся женщины с ожирением, пациентки, которые выкуривают более 15 сигарет в день или имеют определенные экстрагенитальные заболевания;
- высоком риске сердечно-сосудистой патологии и контролируемой артериальной гипертензии без сердечно-сосудистых осложнений (периодическое повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст.) (Юзько А.М., Терентюк В.Г., 2011; критерии ВОЗ, 2010).

Лактинет не влияет на качество и количество материнского молока, но в невысокой концентрации метаболит дезогестрела этоноргестрел выделяется с материнским молоком (на 1 кг массы тела ребенка в его организм может попадать 0,01-0,05 мкг этоноргестрела в сутки из расчета молока 150 мг/кг/сут). Препарат безопасен для ребенка, находящегося на грудном вскармливании.

*При назначении Лактинета не только с контрацептивной, но и с лечебной целью доказано, что он снижает уровень эстрогенов, который соответствует ранней пролиферативной фазе нормального менструального цикла (Юзько А.М., 2011; инструкция к препарату). Учитывая хорошие фармакологические показатели Лактинета (эффективное подавление овуляции и торможение пролиферации эндометрия, высокое сродство к прогестероновым рецепторам, снижение повышенного уровня эстрогенов), перспективным является изучение лечебных свойств этого препарата при противопоказаниях к назначению КОК.*

Противопоказания к назначению Лактинета:

- активные венозные тромбоэмболические заболевания;
- тяжелые болезни печени в настоящее время или в анамнезе (до нормализации показателей функции печени);
- вагинальные кровотечения неясного генеза;
- подозрение на беременность;
- прогестеронзависимые опухоли;
- гиперчувствительность к любому из компонентов препарата.

Прогестагены теоретически могут влиять на периферическую инсулинорезистентность и толерантность к глюкозе, хотя нет убедительных





Таблица 5. Выбор препарата ГК в зависимости от ИМТ, возраста, типа конституции пациентки

Градации	ИМТ	Тип конституции	Возраст	Препараты
Нормальный диапазон массы тела*	18,5-24,9	С преобладанием влияния эстрогенов	До 20 и после 35 лет	Линдинет 20
			20-30 лет	Линдинет 30
		С преобладанием влияния прогестерона, андрогенов	До 20 и после 35 лет	Новинет
			20-30 лет	Регулон
Избыточная масса тела**	25,0-29,9	Критерии ВОЗ	Любой	Линдинет 20
Ожирение***	Выше 30	Критерии ВОЗ	Любой	Лактинет
Увеличение веса, связанное с задержкой жидкости в организме (при различных формах ПМС)***	До 30	Инструкция к препарату	Любой	Мидиана
Наличие экстрагенитальной патологии, в случае если противопоказаны эстрогены***	18,5-выше 30	Критерии ВОЗ	Любой	Лактинет

\* С.И. Жук, Л.Д. Захурдаева, 2010; \*\* А.А. Процепко, А.В. Старовер, 2011; \*\*\* Рекомендации ВОЗ по контрацепции, 2010.

доказательств, свидетельствующих о необходимости изменения терапии у больных сахарным диабетом, которые принимают Лактинет (инструкция к препарату). Такие пациентки должны тщательно наблюдаться у специалистов в первые 3 мес приема препарата. Таким образом, женщинам с ИМТ > 30 можно рекомендовать препарат Лактинет (табл. 2).

Сохранение стабильности веса на фоне приема КОК (Линдинета 20, Линдинета 30, Новинета, Регулона, Мидианы) и ЧПК (Лактинета) возможно при правильном индивидуальном подборе препарата с учетом:

- ИМТ, исходного уровня липидов (особенно соотношения фракций);
- конституционального типа пациентки;
- критериев ВОЗ, состояния здоровья женщины (табл. 5).

*Современные КОК – это единая гармония состава, фармакологических, профилактических и лечебных эффектов. Главным принципом при выборе метода ГК является индивидуальный подход и контрацепция «в единстве и гармонии».*

□

## ЗАПИСНАЯ КНИЖКА



**Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація акушерів-гінекологів України  
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації  
Вельмишановні колеги!**

Запрошуємо вас взяти участь у роботі Всеукраїнської науково-практичної конференції «**Актуальні питання акушерства-гінекології**», що відбудеться **29-30 березня 2012 р.** у м. Тернополі за адресою: майдан Волі, 1, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського.

Конференцію включено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів 2012 р., затверджених МОЗ та НАМН України.

**Основні питання конференції**

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

- Корекція ендокринних порушень при вагітності та гінекологічній патології
  - Нові досягнення в гінекології.
- Матеріали конференції будуть опубліковані в журналі «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології».

**Контактні дані:**

- (0352) 43-26-97, 067-30-25-808 – Бойчук Алла Володимирівна
- (0352) 52-38-81, 050-377-43-17 – Геряк Світлана Миколаївна
- (0352) 26-32-34 – кафедра акушерства та гінекології ФПО
- (0352) 52-38-81 – кафедра акушерства та гінекології №2
- e-mail: appag@mail.ru
- web-сайт: www.tdmu.edu.te.ua.

Оргкомітет

**Більш детальна інформація на сайті: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua)**



# Комплексный подход при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза

И.Н. Атаманчук, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

Как известно, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) включают группу заболеваний верхних отделов репродуктивного тракта женщины: эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс и тазовый перитонит. В мировой медицинской практике врачи всех специальностей пользуются термином Pelvic inflammatory disease (PID). В Международной классификации болезней X пересмотра (2006) перечислены следующие ВЗОМТ у женщин:

- N70.0 Острый сальпингит и оофорит
- N70.1 Хронический сальпингит и оофорит
- N71.0 Острая воспалительная болезнь матки
- N71.1 Хроническая воспалительная болезнь матки
- N73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит
- N73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит
- N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин
- N73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин
- N73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин
- N74.3 Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов
- N74.4 Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями.

Нет точных средних сроков возникновения ВЗОМТ. В некоторых случаях эти заболевания развиваются остро в течение нескольких дней после инфицирования, а в других — клиническая картина появляется через несколько месяцев после инфицирования. В подавляющем большинстве (75%) случаев при наличии цервицита и вагинита инфицирование происходит восходящим путем. Факторами, способствующими возникновению ВЗОМТ, являются: не вовремя начатое или неправильное лечение, самолечение основного заболевания, иммунологические нарушения, наличие сопутствующей патологии. В некоторых случаях причины возникновения ВЗОМТ не выяснены.

Существуют естественные защитные механизмы организма, к которым относятся:

- анатомические особенности органов репродуктивной системы;
- местный иммунитет;

- кислая среда влагалища;
- нормальное функционирование эндокринной системы.

Эти факторы способны в подавляющем большинстве случаев предотвратить развитие генитальной инфекции при отсутствии серьезных экстрагенитальных заболеваний.

## Иммунологическая защита

В ответ на инвазию микроорганизма возникает воспалительный ответ, который, исходя из концепций развития септического процесса, принято называть «системным воспалительным ответом» (Кузьмин В.Н., 2006). Сейчас часто причиной ВЗОМТ являются не возбудители инфекций, передающихся половым путем, а ассоциации анаэробно-аэробных микроорганизмов, в т.ч. условно-патогенных (смешанные инфекции), а также вирусы (Жук С.И., Дзысь Н.П., 2010). Несостоятельность иммунной системы приводит к генерализации и хронизации процесса (Подзолкова Н.М., 1996) (схема). Факторы естественной резистентности (макрофаги, нейтрофилы, Т-киллеры, система комплемента, цитокины, белки острой фазы) являются неперменной частью воспаления, обеспечивают локализацию и элиминацию патологического процесса (Курбанова Д.Ф., 2007).

Нарушение любого из звеньев иммунного ответа при воспалении гениталий приводит к тяжелому местному и системному повреждению. Однако и сам воспалительный процесс в гениталиях способен изменить иммунный ответ и снизить устойчивость организма к повреждающим воздействиям.

## Эндокринологические особенности воспалительного процесса

Сопутствующая дисфункция яичников при ВЗОМТ, сопровождающаяся изменением соотношения эстрогены/гестагены, приводит к нарушениям в иммунной системе, что проявляется изменениями в иммунограмме (Bradly J., McCluskey J., 2004; Jeneway Ch., Travers P., 2005; Дранник Г.Н., 2006). В то же время доказано, что сами по себе ВЗОМТ — причина дисгормональных нарушений с соответствующими последствиями для репродуктивного здоровья.



Схема. Механизмы развития ВЗОМТ и их последствия



Так, существование стойкого очага воспаления в малом тазу приводит к нарушению менструального цикла у 45-55% больных, что проявляется в виде мено- и метроррагий, гипоменструального синдрома и альгодисменореи. Сексуальная дисфункция встречается в 50-70% случаев и проявляется аноргазмией, вагинизмом, диспареунией. Нарушением репродуктивной функции страдают около 30% женщин с хроническим эндометритом, что в большинстве наблюдений связано с прерыванием беременности на ранних сроках (Полищук И.Ю., Коньков Г.Д., 2009).

Известно, что ранняя диагностика и адекватное лечение могут предотвратить осложнения ВЗОМТ. Основные положения тактики ведения больных с этой патологией (Шуршалина А.В., 2011) следующие:

1. Амбулаторное лечение показано пациенткам с легкой и среднетяжелой формой ВЗОМТ и обязательно должно включать препараты с антианаэробной активностью. При выраженных симптомах интоксикации показан постельный режим, при болевом синдроме необходима адекватная анальгезия.

2. Стационарное лечение и внутривенное введение antimicrobных препаратов предпочтительно при тяжелом течении ВЗОМТ, беременности, ту-

боовариальных абсцессах, пельвиоперитоните, а также при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

3. Хирургическое лечение проводится с целью адгезиолизиса и дренирования тубоовариальных абсцессов, при этом может быть использована лапароскопия или аспирация под контролем ультразвукового исследования. Применение адгезиолизиса возможно и при перигепатитах, однако необходимость таких хирургических вмешательств спорна.

4. Половой партнер пациентки с ВЗОМТ должен быть обследован на инфекции, передающиеся половым путем, прежде всего на гонорею и хламидиоз. В период лечения рекомендуется ограничение половых контактов. По литературным данным, в 40-60% случаев происходит инфицирование половых партнеров (Low N., Welch J., Radcliff K., 2004).

5. Удаление внутриматочного контрацептива (ВМК) при лечении ВЗОМТ позволяет значительно улучшить клинические исходы воспалительного процесса. Однако рандомизированных контролируемых исследований, касающихся тактики удаления ВМК при данных заболеваниях, очень мало, поэтому этот вопрос должен решаться отдельно в каждом конкретном случае с учетом



риска наступления беременности и возможности использования экстренной контрацепции.

6. Беременные с острыми ВЗОМТ ввиду риска развития осложнений должны проходить лечение только в условиях стационара, при этом предпочтителен парентеральный путь введения антимикробных препаратов.

7. У подростков показания к госпитализации, диагностика и терапия при ВЗОМТ точно такие же, как и у взрослых. Так, в исследованиях не выявлено преимуществ проведения стационарного лечения таких пациентов, поскольку клиническая эффективность и исходы оказались сопоставимы при стационарном и амбулаторном ведении как у подростков, так и у женщин более старшего возраста.

8. Пациентки с ВИЧ обычно имеют более тяжелые клинические симптомы ВЗОМТ и чаще нуждаются в проведении хирургического лечения по поводу тубоовариальных абсцессов, однако, как правило, хорошо отвечают на антибактериальную терапию. При ВИЧ данные заболевания наиболее часто обусловлены *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans* и некоторыми представителями *Streptococcus spp.*, а также активацией вируса папилломы человека. В целом тактика терапии у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациенток не отличается.

В настоящее время медицинские сообщества предлагают разные схемы лечения ВЗОМТ, и хотя при этом используются одни и те же группы антимикробных препаратов, имеются различия в их дозах, режиме приема и комбинации. Все схемы терапии считаются сопоставимыми по клинической эффективности, в то же время выбор препарата зависит от анамнеза, аллергических реакций и результатов микробиологических исследований. В условиях стационара внутривенное введение препаратов продолжается в течение не менее 24 ч после клинического улучшения, затем пациентку переводят на пероральный режим приема. Отсутствие клинической динамики на протяжении 72 ч при тяжелом течении ВЗОМТ является показанием для хирургической ревизии брюшной полости.

Во всех амбулаторных схемах терапии обязательно применение метронидазола (системно и местно) как препарата с выраженной антианаэробной активностью, поскольку анаэробы играют важнейшую роль в развитии любых форм ВЗОМТ. Офлоксацин должен быть исключен из схем лечения при подозрении на гонококковую инфекцию по причине высокой резистентности гонококков к фторхинолонам. При беременности может быть использована комбинация внутримышечного введения цефтриаксона и эритромицина с добавлением метронидазола 500 мг перорально 3 раза в сутки в случае тяжелого клинического течения ВЗОМТ (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2003, 2009).

Выполнение врачебных рекомендаций при лечении данной патологии позволяет предупредить развитие серьезных осложнений ВЗОМТ. Нарушения в процессе лечения могут наблюдаться как со стороны врача, так и со стороны пациента. Результаты исследований британских ученых показали, что при острых ВЗОМТ около 95% женщин следуют врачебным рекомендациям. При этом в крупных населенных пунктах данный показатель значительно ниже (Low N., Welch J., Radcliff K., 2004). В то же время при анализе 1605 случаев острых ВЗОМТ, диагностированных в отделениях скорой помощи клиник США, выяснилось, что только в 30,5% из них врачи строго следуют рекомендациям по лечению, разработанным Центрами по контролю и профилактике заболеваний, а в 38,4% случаев они не назначают ни антибиотиков, ни анальгетиков (Shih T.Y., Gaydos C.A., Rothman R.E., 2011). *Полученные данные подтверждают необходимость постоянного обсуждения схем рациональной терапии ВЗОМТ, разработку и внедрение единых рекомендаций, обязательных для использования в клинической практике любого врача.*

Таким образом, тактика лечения ВЗОМТ должна включать применение всех современных диагностических ресурсов, осознанное снижение диагностического порога, использование, как правило, эмпирически максимально эффективных комбинаций антимикробных препаратов, а также прогнозирование возможных осложнений и исходов воспалительного процесса.

Если лечение не проведено, наличие ВЗОМТ обуславливает развитие патологии репродуктивных органов женщины. Из-за быстрого увеличения числа возбудителей, обладающих устойчивостью к противомикробным средствам, а также в связи с высокой частотой микст-инфекций, резким повышением агрессивности условно-патогенной микрофлоры и значительным количеством осложнений выбор эффективной антибиотикотерапии становится все более сложным. Поэтому многие заболевания нередко приобретают затяжное течение, сопровождающееся осложнениями (Осипова Л.С., 2009). Такое положение делает целесообразным включение иммуномодулирующих препаратов в схемы лечения ВЗОМТ.

Одним из препаратов, хорошо зарекомендовавшим себя в клинической практике при лечении различных заболеваний с признаками иммунодефицита, является Гропринозин. Включение Гропринозина в состав традиционной терапии позволяет во многих случаях достичь полного излечения, а уменьшение количества рецидивов улучшает качество жизни больных (Осипова Л.С., 2000).

В исследование было включено и пролечено 60 пациенток с ВЗОМТ (хронический сальпингоофорит и хронический эндометрит в сочетании с





бесплодием), которые в зависимости от метода лечения были распределены на две группы. Основную (первую) группу составляли 30 женщин, получавшие комбинированное лечение (этиотропную антибактериальную или противовирусную терапию в комплексе с Гропринозином). В контрольную (вторую) группу вошли 30 пациенток, которым проводили только этиотропную терапию. Гропринозин назначали по 50 мг/кг/сут в течение 10 дней. Полученные результаты свидетельствовали о том, что эффективность комбинированного лечения с применением Гропринозина была достоверно выше и составила 88,7%, в то время как при монотерапии – 59% ( $p < 0,01$ ) при низкой частоте рецидивов. Включение в схему лечения наряду с этиотропной терапией иммуномодулятора способствует более полной элиминации возбудителей, что повышает его эффективность и снижает частоту рецидивов заболеваний.

Учитывая тот факт, что у всех пациенток с ВЗОМТ наблюдается дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы и у некоторых отмечены изменения в эндометрии (Полищук И.Ю., Коньков Г.Д., 2009; Дубчак А.Е., 2011), оправданным является использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК), таких как Линдинет 30, с целью устранения дисгормональных нарушений и восстановления физиологической пролиферации эндометрия. Линдинет 30 назначают на 6-12 мес после терапии ВЗОМТ. Использование КОК меньше 12 мес приводит к снижению (на 50-60%) риска повторных госпитализаций по поводу рецидивов ВЗОМТ (Серов В.Н., 2009).

Известно, что женщины, которые применяют КОК в течение длительного периода времени (6-12 мес), боятся поправиться, поэтому особенно важно, чтобы на фоне приема КОК масса тела была стабильной. Прием Линдинета не сопровождается увеличением массы тела (Lech M.M., Ostrowska L., 2002). Имеется опыт применения Линдинета 30 у женщин с избыточным весом и сахарным диабетом (Литвак Е.О., 2011). Известно, что для нейтрализации действия всех метаболических путей набора веса желательным является использование контрацептивов с минимальной дозой эстрогенного компонента в сочетании с высокоселективными прогестинами 3-го поколения (Захурдаева Л.Д., 2010), а Линдинет 30 содержит минимальное количество как эстрогенного (30 мкг этинилэстрадиола), так и прогестинового (75 мкг гестодена) компонентов. Гестоден – это современный прогестин, который характеризуется 100% биодоступностью, не имеет эффекта первичного прохождения через печень, т.е. сохраняется постоянная его концентрация в крови и отсутствуют пиковые перепады уровня гормонов на протяжении суток. Гестоден обладает выраженными антиэстрогенным, антипролиферативным, а также незначительным антиминералокортикоидным эффектами, что и объясняет его лечебные и профилактические

**Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) рекомендуются женщинам любого возраста, перенесшим воспалительные заболевания органов малого таза\***

## КОК

- 1. Вызывают сгущение цервикальной слизи**  
Первый барьер для распространения инфекций\*\*
- 2. Устраняют дисгормональные нарушения**  
Восстановление менструального цикла, профилактика бесплодия\*\*
- 3. Восстановление физиологической пролиферации**  
Профилактика эндометриоза, хронической тазовой боли, мастопатии\*\*
- 4. Риск госпитализации по поводу рецидива ВЗОМТ снижается на 50–60% при условии 12 мес. приема КОК\*\***

\* С целью контрацепции, когда не противопоказаны КОК (ВОЗ, 2009)  
\*\* Серов В.Н., РМЖ, Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепской. М.: Бином, 2009. 2009, Жук С.И., Дзысь Н.И., 2009.



*Легкость  
мотива!\**



Рихтер Гедеон

Создано в 1951 году

Представительство "Рихтер Гедеон" в Украине: 01054, г. Киев, ул. Тургневская, 17-6.  
Тел./факс: (044) 492-99-10, тел.: (044) 492-99-19(-11), e-mail: ukraine@richter.kiev.ua  
www.richter.com.ua





свойства. Гестоден — это активный прогестин, так как требуется минимальная его доза для подавления трансформации эндометрия (3 мг/цикл), что важно для восстановления в будущем после отмены препарата физиологической пролиферации эндометрия (табл.). Угнетение пролиферации вплоть до атрофии важно с целью профилактики гиперпластических процессов эндометрия, а, как известно, гиперплазированный эндометрий является средой, благоприятной для размножения бактерий (Burkman R.T., 1994).

**Таблица. Минимальные дозы прогестинов, необходимые для подавления трансформации эндометрия**

Прогестин	Доза трансформации эндометрия, мг/цикл	Препараты, зарегистрированные в Украине
Гестоден	3	Линдинет
Диеногест	6	Жанин
Ципротерона ацетат	20	Диане-35
Дидрогестерон	140	Дуфастон
Левоноргестрел	6	Микрогинон

(Моисеева-Постоловская Т.Д., Атаманчук И.Н., 2008)

Динамический контроль за эффективностью реабилитационной терапии с использованием препарата Линдинет 30 у больных, страдающих ВЗОМТ, показал наличие стойкого терапевтического эффекта в отношении болевого синдрома (Полищук И.Ю., Коньков Г.Д.).

*Положительное влияние Линдинета 30 на эндокринные органы, отвечающие за регуляцию генеративной функции, обеспечение надежной защиты от возникновения рецидивов воспалительных заболеваний, гиперпластических процессов в эндометрии, эндометриоза, мастопатии и, наконец, 100% временный контрацептивный эффект делают его незаменимым средством в комплексной терапии острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин.*

ВЗОМТ очень часто сочетаются с патологическими изменениями на шейке матки и во влагалище. Такие патологические изменения часто могут служить причиной развития и длительного течения воспалительных заболеваний, особенно на фоне иммунологических нарушений. Поэтому важно в составе системной терапии назначать комбинированные препараты местного применения (влагалищный путь введения). *Полимикробный характер инфекционных заболеваний нижнего отдела женских половых органов требует использования*

*местных препаратов широкого спектра действия. Клион-Д 100 — вагинальные таблетки, в состав которых входят метронидазол и миконазола нитрат. Содержание 100 мг метронидазола в препарате обеспечивает его преимущественно местное действие (в крови определяется всего 0,2 мкг/мл метронидазола). Этим Клион-Д 100 отличается от других препаратов для местного применения, в которых содержится большее количество метронидазола (в крови его концентрация выше в несколько сот раз — 1,6-7,2 мкг/мл). Особенностью Клиона-Д 100 является его безопасность, поскольку он имеет минимальное системное воздействие (особенно на печень). Также не отмечено накопление действующего вещества в организме и суммирование токсического эффекта при использовании Клиона-Д 100 одновременно с пероральными формами метронидазола. А, как известно, для лечения ВЗОМТ всегда используются препараты системного действия. Клион-Д 100 назначают 1 раз в день (Моисеева-Постоловская Т.Д., 2011). Клион-Д 100 корректирует микробный биоценоз (нормализует нормальное микробное соотношение во влагалище) за счет уменьшения рН среды, стимуляции палочек Додерлейна и отсутствия ингибирующего влияния на локальный иммунитет (Чечуга С.Б., Ночвина Е.А., 2011).*

## Выводы

ВЗОМТ являются фактором риска бесплодия у женщин. Поэтому важен комплексный подход в их лечении и профилактике.

- Антибактериальная, противовоспалительная терапия.
- Воздействие на иммунологическое звено в патогенезе ВЗОМТ — назначение иммуномодулятора и противовирусного препарата *Гропринозин*.
- Нормализация процессов в гипоталамо-гипофизарной системе, менструальной функции и пролиферативных процессов в эндометрии, а также профилактика осложнений в репродуктивной системе в будущем, снижение риска повторных госпитализаций — назначение КОК *Линдинет 30*.
- Местное лечение воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища, а также профилактика их возникновения в будущем — назначение *Клиона-Д 100*. Клион-Д 100 не усиливает токсическое действие системных препаратов, которые используются для лечения ВЗОМТ, за счет только местного действия и низкой концентрации в крови — 0,2 мкг/мл метронидазола в системном кровотоке.

□



# Профилактика и лечение рвоты у беременных

**З**аболевания, которые встречаются только у беременных и ассоциируются с беременностью, т.е. связаны с ней, называют гестозами. Гестозы (токсикозы) разделяют на ранние и поздние. В отдельную группу выделены редкие формы гестозов. К ранним гестозам относят рвоту беременных, слюнотечение (птиализм) и некоторые другие, более редкие, виды данной патологии.

Проблема рвоты у беременных существует издавна: первые упоминания об этом можно встретить в папирусах, датируемых 2000 г. до н.э. Это может показаться удивительным, но чрезмерная рвота у беременных (ЧРБ) вплоть до середины XX в. являлась одной из основных причин материнской смертности. В настоящее время удалось достичь значительного снижения смертности при ЧРБ, однако эта патология все еще лидирует в структуре акушерской заболеваемости. От 50 до 90% пациенток во время беременности страдают от тошноты и рвоты. Жалобы появляются на 9-10-й неделе гестации, достигают максимума на 11-13-й и обычно самостоятельно проходят к 12-14-й неделе. Однако в 1-10% случаев рвота и тошнота могут беспокоить пациентку вплоть до 20-22-й недели беременности [1, 2].

При физиологическом течении беременности в организме женщины происходят адаптационные изменения почти всех органов и систем, которые регулируются нервной системой с участием желез внутренней секреции. Существует теория, согласно которой тошнота и рвота, появляющиеся на ранних сроках беременности (т.е. именно в период эмбриогенеза), являются эволюционным защитным механизмом для предотвращения попадания патогенных микроорганизмов и токсинов из пищи в организм женщины. Это косвенно подтверждается тем фактом, что у пациенток, страдающих от рвоты и тошноты во время беременности, реже отмечаются выкидыши и мертворождения [3, 4].

В случае если такие проявления раннего гестоза становятся изнуряющими и вызывают обезвоживание организма, нарушения кислотно-основного состояния (КОС), электролитного баланса, кетоацидоз и потерю веса, требуется вмешательство специалистов, поскольку без лечения это состояние может привести к истощению или даже к гибели женщины.

Так, ЧРБ требует интенсивной терапии в условиях стационара в 0,3-2% случаев [5]. Кроме того, ранние гестозы зачастую ассоциируются с другими формами акушерской патологии (гипотония беременных, железодефицитная анемия, угроза

прерывания беременности, поздний гестоз), а также способствуют развитию перинатальной патологии (хроническая гипоксия, гипотрофия плода, дефекты развития нервной системы, асфиксия новорожденных). Среди экстрагенитальных заболеваний, ассоциируемых с ЧРБ и осложняющих течение беременности, можно отметить изжогу, атонические запоры, функциональные нарушения сердечной деятельности.

## Этиология и патогенез ранних гестозов

### Факторы, способствующие развитию гестозов

По данным большого исследования, проведенного в Канаде, выявлено, что ЧРБ чаще наблюдается при наличии таких фоновых патологий, как гипертиреоз (в т.ч. его субклинические формы), психические расстройства, молярная беременность в анамнезе, заболевания органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сахарный диабет, бронхиальная астма. Также риск возникновения ЧРБ выше при беременности плодом женского пола и при многоплодной беременности [6, 13, 14]. В некоторых исследованиях выявлено, что такому состоянию более подвержены беременные с низким социально-экономическим статусом и невысоким уровнем образования, а также женщины, отмечавшие тошноту и рвоту во время предыдущей беременности, с непереносимостью комбинированных оральных контрацептивов в анамнезе, многорожавшие пациентки. Среди других факторов риска возникновения рвоты беременных отмечают этническую принадлежность, профессиональный статус, наличие аномалий развития плода (трисомия, триплоидия, водянка), быстрое увеличение массы тела, бесплодие в анамнезе, небольшой перерыв между предыдущей и настоящей беременностью, наличие желтого тела беременности в правом яичнике [6]. Также существует мнение о роли генетической предрасположенности в патогенезе возникновения ранних гестозов. Подтверждением этому служат данные о том, что вероятность развития гестоза в 8 раз выше у дочерей пациенток с преэклампсией в анамнезе в сравнении с общей популяцией.

Следует отметить тот факт, что курение беременной и возраст старше 30 лет ассоциируются с низким риском возникновения ЧРБ [6]. Тошноту и рвоту у пациенток с гестозом могут вызвать повышенная чувствительность органа обоняния и особенности вестибулярного аппарата. При обследовании многие женщины указывают на то, что запах приготовляемой пищи, в особенности мяса, является триггером возникновения





тошноты. Определенное сходство симптомов ЧРБ с симптомами «морской болезни» позволяет предположить, что некоторые случаи ЧРБ являются проявлением субклинических форм вестибулярных расстройств [6, 9].

Возникновению рвоты во время беременности могут способствовать нарушения моторной деятельности различных отделов ЖКТ (в частности желудка), индуцируемые повышением уровня прогестерона и эстрогенов, гормонов щитовидной железы, а также обусловленные расстройствами в работе симпатической нервной системы [6].

Результаты различных исследований касательно роли *Helicobacter pylori* в патогенезе развития ЧРБ весьма противоречивы. Однако следует помнить о том, что постоянные тошнота и рвота, не проходящие после II триместра беременности, могут быть связаны с обострением язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori* [7, 8]. Также определенная роль в патогенезе развития ЧРБ принадлежит фоновой патологии гепатобилиарной системы и нарушениям липидного обмена [6].

#### **Теории возникновения гестозов**

До настоящего момента не выработана единая концепция, объясняющая патофизиологию возникновения тошноты и рвоты у беременных. Считается, что она обусловлена сложным взаимодействием нейрогенных, гормональных, иммунологических, плацентарных, биохимических и психологических факторов. В настоящее время гестоз определяют как состояние, возникающее вследствие невозможности адаптационных механизмов материнского организма адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

*Нейрорефлекторная (корково-висцеральная) теория* состоит в том, что рост плодного яйца и постепенно увеличивающееся раздражение рецепторов эндометрия могут привести к повышению возбудимости подкорковых образований и способствовать усилению реакции вегетативной нервной системы. В конечном итоге все это может вызвать рефлекторные изменения в гемодинамике материнского организма. При патологии эндометрия и звеньев рецепторной цепи вероятность патологических отклонений повышается. Данная теория подтверждается тем фактом, что гестозы беременных часто возникают именно на фоне нервно-психических стрессов. Кроме того, при электроэнцефалографии у пациенток с гестозом выявляют функциональные изменения в подкорковых структурах мозга.

*Гормональная теория.* У пациенток с ЧРБ часто отмечается более высокий уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), который может стимулировать рецепторы тиреотропного гормона (ТТГ) в щитовидной железе. Пиковые значения ХГЧ выявляют именно в I триместре

беременности. У некоторых пациенток с ЧРБ можно наблюдать клинику гипертиреоза. Однако чаще всего отмечается пониженный уровень ТТГ (в 50-70% случаев) и повышенный – свободного тироксина ( $T_4$ ) без каких-либо клинических проявлений гипертиреоза. Циркулирующие антитела щитовидной железы не определяются, и размеры железы не увеличены. Такой транзиторный гипертиреоидизм, ассоциируемый с ЧРБ, обычно проходит самостоятельно, и функция щитовидной железы нормализуется без применения анти-тиреоидной терапии [4, 5]. В ряде исследований отмечалась положительная корреляция между уровнем ХГЧ в плазме крови и концентрацией свободного  $T_4$ . Авторы связывают выраженность тошноты со степенью стимуляции щитовидной железы. Что же касается корреляции высокого уровня эстрадиола со степенью тяжести тошноты и рвоты у беременных, то в литературе существуют противоречивые мнения [6].

*Иммунологическая теория* состоит в том, что развитию гестоза способствует несовпадение факторов гистосовместимости матери и плода. Предполагается, что для развития гестоза характерно сочетание HLA-гомозиготности и дефекта в рецессивном гене иммунологического ответа. Возможно, во время беременности у таких пациенток оказываются несостоятельными механизмы, обеспечивающие толерантность материнского организма к развивающемуся эмбриону.

*Биохимическая теория* ЧРБ связана с активацией симпатической периферической нервной системы и усилением продукции фактора некроза опухоли  $\alpha$  [9]. Кроме того, ряд авторов отмечают изменение концентрации аденозина, который является супрессором чрезмерной активации симпатической нервной системы и продукции цитокинов, что может являться определяющим фактором в патогенезе развития ЧРБ. У пациенток с этой патологией повышение уровня фетального ДНК отражается на показателях сыворотки крови матери и может быть связано с тем, что клетки трофобласта разрушаются гиперактивной иммунной системой женщины. Все эти данные в совокупности дают возможность предположить, что возникновение ЧРБ может ассоциироваться с иммунологическими изменениями, возникающими в период беременности [6, 10].

*Плацентарная теория.* Согласно этой концепции, в патогенезе гестозов существенная роль принадлежит плаценте. В качестве пускового механизма гестоза сторонники плацентарной теории называют гуморальные факторы плацентарного происхождения. Предполагается, что у пациенток с гестозом по каким-либо причинам нарушена миграция трофобласта в сосуды матки. Спиральные маточные артерии в ходе беременности не изменяют свою структуру. Взаимоотношения в системе трофобласт – спиральные артерии нарушаются, происходит спазм, ухудшается





межворсинчатый кровоток и, как следствие, возникает гипоксия тканей маточно-плацентарного комплекса. Это влечет за собой нарушение вазоактивных свойств эндотелия и высвобождение медиаторов вазоконстрикции. Длительная продукция вазоконстрикторов вызывает целый ряд патологических изменений в гемодинамике, ЦНС, гормональном статусе, обмене веществ и кислотно-основном равновесии организма.

**Психогенная теория.** Психологические проблемы, ассоциируемые с беременностью, опосредованно могут вызывать тошноту и рвоту. Степень влияния этого фактора на физическое состояние женщины определяется ее внутренним настроением на беременность и уровнем социокультурного развития. Тяжелые формы ранних гестозов, такие как ЧРБ, возникают чаще всего на фоне сильного хронического психологического стресса. В литературе описаны случаи развития ЧРБ, связанные с обострением психических заболеваний, депрессиями и психосоматическими расстройствами [6, 11, 12].

### Клиника ЧРБ при ранних гестозах

Основными жалобами при ранних гестозах являются тошнота, рвота, слабость, выраженные вкусовые извращения и обонятельные причуды, потеря аппетита, нарушение сна. Объективно отмечаются потеря веса, тахикардия, гипотония, повышение температуры тела, изменения в анализах мочи и крови.

Главным клиническим симптомом является рвота. В зависимости от частоты эпизодов рвоты на протяжении суток, а также от степени нарушений водно-солевого, углеводного, белкового, жирового обмена, кислотно-основного, витаминного баланса, функций желез внутренней секреции различают три степени тяжести рвоты беременных:

- легкая форма;
- рвота средней степени тяжести;
- тяжелая форма, или ЧРБ.

В большинстве (80-90%) случаев легкая форма рвоты спонтанно прекращается или легко поддается лечению подбором режима питания и отдыха. При рвоте у беременных средней степени тяжести и в особенности при ее тяжелой форме заболевание сопровождается гемодинамическими, метаболическими и нейроэндокринными нарушениями, происходят изменения водно-солевого обмена, снижается сосудистый тонус, нарушается функция печени, меняется экскреция эстрогенов и глюкокортикоидов, снижается уровень оксигенации артериальной крови. Вследствие патологического катаболизма белков в крови повышается концентрация аммиака, что наряду с повышенной элиминацией  $\text{CO}_2$  (результат гипервентиляции) приводит к развитию смешанной формы алкалоза. Нарушаются реологические свойства крови, уменьшается объем циркулирующей крови (ОЦК) преимущественно за счет объема циркулирующей плазмы. Кроме того, повышаются показатели гематокрита, увеличивается агрегационная способность эритроцитов, вязкость крови (в основном за счет повышения концентрации фибриногена), усиливаются проявления полигиповитаминоза. По мере нарастания истощения, интоксикации, обезвоживания наступают дистрофические изменения в печени, почках, головном мозге и других органах, что в итоге может привести к развитию полиорганной недостаточности [15]. Диагностика рвоты беременных и ее форм основывается на оценке клинических данных и результатов лабораторных исследований (табл. 1).

Таблица 1. Степень тяжести рвоты (Венцовский Б.М. и соавт., 2005; с дополнениями)

Критерии	Степень тяжести рвоты и стадия заболевания		
	I (легкая) – невротическая, аллергическая стадия	II (средняя) – токсическая стадия	III (тяжелая) – неукротимая рвота беременных ( <i>hyperemesis gravidarum</i> ), дистрофическая стадия
Общее состояние	Существенно не нарушено	Нарушено, жалобы на слабость, иногда головокружение. Психоземotionalная лабильность, иногда депрессия	Тяжелое, сознание нарушено, апатичность, боль полиневротического характера, истощение мускулатуры. Могут наблюдаться эйфория, галлюцинации, судороги, повышение кожных и сухожильных рефлексов
Сон	Не нарушен	Нарушен	Нарушен
Аппетит	Нормальный	Снижен	Отсутствует
Тошнота	Умеренная, возникает несколько раз в течение дня	Почти постоянная	Постоянная, невыносимая
Рвота	2-5 раз в сутки. Рвота бывает натощак, может быть вызвана приемом пищи или неприятными запахами	6-10 раз в сутки	11 раз в сутки и чаще. Позывы к рвоте при пустом желудке либо ночью. Боль в эпигастрии



Продолжение таблицы 1

Показатель	Степень тяжести рвоты и стадия заболевания		
	I (легкая) – невротическая, аллергическая стадия	II (средняя) – токсическая стадия	III (тяжелая) – неукротимая рвота беременных (hyperemesis gravidarum), дистрофическая стадия
Обморок	Редко	Встречается у 30-40% пациенток	У 50-60% пациенток
Температура тела	Нормальная	Иногда субфебрильная температура	Субфебрильная (37,2-37,5 °С), иногда повышается до 38 °С
Частота пульса	Незначительное учащение, до 90 уд/мин	Тахикардия, 90-100 уд/мин	> 100 уд/мин
Систолическое артериальное давление	120-110 мм рт. ст.	Гипотония, 110-100 мм рт. ст.	Выраженная гипотония, < 100 мм рт. ст.
Усвоение пищи	В основном усваивается	Частично усваивается	Не усваивается
Уменьшение массы тела	До 5% от исходной, не более 2 кг в неделю	6-10%, 3-5 кг в неделю	> 10%
Кожа	Влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной	Сухость кожи. Иногда желтушность кожи и склер (в 5-7% случаев)	Желтушность склер и кожи (у 20-30% пациенток), выраженное обезвоживание, симптом «пылевого следа» (при проведении пальцем по коже видна белая полоса, состоящая из отшелушенных чешуек эпидермиса), нарушение тургора тканей, петехии на коже и слизистых, кровоизлияния в конъюнктиву
Дефекация	Стул 1 раз в 2-3 дня	Запоры, стул 1 раз в 3-4 дня	Продолжительные запоры атонического характера
Диурез	900-800 мл/сут	800-700 мл/сут	Олигурия (< 700 мл/сут) вплоть до анурии.
Анализ мочи	Возможна ацетонурия (+)	Ацетонурия (+++----) у 20-50% пациенток	Кетонурия, реакция на ацетон резко положительна (+++++), альбуминурия, цилиндрурия. В моче – форменные элементы крови, уробилин. Запах ацетона изо рта и от кожи
Анализ крови	Без изменений	В 20-30% гипербилирубинемия (до 40 мкмоль/л и выше)	Показатели гематокрита высокие за счет уменьшения ОЦК и объема плазмы крови. Нарастает лейкоцитоз. Гипербилирубинемия (40-80 мкмоль/л), гипо- и диспротеинемия, гипоальбуминемия. Высокие показатели уровня мочевины, креатинина. Из-за нарушения белкового и водно-солевого обмена снижается содержание холестерина, хлоридов

### Дифференциальная диагностика продолжительной рвоты во время беременности

#### Заболевания и патологии ЖКТ:

- пищевые отравления;
- инфекционные заболевания (в т.ч. вирусный гепатит);
- гастроэнтерит;
- патология гепатобилиарной системы (в т.ч. желчнокаменная болезнь, гепатит);
- обструкция тонкого кишечника;

- язвенная болезнь желудка;
- панкреатит;
- аппендицит;
- рак желудка.

#### Патологии мочеполовой системы:

- пиелонефрит;
- уремия;
- некроз узла при миоме матки;
- мочекаменная болезнь.

#### Метаболические нарушения:



- диабетический кетоацидоз;
- порфирия;
- адиссонова болезнь;
- гипертиреозидизм.

**Неврологические нарушения:**

- вегетососудистая дистония по гипотоническому типу;
- сотрясение головного мозга;
- менингит;
- псевдоопухоль мозга;
- повреждения мозжечка;
- мигрень;
- опухоль ЦНС.

**Состояния, ассоциируемые с беременностью:**

- тошнота и рвота у беременных;
- острый жировой гепатоз печени;
- преэклампсия.

**Отравление медикаментами.**

Особого внимания при дифференциальной диагностике требует желтушный синдром, часто наблюдаемый при ЧРБ, поскольку он может стать причиной ошибочной диагностики вирусного гепатита. В этиологии желтухи при рвоте у беременных лежат обменные нарушения, и только в запущенных случаях может развиваться жировая дистрофия печени, обусловленная голоданием. Желтуха как симптом раннего гестоза возникает на фоне многократной рвоты и нарастающего обезвоживания организма. При этом иктеричность кожи и слизистых слабо выражена, желтуха не имеет цикличности развития, признаки инфекционно-токсического синдрома отсутствуют, гепатоспленомегалия не наблюдается. При вирусном гепатите желтуха резко выражена, отмечаются цикличность развития болезни, тромбгеморрагический синдром, гепато- и спленомегалия, моча приобретает темный цвет, кал обесцвечивается. В этом случае многократная рвота является признаком тяжелого фульминантного гепатита. Анализ показателей лабораторных исследований облегчает дифдиагностику этих состояний. Желтуха на фоне раннего гестоза сопровождается гипербилирубинемией (в 1,5-2 раза выше нормы), преимущественно за счет непрямого билирубина. Повышение уровня аланинаминотрансферазы чаще всего не отмечается, анализы на выявление маркеров вирусных гепатитов отрицательные. Кроме того, при гестозе появляется ацетонурия, а тромбгеморрагический синдром наблюдается весьма редко [15].

**Терапия рвоты при раннем гестозе**

Лечебная тактика зависит от степени тяжести гестоза, и предпринимаемые меры могут варьировать от простых изменений в диете до применения противорвотных препаратов и парентерального питания. При любой степени тяжести рвоты беременной должна быть предложена госпитализация. Лишь при легких формах раннего

гестоза допускается амбулаторное лечение при условии динамического контроля массы тела и регулярных исследований мочи на ацетон. Рвота среднетяжелой и тяжелой степени требует лечения беременной в условиях стационара. Необходимо разъяснить женщине причину ее состояния. Хотя роль психологического фактора в патогенезе рвоты беременных полностью не доказана, можно рекомендовать пациентке проконсультироваться у психолога.

**Основные принципы лечения рвоты у беременных:**

- нормализация соотношения между процессами возбуждения и торможения в ЦНС;
- устранение гиповолемии и коррекция нарушений реологических свойств крови;
- борьба с ацидозом, интоксикацией и обезвоживанием организма;
- устранение нарушений водно-электролитного обмена и обмена веществ;
- коррекция дефицита витаминов и микроэлементов;
- улучшение маточно-плацентарного кровотока;
- лечение сопутствующих заболеваний.

Для диагностики и контроля эффективности лечения рвоты у беременных рекомендуется проведение у них динамического мониторинга состояния с учетом следующих показателей:

- массы тела;
- количества потребляемой и выделяемой жидкости;
- уровня артериального давления;
- гематокрита и содержания гемоглобина;
- анализа мочи (ацетон, белок);
- концентраций билирубина, печеночных ферментов и креатинина;
- уровня электролитов в крови и моче ( $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Cl^+$ );
- данных о КОС и газах крови;
- динамики картины глазного дна.

Об эффективности проводимой терапии судят по уменьшению и прекращению рвоты, прибавке массы тела, нормализации показателей анализов мочи и крови. При некупируемой ЧРБ показано прерывание беременности в связи с риском возникновения осложнений, опасных для жизни женщины. Неблагоприятными прогностическими симптомами являются:

- желтушный цвет кожи;
- температура тела  $> 38^\circ C$  без наличия инфекции;
- стойкая тахикардия ( $> 120$  уд/мин);
- выраженная билирубинемия;
- галлюцинации, состояние комы.

**Осложнения ЧРБ:**

- обезвоживание;
- нарушение функций жизненно важных органов (сердца, печени и почек);



- острая желтая атрофия печени (наблюдается крайне редко, но может вызвать смертельные осложнения);
- прерывание беременности;
- синдром Мэллори – Вейсса.

При благоприятном течении раннего гестоза его явления стихают не позднее 12 нед. Затяжное течение раннего гестоза свидетельствует о наличии сочетанной патологии (обострение хронических болезней печени, панкреатит) или другого вида акушерских заболеваний (пузырный занос, гепатоз) [6, 14].

Лечение рвоты у беременных должно быть комплексным и дифференцированным с одновременным многосторонним воздействием на различные звенья патогенеза заболевания. Важным моментом является рациональное питание и соблюдение питьевого режима. Пища должна быть высококалорийной, витаминизированной и легко усваиваемой. В связи со снижением аппетита рацион беременной женщины должен содержать продукты, которые не провоцируют тошноту и вызывают аппетит. Следует исключить острые блюда и алкоголь. В питании обязательно должны присутствовать продукты, содержащие много белка (в т.ч. незаменимых аминокислот), минеральных веществ, витаминов. Прежде всего это мясо, морепродукты, молочные продукты. Особо ценными в рационе беременной являются жирные сорта морской рыбы как важного источника белка и рыбьего жира, в состав которого входят жирорастворимые витамины, в частности А и D. Кроме того, в сравнении с мясом рыба содержит много фосфора и кальция (последние лучше усваиваются при наличии витамина D). Морская рыба и морепродукты особенно богаты микроэлементами, в т.ч. йодом.

Источником легкоусвояемых белков являются молочные продукты. В молоке присутствует лактоза, которая непосредственно используется для образования гликогена. Самыми оптимальными по химическому составу и усвояемости среди молочных продуктов являются творог и кисломолочные продукты. В последних лактоза под влиянием молочнокислых бактерий превращается в молочную кислоту, которая и обеспечивает усвоение кальция и фосфора. Молочные продукты и препараты кальция рациональнее употреблять во второй половине дня. Обязательно включение в рацион листовой зелени, продуктов, содержащих витамин А или каротиноиды. При ЧРБ рекомендуется завтракать, не вставая с постели. Желательно, чтобы женщина не участвовала в приготовлении пищи.

#### *Общие рекомендации по питанию при ЧРБ*

- Принимать пищу только в том случае, если возникло ощущение голода или появилось желание перекусить независимо от установленного времени приема пищи.

- Рекомендовано дробное питание (6-8 раз в сутки), интервалы между приемами пищи должны быть небольшими.
- Избегать жирной и острой пищи, эметогенных продуктов питания и запахов.
- Желательно употреблять мягкие или сухие продукты.
- Прекратить прием таблетированных форм препаратов железа.
- Увеличить в рационе количество продуктов, богатых белком (мясо, рыба, молочные продукты).
- По утрам, когда рвота особенно выражена, можно рекомендовать сухое несладкое печенье (галеты, крекеры), бульон.
- Могут быть полезными травяной чай с перечной мятой или имбирем, желе, прохладные или замороженные десерты [6].

Потеря жидкости и солей при рвоте и выраженном птолизме приводит к обезвоживанию и изменению КОС организма. Длительная потеря солей сопровождается переходом воды из сосудистого русла в клетки, развивается соледефицитная (внеклеточная) дегидратация. В связи с этим значительно уменьшается ОЦК, общее состояние больной прогрессивно ухудшается. Наблюдаются гемодинамические расстройства, резко замедляются процессы образования и выделения мочи. Осмотическая концентрация ликвора повышается, вследствие чего могут развиваться отек мозга и судороги. При прогрессирующем снижении уровня калия в крови усиливается парез кишечника, нарастают расстройства сердечной деятельности. Поэтому одним из важнейших моментов в лечении пациенток с ЧРБ является соблюдение питьевого режима.

Следует помнить, что пероральная регидратация возможна лишь в случаях, когда организм удерживает жидкость, а при рвоте это может оказаться проблемой. Поэтому такой способ восполнения потери жидкости прежде всего актуален при рвоте у беременных легкой степени.

Беременным, страдающим рвотой, показан прием минеральных щелочных вод малыми порциями (по 50-100 мл) 5-6 раз в день. Общий объем потребляемой жидкости должен составлять 2-2,5 л/сут (с учетом объема внутривенной инфузионной терапии, в том случае если она проводится). Вода для питья должна быть слегка теплой (38-40 °С) для облегчения ее всасывания. Не рекомендуется пить жидкость позднее, чем за 30 мин до приема пищи, и в течение 1,5 ч после еды. Пациентку важно проинформировать о том, что при правильном питьевом режиме и нормальной работе почек мочеиспускание должно происходить каждые 2-3 ч.

#### **Немедикаментозное лечение рвоты беременных**

Учитывая многочисленные проявления нарушений функции органов и систем, развитие которых влечет за собой рвота беременных,





иногда целесообразным является использование вспомогательной немедикаментозной терапии. Прежде всего речь идет о физиотерапевтических методах лечения рвоты, таких как электросон, центральная электроаналгезия, игло- и лазерорефлексотерапия, гальванизация или диатермия шейных симпатических узлов воротниковой зоны и брюшного сплетения, эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> с новокаином или димедролом. Имеется опыт лечения рвоты у беременных при помощи иглорефлексотерапии, акупунктуры, акупрессуры, гипнотерапии, но это требует привлечения специалистов редких специальностей. Также используют эфферентные методы лечения (плазмаферез), лечебную физкультуру и психотерапию [6, 15].

#### Медикаментозное лечение рвоты у беременных

При легкой форме рвоты у беременных медикаментозные средства можно применять перорально. При ЧРБ препараты вводят только парентерально до появления способности удерживать пищу. В связи с тем, что ранние гестозы развиваются именно в период эмбриогенеза, иногда возникают затруднения в выборе препаратов для медикаментозной терапии.

Несмотря на то, что медикаментозное лечение считается достаточно безопасным для плода, в последние годы обсуждается вопрос о тератогенных свойствах применяемых противорвотных препаратов.

Это связано с тем, что в некоторых исследованиях выявлено повышение частоты врожденных уродств плода у пациенток, использовавших указанные препараты, в сравнении с беременными, которые не принимали их. Поскольку достоверные данные о тератогенном воздействии противорвотных средств отсутствуют, следует помнить, что любые из разрешенных к применению во время беременности препараты должны использоваться в минимальных терапевтических дозировках и только после оценки соотношения польза/риск.

**Инфузионная терапия.** Назначается для устранения обезвоживания, восполнения ОЦК, нормализации водно-электролитного баланса, ликвидации гипопроteinемии и явлений интоксикации.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1-3 л/сут в зависимости от тяжести состояния и массы тела беременной. Инфузии осуществляют внутривенно капельно с интервалом в 1-2 дня (при необходимости ежедневно). Для ликвидации гипопроteinемии назначают внутривенное капельное введение белковых препаратов (плазмы, протеина 100 мл 10% раствора, альбумина 100 мл 10% раствора и др.) через день. При нарушении кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза применяют 4-5% раствор натрия гидрокарбоната 100-150 мл в течение 3-4 дней и 10% раствор кальция хлорида 10 мг под контро-

лем КОС крови. При тяжелой форме заболевания и выраженной интоксикации инфузионную терапию дополняют введением смесей аминокислот, полиглобулина, реополиглобулина, рефортана. Объем инфузионной терапии составляет 2-2,5 л/сут. Критериями адекватной инфузионной терапии служат нормализация показателей гематокрита, тургора кожи, увеличение диуреза, стойкое улучшение самочувствия, прекращение рвоты и постепенное увеличение массы тела.

**Коррекция метаболических нарушений.** Метаболические нарушения при гестозах неизбежно приводят к развитию эндогенной интоксикации. Токсические продукты обмена веществ повреждают мембранные структуры гепатоцитов и паренхиму печени, что приводит к снижению ее ферментативной функции и нарушению синтеза аминокислот и белков. Ведущая роль в развитии этих патологических процессов принадлежит нарушению функции микросомальных ферментов, в частности цитохромов P<sub>450</sub>. Использование гепатопротекторов способствует активизации процесса восстановления микросомальных ферментов, повышению содержания цитохромов P<sub>450</sub> в печени, снижению скорости их инактивации и улучшению биохимических процессов в печени.

**Регуляция тканевого метаболизма.** Истощение эндогенных запасов углеводов приводит к кетозу. Это состояние связано с угнетением активности ферментных систем тканевого дыхания. С целью стимуляции аэробного окисления патогенетически обусловлено введение кофакторов биоэнергетического обмена (кокарбоксилаза, липоевая кислота, пантотенат кальция, рибофлавин-моноклеотид), при помощи которых происходит запуск пировиноградной и молочной кислот в цикл Кребса. После ликвидации биоэнергетического дефицита рекомендуется назначать стимуляторы тканевых анаболических реакций (спленин, пиридоксальфосфат, рибоксин, фолиевую кислоту). Целесообразным является применение α-токоферола ацетата.

**Улучшение маточно-плацентарного кровообращения и газообмена эмбриона (плода)** достигается за счет применения оксигенотерапии, вазоактивных препаратов. В лечении пациенток с ранними гестозами для нормализации процессов перекисного окисления липидов и профилактики вторичной фетоплацентарной недостаточности используют антиоксидантные препараты (витамин Е, аскорбиновую кислоту).

**Гомеопатические препараты и фитотерапия в лечении рвоты у беременных.** Для снижения рефлекторной возбудимости ЦНС и регуляции сердечной деятельности используют настой корневища и корней валерианы лекарственной. Валериановые кислоты блокируют ферменты, расщепляющие γ-аминомасляную кислоту (ГАМК) – тормозной медиатор ЦНС. Повышение концентрации ГАМК



приводит к выраженному седативному и миорелаксирующему эффекту. Очень перспективным и эффективным направлением в лечении ранних гестозов является назначение гомеопатических препаратов, содержащих следующие компоненты: *Nux vomica*, *Ipecacuanha*, *Nux moschata*, *Veratrum album*, *Tabacum*, *Chamomilla*, *Iris versicolor*, *Phosphorus*, *Pulsatilla* [15].

**Препараты для регуляции деятельности ЦНС и блокирования патологического рвотного рефлекса.** С этой целью используются следующие группы препаратов:

- витамины группы В ( $B_1$ ,  $B_6$ );
- антигистаминные препараты – прометазин, дименгидринат;
- прямые антагонисты дофамина – метоклопрамид, домперидон;
- антагонисты серотониновых рецепторов – ондансетрон;
- блокаторы дофаминовых рецепторов – дроперидол, галоперидол;
- глюкокортикостероиды – метилпреднизолон.

Иногда в тяжелых случаях некупируемой рвоты беременным назначают транквилизаторы (триоксазин). При выраженной гиперсаливации применяются М-холинолитики (атропин). Данные о противорвотных препаратах, механизмах их действия, дозировках и возможности применения во время беременности представлены в таблице 2.

Согласно рекомендациям American College of Obstetricians and Gynecologists (2004, 2009), первой линией терапии при тошноте и рвоте у беременных являются препараты витамина  $B_6$  отдельно или в комплексе с антигистаминным препаратом доксиламин. По данным В.А. Тутельяна, В.Б. Спиричева и соавт. (2002), дефицит пиридоксина при беременности проявляется тошнотой, упорной рвотой, снижением аппетита, раздражительностью, бессонницей, а назначение витамина  $B_6$  уменьшает эти явления. Следует учитывать, что признаки недостатка витамина  $B_6$  более выражены при дефиците магния в организме, поскольку этот микроэлемент необходим для активации пиридоксинзависимых ферментативных систем.

Терапевтические эффекты препаратов, в состав которых входит и магний, и пиридоксин, являются результатом синергического действия обоих активных ингредиентов, участвующих во многих биохимических процессах в организме.

Магний понижает нервно-мышечную возбудимость, оказывает антиспастическое действие, усиливает перистальтику кишечника и желчеотделение, влияет на углеводно-фосфорный обмен, синтез белков, участвует в качестве кофактора или активатора многих ферментов, оказывает ощелачивающее действие на организм. Суточная

**Таблица 2. Противорвотные препараты, применяемые при ЧРБ**

Действующее вещество/ препарат	Дозировки и особенности введения	Применение при беременности
<b>Витамины группы В</b>		
Пиридоксин (витамин $B_6$ )	Внутрь 0,05-0,1 г/сут после еды в 1-2 приема в течение не менее 3 нед; или 1-2 мл 1-5% раствора 1 раз в сутки. Курс лечения – 1-2 мес	Категория А. Риск для плода не выявлен в контролируемых исследованиях на людях. Результаты одного из исследований показали, что применение витамина $B_6$ внутрь по 25 мг каждые 8 ч (75 мг/сут) было более эффективным, чем плацебо, в лечении тошноты и рвоты беременных. В фармакологических дозах витамин $B_6$ не является тератогенным
Тиамин (витамин $B_1$ )	Внутримышечно 0,025-0,05 г тиамин хлорида 1 раз в сутки. Внутрь 10 мг 1-3 раза в сутки. Дозы в пересчете на тиамин бромид немного выше (приблизительно в 1,3 раза), поскольку у последнего больше молекулярная масса	Категория А. Риск для плода не выявлен в контролируемых исследованиях на людях
<b>Антигистаминные препараты</b>		
Прометазин (фенерган, дипразин, пипольфен)	Внутрь после приема пищи по 25 мг 2-3 раза в сутки либо каждые 4-6 ч. Внутримышечно по 1-2 мл 2,5% раствора 3-4 раза в сутки. Внутривенно в составе литических смесей – 2 мл	Категория С. Прометазин проникает через плацентарный барьер. Применять с осторожностью, после оценки соотношения польза для матери/потенциально вредное воздействие на плод



Действующее вещество/ препарат	Дозировки и особенности введения	Применение при беременности
Дименгидрилат (дедалон, драмина, авиомарин)	50-100 мг каждые 4-6 ч по необходимости. Максимальная суточная доза – 400 мг	Категория С*. Противопоказан к применению в I триместре беременности. Во II-III триместре применение препарата возможно с особой осторожностью, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода.
Дифенгидрамин (димедрол)	Внутрь 30-50 мг 1-3 раза в сутки в течение 10-15 дней. Внутримышечно 0,01-0,05 г 1% раствора. Внутривенно капельно 0,02-0,05 г димедрола в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида	Категория С. Не рекомендуется назначать в III триместре беременности. Риск для плода выявлен в исследованиях на животных, аналогичные исследования на людях не проводились. Препарат может быть рекомендован, если ожидаемый положительный эффект от его применения выше, чем потенциальный риск для плода
Меклозин (меклизин, бонин)**	При тошноте и рвоте у беременных препарат обычно эффективен в суточной дозе 25-50 мг	Категория С. Как показывает мировой опыт, при применении меклозина у беременных не выявлено признаков тератогенного действия. Однако в экспериментальных исследованиях определенные тератогенные эффекты меклозина при введении в высоких дозах (до 25-50 мг/кг) наблюдались у крыс. При этом такие изменения не встречались у других экспериментальных животных, включая обезьян. Таким образом, при назначении меклозина необходимо сопоставлять возможный риск и потенциальную пользу от применения лекарства
<b>Антагонист 5-HT<sub>3</sub> (серотониновых) рецепторов</b>		
Ондансетрон (осетрон, изотрон, зофран, зметрон)	Внутривенно струйно медленно или в виде короткой инфузии 2-4 мг каждые 6-8 ч	Категория В. Противопоказан в I триместре беременности. Безопасность применения ондансетрона для плода при назначении препарата во время беременности у женщин не установлена. В экспериментальных исследованиях на животных применение препарата не нарушало развитие эмбриона или плода и не влияло на течение беременности, пре- и постнатальное развитие. Однако, поскольку исследования на животных не всегда являются прогностическими для человека, препарат может быть рекомендован к применению только в том случае, если ожидаемый положительный эффект от его использования выше, чем потенциальный риск для плода
<b>Прямые антагонисты дофамина</b>		
Домперидон (мотилиум лингвальный, моторикум)	По 10 мг 3-4 раза в сутки перед едой. При выраженных тошноте и рвоте назначают по 20 мг 3-4 раза в день	Категория С. Риск для плода выявлен в исследованиях на животных, однако аналогичные данные, касающиеся женщин, ограничены. Препарат может быть рекомендован, если ожидаемый положительный эффект от его применения выше, чем потенциальный риск для плода
Метоклопрамид (церукал)	Внутрь 10 мг до 4 раз в день за 30 мин до приема пищи. Внутримышечно, внутривенно (струйно медленно, капельно) по 2 мл 3-4 раза в сутки	Категория В. Противопоказан в I триместре беременности. Во II и III триместрах назначают по жизненным показаниям



Продолжение таблицы 2

Действующее вещество/ препарат	Дозировки и особенности введения	Применение при беременности
<b>Блокаторы дофаминовых рецепторов</b>		
Галоперидол (галоприл, галомонд, сенорм)	Для купирования тошноты и рвоты центрального генеза вводят внутримышечно или внутривенно 2,5-5 мг препарата	Использование препарата в период беременности возможно только в том случае, если ожидаемая польза больше возможного тератогенного эффекта
Дроперидол	Доза препарата определяется индивидуально, с учетом возраста, массы тела, применения других лекарственных средств. Для профилактики тошноты и рвоты препарат используют в виде внутримышечных инъекций либо внутривенно медленно струйно в дозе 2,5-5 мг (1-2 мл). При этом необходимо обеспечить поддержку адекватного ОЦК	При беременности следует оценить соотношение ожидаемого положительного эффекта от препарата с риском возможного негативного влияния на плод
Прохлорперазин (метеразин, компазин, дикопал, ниподал)**	Внутрь после еды по 5-10 мг 3-4 раза в сутки	Категория С. Риск для плода выявлен в исследованиях на животных, однако аналогичные исследования, касающиеся людей, не проводились. Препарат может быть рекомендован, если ожидаемый положительный эффект от его применения выше, чем потенциальный риск для плода
<b>Глюкокортикостероиды</b>		
Метилпреднизолон (солу-медрол, депо-медрол, метипред)	Внутривенно по 16 мг каждые 8 ч в течение 3 суток, затем дозу снижают до минимально эффективной. Препарат используется в том случае, если другие антиэметики оказались неэффективными	Категория С. Риск для плода выявлен в исследованиях на животных, однако таковые на людях не проводились***. Беременность является относительным противопоказанием, в особенности I триместр. Препарат может быть рекомендован, если ожидаемый положительный эффект от его применения выше, чем потенциальный риск для плода

\* Некоторые авторы [5] указывают, что дименгидринат может быть отнесен к категории В. В то же время, по данным некоторых производителей, в экспериментальных исследованиях установлено, что дименгидринат вызывает развитие кардиоваскулярных дефектов и паховой грыжи у плода, на основании чего он может быть отнесен к категории D.

\*\* В Украине не зарегистрирован.

\*\*\* 14 октября 2010 г. в New England Journal of Medicine опубликованы новые рекомендации по выбору стратегии лечения тошноты и рвоты у беременных (N Engl J Med. 2010;363:1544-1550, ACOG Guidelines for Treating Nausea and Vomiting in Pregnant Women). Метаанализ четырех исследований показал, что использование препаратов группы глюкокортикостероидов для лечения ЧРБ до 10 нед гестации ассоциировалось с 3-4-кратным повышением риска возникновения расщепления нёба («заячьей губы» или «волчьей пасти») у плода, на основании чего препарат может быть отнесен к категории D и применяться только в том случае, если другие группы препаратов оказались не эффективны.

потребность в магнии для женщин составляет 0,3 г, а во время беременности и лактации повышается до 0,45 г за счет увеличения ОЦК, роста плода и матки.

Во время беременности наряду с повышенной потребностью в магнии может возникать его дефицит за счет потери этого микроэлемента с рвотой при ранних гестозах.

Образуется патологический замкнутый круг — при ЧРБ дефицит магния усугубляет состояние пациентки, что приводит к увеличению потерь магния с рвотой и к невозможности восполнить его необходимое количество за счет пищи.

В условиях сниженной концентрации магния происходит патологическая активация кальций-зависимых контрактильных реакций в миомерии, и таким образом увеличивается угроза прерывания беременности, особенно во II-III





триместре. При сопутствующей артериальной гипертензии нарушается кровоснабжение плаценты и фетоплацентарного комплекса, повышается содержание в крови вазоконстрикторных факторов, что усугубляет риск невынашивания беременности (Царькова М.А., 2010). Недостаточность магния приводит к увеличению секреции альдостерона, задержке жидкости в организме и развитию отеков.

Пиридоксин (витамин В<sub>6</sub>) исключительно важен для работы нервной системы, незаменим в комплексном лечении стрессов, депрессивных и судорожных состояний, ряда неврологических патологий, тошноты и рвоты. Это объясняется тем, что при дефиците пиридоксина нарушается образование ГАМК в тканях мозга, вследствие чего повышается возбудимость нервной системы. Особую настороженность должны вызывать симптомы недостатка витамина В<sub>6</sub> во время беременности. При дефиците пиридоксина у пациентки могут возникнуть депрессия, психозы, повышенная раздражительность. Препарат назначают в период вынашивания при токсикозе, поскольку он облегчает состояние при анорексии, тошноте и рвоте у беременных. В ряде исследований пиридоксин показал свою эффективность при депрессиях: он положительно влияет на выработку норадреналина и серотонина (Ogunyemi D.A., Fong A., 2009). Суточная потребность женщины в витамине В<sub>6</sub> в период беременности и лактации составляет 2,1-2,3 мг.

Одновременное применение пиридоксина и магния улучшает абсорбцию последнего в кишечнике, облегчает его трансмембранное проникновение в клетки вследствие образования хелатного комплекса витамин В<sub>6</sub> – магний – аминокислота, повышает концентрацию магния в плазме крови и эритроцитах, а также снижает его экскрецию с мочой.

**Все это дает возможность утверждать, что применение медикаментов, содержащих витамин В<sub>6</sub> и магний, при ранних гестозах и ЧРБ является патогенетически обоснованным** (Громова О.А., 2006; Громова О.А, Серов В.Н., 2008; Царькова М.А., 2010; Томилова И.К., Торшин И.Ю. и др., 2010).

Таким комбинированным препаратом, содержащим и магний, и витамин В<sub>6</sub>, является Магвит.

Одним из основных показаний к его назначению является профилактика осложнений, связанных с дефицитом магния и/или витамина В<sub>6</sub>.

Магвит представлен в виде кишечнорастворимых таблеток, что является принципиально новым подходом в использовании магниевых и витаминных средств. Каждая таблетка препарата Магвит содержит 470 мг магния лактата дигидрата (эквивалентного 48 мг Mg<sup>2+</sup>) и 5 мг пиридоксина. Всасывание магния происходит в тонком кишечнике путем пассивной и ускоренной диффузии. Для его абсорбции лучшими являются условия умеренно кислой либо щелочной среды. При этом особенно важно соблюдение диеты, богатой белковыми продуктами животного происхождения и витамином В<sub>6</sub>. Ключевым моментом, который обеспечивает эффективность применения магниевых препаратов, является целевой транспорт ионов магния непосредственно к месту абсорбции, т.е. в тонкий кишечник. Эта проблема решается за счет наличия защитной оболочки на таблетках препарата Магвит, которая обеспечивает защиту действующего вещества от агрессивной кислой среды вышерасположенных отделов ЖКТ. Именно наличие кишечнорастворимой формы магниевых препаратов позволяет эффективно обеспечить транспорт и выделение активных ингредиентов Магвита непосредственно в тонком кишечнике.

Следует отметить, что вопрос назначения этого препарата при беременности и кормлении грудью решается врачом с учетом соотношения польза/риск индивидуально для каждой пациентки и ребенка (плода). Оценивая данное соотношение, необходимо учитывать следующее. Во-первых, применение витамина В<sub>6</sub> в комплексе с магнием целесообразно в качестве патогенетической терапии ЧРБ. Во-вторых, оно является неотъемлемой частью коррекции нарушений электролитного баланса, развивающихся на фоне ЧРБ, поскольку гипомagneмия – это важнейший фактор риска повышенной сократимости матки, нарушения маточно-плацентарного кровообращения и преэклампсии.

*Список литературы в количестве 15 источников находится на сайте журнала: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua)*

*Подготовила Ольга Жигунова*

*Статья публикуется при поддержке компании «ГлаксоСмитКляйн» MGVT/10/UA/27.02.2012/5970*





# Особливості перебігу АГ та метаболічного фону в жінок при ожирінні залежно від наявності чи відсутності холелітіазу

Л.М. Радченко, кафедра внутрішньої медицини № 2  
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Однією з найбільш небезпечних хвороб серцево-судинної системи є артеріальна гіпертензія (АГ), яка виявляється у 13-15 млн людей України [10]. Розповсюдженість гіпертонічної хвороби (ГХ) серед жінок після менопаузи значно вища, ніж серед чоловіків [1, 5]. Сучасними епідеміологічними багатоцентровими дослідженнями встановлено, що для АГ характерні численні метаболічні порушення, передусім жирового та вуглеводного обміну. Проблема АГ на фоні надмірної ваги чи ожиріння є значущою для жінок, оскільки лише 45% жіночого населення України має нормальну масу тіла, а у 20% – діагностовано ожиріння [12]. Частота останнього підвищується з віком. Так, якщо у 35-44-річному віці на ожиріння страждає кожна п'ята жінка, то у 45-54 роки – вже кожна третя [12]. Це пов'язують із підвищенням рівня лептину після менопаузи, проатерогенними змінами ліпідного обміну та гіперінсулінемією [16].

Друге місце за розповсюдженістю посідають хвороби системи травлення. У всьому світі спостерігається стійка тенденція до росту біліарної патології, а холелітіаз за частотою поступається лише виразковій хворобі [11, 15, 21]. Відомо, що патологія біліарної системи переважно асоціюється з жіночою статтю, що описано як «пентада F»: жіноча стать (female), блондинки (fair), ожиріння (fat), ті, що народжували (fertile), вік після 40 років (forty) [22, 24-26]. Жінки становлять більшість серед хворих на дискінезію жовчовивідних шляхів [18], холестероз жовчного міхура (ЖМ) [8], холецистит та жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) [9, 14, 23, 26, 27]. Частота виявлення каменів в осіб жіночої статі переважає аналогічну в чоловіків у співвідношенні 3:1 [26]. Серед хворих, яким виконували холецистектомію (ХЕ), більшість (2:1) також становили жінки [23]. Дослідженням, яке проводили у США упродовж 20 років (1980-2000) за участю 81 351 пацієнтки віком 30-55 років, доведено, що у 8607 з них було виконано ХЕ [28], тобто її частота серед жінок становила 10,6%. Однак така операція не завжди усуває симптоми абдомінального диском-

форту, що в 30-40% випадків зумовлює розвиток постхолецистектомічного синдрому [7], розповсюдженість якого також є вищою серед жіночого населення [11]. Проте серед пацієнтів молодого віку з біліарною патологією переважання осіб жіночої статі було менш вираженим – 1,2:1 [20].

Схильність жінок до хвороб біліарної системи пояснюється багатьма чинниками. Передусім, сюди відноситься гормональний фон. Високий рівень естрогенів у крові сприяє підвищенню літогенності жовчі та утворенню сладжу [23, 26], який чітко корелює з порушеннями ліпідного обміну та утворенням каменів у ЖМ [13]. Біохімічні властивості жовчі та механічні характеристики роботи ЖМ суттєво змінюються під час вагітності [26]. Підвищення рівня прогестерону під час гестації викликає релаксацію та гіпотонію ЖМ [4], а зростання внутрішньочеревного тиску утруднює спорожнення ЖМ. Однак слід зазначити, що у 60-80% жінок сладж спонтанно зникає протягом 6 міс після пологів [4]. За іншими даними, кількість пологів не впливала на наявність чи відсутність каменів у ЖМ серед жінок Туреччини після менопаузи [27].

Іншим важливим фактором каменеутворення в пацієнток можуть бути лікарські засоби. Вважається, що формуванню медикаментозного сладжу сприяє застосування естрогенів та оральних контрацептивів [22], хоча і це не завжди підтверджується [27]. Екзогенні естрогени зумовлюють збільшення секреції холестерину в жовчі на 40%, що підвищує його концентрацію та преципітацію. Крім того, екзогенні естрогени пригнічують синтез жовчних кислот, що ще більше підвищує літогенність жовчі [4]. Із ЖКХ пов'язують також застосування тіазидних діуретиків [28], цефтріаксону [4].

Отже, хвороби серцево-судинної системи (зокрема ГХ) та біліарного тракту в жінок часто співіснують і, ймовірно, можуть впливати одна на одну. Доведено, що одна з особливостей перебігу біліарної патології у пацієнток полягає в тому, що у них захворювання ЖМ та проток часто є коморбідним станом, причому на першому місці серед супутньої патології знаходяться хвороби



серцево-судинної системи [20]. Дійсно, ці патологічні процеси мають спільні екзогенні та ендogenous етіологічні фактори: шкідливі звички, стреси, нераціональне харчування. Виявлено, що за умов поєднання ГХ та хронічного холециститу у 78,8% хворих спостерігалась гіподинамія, у 43,1% – тривала психотравмуюча ситуація, а 32,6% осіб палили [6]. Спільними ендogenous чинниками патогенезу ГХ та хвороб біліарної системи є ожиріння та дисліпідемія. У хворих із поєднаною патологією у два рази частіше діагностували ожиріння, частіше виявляли розлади ліпідного обміну: підвищення рівня загального холестерину сироватки крові у 1,4 разу, тригліцеридів – у 2,1 разу [6].

Таким чином, систематизованих уявлень щодо специфічних особливостей коморбідного перебігу ГХ та хвороб ЖМ немає. Їх перебіг та прогноз вимагають подальших досліджень для обґрунтування тактики лікування. Особливого значення це питання набуває у пацієток із порушеннями ліпідного обміну, що і зумовило доцільність даного дослідження.

Мета дослідження полягала у вивченні особливостей АГ, антропометричних параметрів, показників запалення та метаболічного фону у жінок, хворих на ГХ, на фоні надмірної ваги/ожиріння залежно від стану ЖМ: при його відсутності, за наявності каменів та при інтактному ЖМ.

### Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 30 жінок віком від 44 до 79 років (середній вік  $64,1 \pm 4,3$  року). Діагноз верифіковано за нормативними документами. У жодної хворої не виявлено явних клінічних ознак патології ЖМ. У дев'яти (30%) пацієток, які належали до першої групи, ЖМ був оперативно видалений з приводу ЖКХ 2-10 років тому, що значно перевищує дані літературних джерел [19]. Другу групу становили шість пацієток, які мали ЖКХ, третю – 15 осіб без наявності каменів у ЖМ. Аналіз було проведено за характеристиками АГ, антропометричними критеріями, параметрами загального аналізу крові та сечі, біохімічними константами роботи печінки і нирок, ліпідного та вуглеводного метаболізму, показниками ЕхоКГ та ЕКГ. Результати опрацьовані методами варіаційної статистики та матрично-кореляційного аналізу [2] на основі 525 коефіцієнтів кореляції для кожної групи.

### Результати та їх обговорення

Хоча за гемодинамічними параметрами АГ пацієнтки усіх трьох груп суттєво не різнилися, заслуговує на увагу істотне зменшення тривалості ГХ у хворих з каменеутворенням (ЖКХ  $7,8 \pm 3,4$  року; ХЕ  $9,8 \pm 2,1$  року) порівняно з пацієнтками з функціонуючим ЖМ ( $15,7 \pm 3,3$  року). Тобто у пацієток із каменями у ЖМ необхідність стаціонарного лікування ГХ виникла раніше, що може бути проявом гіршого контролю за артеріальним тиском. Це зумовлює доцільність подальшого вивчення особливостей АГ у хворих із наявністю каменів.

Для пацієток із ХЕ в анамнезі був характерним найбільший обвід талії ( $111,7 \pm 7,9$  см; +11,0% від третьої групи) та стегон ( $123,2 \pm 7,5$  см; +7,1% від третьої групи) порівняно з  $96,7 \pm 2,1$  см (-3,9%) і  $119,0 \pm 4,1$  см (+6,7%) у хворих другої групи та  $100,6 \pm 1,51$  см і  $111,5 \pm 3,1$  см у третій групі ( $p > 0,05$ ). У жінок з наявністю каменів виявлено збільшення об'єму жирової тканини (+14,2% після ХЕ та +17,5% без неї), маси жирової тканини (+14,3% після ХЕ та +17,4% без неї) та підвищення показника жиру (співвідношення маси жирової тканини та маси тіла) в організмі (+12,5% у першій групі та -1,9% у другій) порівняно з третьою групою. Заслуговує на увагу той факт, що гліцеофеморальний тип розподілу жиру, характерний для пацієток з ожирінням без гіперінсулінемії [3], істотно частіше спостерігався у хворих із каменеутворенням: 60% у групі жінок із ХЕ та 80% у групі осіб із ЖКХ. У той же час у переважній більшості (83%) пацієток із функціонуючим ЖМ частіше мав місце абдомінальний тип ожиріння, що асоціюється з інсулінорезистентністю [29]. Отже, жінки, хворі на ГХ, на фоні ожиріння з каменеутворенням характеризуються більш вираженими порушеннями жирового обміну та переважанням гліцеофеморального типу розподілу жиру без гіперінсулінемії. У пацієток без каменів у ЖМ спостерігалися менші значення об'єму та маси жирової тканини на фоні абдомінального типу розподілу жиру, що свідчить про наявність у них усіх компонентів метаболічного синдрому та інсулінорезистентності.

Серед змін лабораторних параметрів у пацієток з каменями привертають увагу менша кількість паличкоядерних нейтрофілів та нижчі значення загального фібриногену на фоні зростання моноцитів і ШОЕ. Середні значення показників ліпідного обміну в усіх групах досліджуваних були подібними, що відповідає даним літератури [27], хоча в наших хворих з ХЕ в анамнезі також мала місце описана раніше [7] тенденція до збільшення кількості  $\beta$ -ліпопротеїнів. Мінімальний рівень холестерину в крові спостерігався у пацієток із каменями у ЖМ. Для таких хворих також було характерно зростання деяких показників печінкових проб, що співпадає з даними літературних джерел [7]. Це може бути свідченням того, що за умов каменеутворення навіть при відсутності ЖМ печінка реагує на зміни гомеостазу більшою мірою.

Проведений матрично-кореляційний аналіз, який дозволяє визначити основні параметри за умов даного стану організму, показав різницю між групами [17]. В усіх групах плеяди істотних кореляцій включали антропометричні параметри жирового обміну, гострофазові біохімічні та гематологічні показники, критерії загальних адаптаційних реакцій, кількісне значення холестерозу ЖМ, параметри функції нирок та печінки, структури серця. Важливо те, що наявність ЖМ впливала на формування кореляційних зв'язків: кількісний показник холестерозу завжди належить





до них, проте зв'язки у хворих із холелітіазом та без нього були різними. Так, у жінок із ХЕ обвід стегон був центром фокусування істотних кореляційних зв'язків, у т.ч. з гострофазовими показниками запалення; кількість істотних кореляцій у плеяді була мінімальною, найбільша кількість кореляцій існувала окремо. Для жінок із ЖКХ були властиві максимальна кількість істотних кореляцій у плеяді, наявність серед центрів фокусування не лише антропометричних параметрів ліпідного метаболізму, а й структурних параметрів серця та кількісного вираження холестерозу ЖМ. Хворі на ГХ на фоні ожиріння з ЖМ без наявності каменів характеризувалися складною системою кореляційних зв'язків із центрами фокусування навколо антропометричних параметрів ліпідного обміну та рівня креатиніну. Плеяда в них була з мінімальною кількістю істотних зв'язків, не пов'язаних із загальною плеядою, та максимальною потужністю без значної переваги одного центру фокусування [17].

### Висновки

За даними літератури, ГХ, ожиріння та патологія біліарної системи у жінок дуже часто є коморбідними станами, які в сукупності ще недостатньо вивчені. Перебіг хвороб ЖМ на фоні ГХ з ожирінням частіше проходить із мінімальними суб'єктивними та об'єктивними проявами, а АГ – більш агресивно з гіршим контролем за тиском, що зумовлює більш ранню необхідність стаціонарного лікування пацієток із ГХ. ХЕ в анамнезі спостерігалась у 30% жінок, хворих на ГХ, на фоні ожиріння, що у 2,5 рази перевищує частоту в популяції. Пацієтки з холелітіазом ЖМ характеризувалися більш вираженими порушеннями жирового обміну та переважанням глютеофеморального типу розподілу жиру без гіперінсулінемії. Обвід стегон був центром фокусування істотних кореляційних зв'язків, у т.ч. з гострофазовими показниками запалення. Метаболічний фон відзначався розбалансованістю показників запалення, тенденцією до зростання рівня тригліцеридів, більшою реактивністю печінки. Хворі на ГХ без каменів у ЖМ мали більш тривалий стабільний перебіг ГХ, менші значення об'єму та маси жирової тканини на фоні абдомінального типу розподілу жиру, складну плеяду кореляційних зв'язків з центрами фокусування навколо антропометричних параметрів ліпідного обміну та рівня креатиніну. Це вказує на важливу роль ЖМ у формуванні інсулінорезистентності та метаболічного синдрому.

### Література

1. Беренфус В.Я. Значение суточного мониторинга артериального давления в оценке эффективности лечения артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе // Університетська клініка. – 2006. – Т. 2, № 1-2. – С. 87-91.

2. Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О., Макаренко О.М. Застосування кореляційного аналізу для вивчення стрес-протекторної дії екстракту неокортексту SNC // Журнал АМН України. – 2001. – Т. 7, № 4. – С. 784-791.

3. Воронко А.А. Ожиріння як складова частина метаболічного синдрому Х / Воронко А.А. // Проблеми військової охорони здоров'я. – К., 2000. – № 17. – С. 107-110.

4. Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекки. Билиарный сладж: констатировать или лечить? // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 4(24). – С. 9-19.

5. Давидова И.В. Риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в аспекте гормонального континуума // Therapia. – 2006. – № 9. – С. 44-48.

6. Журавльова Л.В., Боброннікова Л.Р., Хворостінка В.М. Особливості метаболічних порушень у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби // Сімейна медицина. – 2010. – № 2. – С. 63-65.

7. Звягінцева Т., Чернобай А. Різноманіття форм і проявів постхолецистектомічного синдрому: від клініки до лікування // Ліки України. – 2005. – № 7-8. – С. 74-77.

8. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Холестероз желчного пузыря: обзор литературы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 6. – С. 83-90.

9. Иоффе А.Ю., Абу Шамсия Р.Н., Тарасюк Т.В. Профилактика камнеобразования у больных с морбидным ожирением // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1(51). – С. 59-61.

10. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертонії в Україні // Український кардіологічний журнал. – 2005. – № 1. – С. 9-15.

11. Механизмы реализации инсулинорезистентности и стеатогепатоза у больных с постхолецистектомическим синдромом в сочетании с гипертонической болезнью / Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н., Лазуткина Е.А., Софронова Е.Н. // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 6(32). – С. 10-13.

12. Ожирение: в поисках решения проблемы // Здоров'я України. – 2009. – № 17 (222). – С. 64-65.

13. Оптимізація діагностики холестерозу жовчного міхура / Щербиніна М.Б., Закревська О.В., Байбуз О.Г., Ємельяненко Т.Г. // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 5. – С. 4-8.

14. Палій І.Г., Заїка С.В. Біліарний сладж: можливості діагностики та лікування // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6 (50). – С. 90-95.

15. Пасиешвили Л.М., Моргулис М.В. Механизмы формирования и пути коррекции дисфункции гепатобилиарной системы после холецистэктомии // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 2 (22). – С. 26-28.

16. Питецька Н.І., Ковальова О.М. Залежність активності лептину від гормонального фону у жінок з метаболічним синдромом // Тези доп. XII конгресу СФУЛТ. – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго. – 2008. – С. 156-157.





17. Радченко Л.М. Матрично-кореляційний аналіз зв'язків між параметрами в жінок, хворих на артеріальну гіпертензію на фоні ожиріння залежно від стану жовчного міхура // Медична гідрологія та реабілітація. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 56-62.
18. Фадеенко Г.Д. Возможности патогенетической терапии дисфункции желчевыводящих путей // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 2(22). – С. 20-25.
19. Что скрывает метаболический синдром? // Здоров'я України. – 2009. – № 1-2 (206 – 207). – С. 44-45.
20. Щербинина М.Б., Гладун В.М. Біліарна патологія у молодому віці: медико-соціальна характеристика пацієнтів // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 19 (342). – С. 14-15.
21. Щербинина М.Б., Литвяк А.И. Отечественный препарат урсодезоксихолевой кислоты «Урсол»: возможности терапии дискинезий желчевыводящих путей // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 4(24). – С. 80-84.
22. A high cholecystectomy rate in a cohort of Mexican American women who are postpartum at the time of oral contraceptive pill initiation / Stuart G.S., Tang J.H.; Heartwell S.F.; Westhoff C.L. // Contraception. – 2007. – V.76, №5. – P. 357-359.
23. Gallstones associated with nonalcoholic steatohepatitis (NASH) and metabolic syndrome / Yener O., Aksoy F., Demir M. et al. // Turk. J. Gastroenterol. – 2010. – V. 21, №4. – P. 411-415.
24. Lifestyle, reproductive factors and risk of gallbladder cancer/ Shukla V.K., Chauhan V.S., Mishra R.N., Basu S. // Singapore Med. J. – 2008. – V. 49, №11. – P. 912-915.
25. Liu B., Beral V., Balkwill A. Childbearing, breastfeeding, other reproductive factors and the subsequent risk of hospitalization for gallbladder disease // Int. J. Epidemiol. – 2009. – V. 38, № 1. – P. 312-318.
26. Novacek G. Gender and gallstone disease // Wien. Med. Wochenschr. – 2006. – V. 156, №19-20. – P. 527-533
27. Prevalence of cholelithiasis in a Turkish population sample of postmenopausal women / Karayalcin R., Genc V., Karaca A.S., Ozaksit G. // Turk. J. Gastroenterol. – 2010. – V. 21, №4. – P. 416-420.
28. Thiazide diuretics and the risk of gallbladder disease requiring surgery in women / Leitzmann M.F., Tsai C.J., Stampfer M.J. et al. // Arch. Intern. Med. – 2005. – V. 165, №5. – P. 567-573.
29. Waist circumference as a screening tool for the identification of adolescents with the metabolic syndrome phenotype / Bitsori M., Linardakis M., Tabakaki M., Kafatos A. // Int. J. Pediatr. Obes. – 2009. – V.4, №4. – P. 325-331.

## ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

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

## Вельмишановні колеги!

Запрошуємо до участі в роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю «**Остеопороз: від дитинства до старості**» педіатрів, ревматологів, терапевтів, ортопедів-травматологів, рентгенологів, геріатрів, неврологів, сімейних лікарів. Захід відбудеться **13-14 березня 2012 р.** в м. Харкові.

Основні питання конференції:

- Остеопороз у практиці педіатра
- Остеопороз та ревматологічні захворювання
- Глюкокортикоїд-індукований остеопороз
- Остеопороз при захворюваннях внутрішніх органів
- Остеопороз та хвороби крові
- Остеопороз при захворюваннях ендокринної системи
- Остеопороз та хронічна ниркова патологія
- Остеопороз при вроджених захворюваннях сполучної тканини
- Імобілізаційний остеопороз
- Порушення харчування та остеопороз
- Сучасні методи діагностики остеопорозу
- Особливості лікування остеопорозу

- Шляхи ранньої діагностики та профілактики остеопорозу.

Друковані матеріали необхідно надсилати на e-mail: [ostpor@yandex.ua](mailto:ostpor@yandex.ua) або на адресу оргкомітету у м. Києві: вул. Вишгородська, 67, Інститут геронтології АМН України, 04114.

Матеріали конференції будуть опубліковані в журналі «Проблеми остеології» у вигляді оригінальних статей і тез.

Контактні телефони у Києві:

(044) 431-05-50; факс: (044) 430-41-74 – Наталія Іванівна Балацька

Контактні телефони у Харкові:

- (057) 738-03-70 – Тетяна Володимирівна Фролова, кафедра пропедевтики педіатрії №1 Харківського національного медичного університету
- 098-059-50-17 – Олена Володимирівна Атаманова
- 067-738-28-73 – Олена Володимирівна Кононенко.

Оргкомітет

Більш детальна інформація на сайті: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua)



# Синдром раздраженного кишечника: существуют ли гендерные различия?

Л.С. Гвоздецкая, к.мед.н., кафедра спортивной медицины и физической реабилитации Национального медицинского университета им. О.О. Богомольца

**С**индром раздраженного кишечника (СРК) — одно из наиболее часто встречающихся функциональных нарушений пищеварительной системы как в экономически развитых, так и в развивающихся странах мира. Данное состояние хотя и не уменьшает продолжительности жизни людей, страдающих от него, но симптомы СРК значительно ухудшают ее качество. Так, в ходе некоторых исследований было обнаружено, что у пациентов с СРК качество жизни существенно ниже по сравнению не только со здоровым населением, но и с больными с другой хронической патологией [1, 2]. Кроме того, наличие СРК приводит к значительным расходам на его диагностику и лечение. Например, в США экономическое влияние этого состояния связано с ежегодными прямыми затратами на здравоохранение, оцененными в 1,35 млрд дол., и косвенными затратами около 200 млн дол. [3].

В западных странах распространенность СРК колеблется от 6 до 22%, в восточных — от 2 до 17% [4]. Данные и тех, и других стран свидетельствуют о том, что это расстройство более характерно для женщин по сравнению с мужчинами (2-2,5:1 соответственно).

**Что же такое СРК, и действительно ли он возникает чаще у женщин, чем у мужчин?** СРК — это функциональное нарушение толстого кишечника, которое характеризуется наличием абдоминальной боли и/или дискомфорта, сопровождающихся диареей и/или запором [3]. В настоящее время при постановке диагноза СРК специалисты руководствуются Римскими критериями III (2006). Согласно этим критериям, о данном диагнозе можно говорить при наличии у пациента абдоминальной боли или ощу-

щения дискомфорта в течение по крайней мере трех дней в месяц на протяжении трех месяцев, которые связаны с двумя и более такими проявлениями, как уменьшение боли после дефекации и/или связь приступа боли с изменением частоты и/или формы стула. Под понятием «дискомфорт» подразумеваются неприятные ощущения, которые нельзя описать как боль. Указанные симптомы должны появиться не менее чем за 6 мес до постановки диагноза. Кроме того, поскольку изменения формы и частоты стула могут иметь определенные отличия, СРК подразделяют на несколько типов в зависимости от преобладания в клинической картине той или иной формы стула (жидкий/водянистый и/или твердый/овечий стул): СРК с преобладанием запора (СРК-З), диареи (СРК-Д) и смешанный тип (СРК-С) (табл. 1) [3]. Пациентов, жалобы которых не соответствуют типу СРК-Д или СРК-З, относят или к СРК-С, или к СРК неопределенного типа (СРК-Н). СРК-С диагностируют у тех больных, у которых и диарея, и запор составляют по 25% и более от всех дефекаций. Тип СРК-Н используется в тех случаях, когда у пациента время от времени появляются признаки то СРК-З, то СРК-Д.

Поскольку симптомы СРК неспецифичны и могут возникать при других заболеваниях, это нарушение в определенной степени является диагнозом исключения, поскольку требует дифференцирования с такими патологиями, как:

- рак толстого кишечника;
- воспалительные заболевания толстой кишки (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона);

Таблица 1. Типы СРК

№	Тип СРК	Характеристика
1	СРК с преобладанием запоров	Твердый или овечий стул $\geq 25\%$ и жидкий (мягкий) или водянистый стул $< 25\%$ от всех дефекаций (стул соответствует типу 1-2 по Бристольской шкале кала [табл. 2])
2	СРК с преобладанием диареи	Жидкий (мягкий) или водянистый стул $\geq 25\%$ и твердый или овечий стул $< 25\%$ от всех дефекаций (стул соответствует типу 6-7 по Бристольской шкале кала)
3	Смешанный тип	Твердый или овечий стул $\geq 25\%$ и жидкий (мягкий) или водянистый стул $\geq 25\%$ от всех дефекаций (стул соответствует типам 1-2 и 6-7 по Бристольской шкале кала)
4	Неопределенный тип	Недостаточная последовательность нарушения стула для того, чтобы соответствовать критериям СРК-З, СРК-Д или СРК-С (по Бристольской шкале кала)



Таблица 2. Бристольская шкала для оценки консистенции кала

Тип кала	Характеристика	Визуальная оценка
Тип 1	Отдельные твердые грудки, которые тяжело продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски, с гладенькой поверхностью, мягкий	
Тип 5	Небольшие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частички с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частичек	

- целиакия;
- кишечная непроходимость;
- дивертикулез/дивертикулит;
- желчекаменная болезнь;
- пищевая аллергия;
- нетерпимость и мальабсорбция фруктозы, лактозы и др.;
- бактериальные инфекции и синдром избыточного бактериального роста;
- наличие кишечных паразитов;
- эндометриоз и рак яичников.

После исключения вышеуказанных патологий и при наличии симптомов, соответствующих Римским критериям III, возможна постановка такого диагноза как СРК.

**Так действительно ли среди пациентов с СРК преобладают женщины, и если да, то какие симптомы у них встречаются чаще, чем у мужчин? Какие факторы могут повлиять на их возникновение и течение?** Как мы упоминали выше, результаты исследований, проведенных во многих странах, подтверждают, что женщины чаще страдают от СРК, чем мужчины. Возможно, преобладание СРК среди женщин связано с тем, что они чаще мужчин обращаются за медицинской помощью [5, 6]. Однако в некоторых исследованиях, проведенных в азиатских странах, не наблюдалось существенных гендерных различий в распространенности СРК. Это позволяет предположить, что на проявление симптомов СРК могут влиять культурные отличия [7].

При изучении классификации негастроинтестинальных симптомов, некоторых патофизиологических механизмов [8] и ответа на лечение гендерные различия в возникновении и проявлении СРК становятся более очевидными. В частности, у женщин наблюдается явное доминирование СРК-3 над СРК-Д

или СРК-С. В проведенных ранее патофизиологических исследованиях были обнаружены гендерные различия (например в скорости гастроинтестинального транзита, ректальной чувствительности, количестве тучных клеток в слизистой оболочке толстой кишки) в группах с СРК и здоровых контрольных группах [9]. Вместе с тем существуют противоречивые результаты других исследований, в которых не было выявлено этой разницы [10]. Кроме того, ответ на некоторые виды терапии СРК, например с применением серотонинергических средств, является лучшим у женщин, чем у мужчин [11, 12]. Однако результаты могли быть таковыми из-за того, что количество мужчин с СРК, принимающих участие в исследованиях, значительно меньше, чем женщин. Таким образом, истинные гендерные отличия среди населения при этом остаются до конца не изученными.

Гендерная разница и влияние женских половых гормонов на симптоматику СРК являются предметом многих исследований, так как предполагается, что существует тесная взаимосвязь между менструальным циклом (МЦ) и проявлениями этого нарушения. Кроме того, СРК может быть обусловлен воздействием гормонов яичников на висцеральную болевую чувствительность и функцию толстой кишки [13]. Поэтому необходимо выяснить, существует ли истинная разница между мужским и женским полом в частоте возникновения и клинической картине СРК, поскольку эта информация может потенциально повлиять на наше понимание патофизиологии заболевания, выбор тактики устранения симптомов, а также способствовать созданию препарата для лечения данного состояния.

Результаты большинства проведенных исследований свидетельствуют, что женщины чаще, чем мужчины, жалуются на абдоминальную боль [14],



вздутие живота, чувство распирания и твердый или овечий стул [15]. У женщин чаще диагностируют СРК-3, тогда как мужчин обычно беспокоят симптомы, связанные с диареей (жидкий стул, повышение частоты актов дефекации). Кроме того, оказалось, что женский пол является фактором риска развития постинфекционного СРК, возникающего у многих пациентов, у которых имелись СРК-подобные симптомы после перенесенной острой кишечной инфекции [16]. У женщин СРК протекает более тяжело [17, 18], и его симптомы больше снижают качество жизни [19], чем у мужчин с этим диагнозом. Существуют также доказательства того, что женщины с СРК по-другому, нежели мужчины, реагируют на проводимую фармако- и психотерапию [20].

В общих популяционных исследованиях, которые включали пациентов различного пола с СРК, женщины чаще по сравнению с мужчинами жаловались на ощущение абдоминальной боли или дискомфорта [21, 22]. В целом у них чаще, чем у мужчин, возникают симптомы, связанные с запором, особенно вздутие живота и абдоминальная дистензия. У мужчин же наоборот – преобладают симптомы, связанные с диареей (жидкий/водянистый стул, его учащение). Однако это наблюдалось только в тех исследованиях, в которых изучали исключительно СРК, но не подтверждалось общими популяционными исследованиями. В результате проведения нескольких исследований было обнаружено, что у женщин более медленный, чем у мужчин, транзит кишечного содержимого по толстой кишке [23, 24].

В общем показатель встречаемости того или иного симптома СРК у женщин выше по сравнению с таковым у мужчин, что может объясняться несколькими причинами. Так как женщины с СРК склонны значительно чаще, чем мужчины, прибегать к медицинской помощи [25], специалисты, используя методы отбора пациентов на основе этой обращаемости, могли недооценить распространенность синдрома среди мужчин. Другая вероятная гипотеза состоит в том, что женщины склонны лучше мужчин запоминать симптомы [26]. Однако это вряд ли объяснит тот факт, что на запоры женщины жалуются более часто, чем мужчины, в то время как диарея чаще беспокоит последних.

Таким образом, причины гендерных различий в распространенности СРК, влиянии пола на преобладание того или иного его симптома и в ответе на терапию до конца не ясны. Имеющиеся объяснения включают разницу в чувствительности к боли, когнитивной реакции на боль; особенности колебаний уровня гормонов яичников у женщин [27] и количества тучных клеток слизистой оболочки толстого кишечника [28]. Кроме того, предполагается, что частота возникновения и тяжесть проявления симптомов СРК у женщин время от времени изменяются в зависимости от уровня гормонов яичников, т.е. отличаются в течение различных фаз МЦ, а также в период менопаузы.

За последнее время было проведено несколько исследований, в которых изучали влияние фаз МЦ на

частоту возникновения и тяжесть симптомов СРК. В одной части исследований использовали дневники, в другой – наборы для определения овуляции. В большинстве случаев (в среднем 40-60%) женщины отмечали усиление выраженности гастроинтестинальных симптомов во время менструаций по сравнению с другими фазами МЦ [29, 30]. Также результаты проведенных исследований показали, что во время менструации преимущественно усугублялись такие симптомы, как жидкий стул, вздутие живота, абдоминальная боль и др. Учащение диареи во время менструаций наблюдалось более часто, чем усиление запора. Хотя влияние МЦ на возникновение подобных симптомов было отмечено как у здоровых женщин, так и у больных СРК, у последних они проявлялись более тяжело. Вздутие, газообразование и диарея и/или запор (больше диарея, чем запор) чаще наблюдались во время менструаций, чем в другие фазы МЦ.

Таким образом, в результате некоторых исследований было обнаружено, что симптомы СРК усиливаются во время менструации. Повышенная висцеральная чувствительность обусловлена тем, что во время менструации наблюдается более низкая пороговая чувствительность к ректальной дистензии по сравнению с другими фазами МЦ [32]. Результаты испытаний, проведенных на животных и людях, подтверждают, что снижение уровня гормонов яичников во время менструации может лежать в основе усиления гастроинтестинальных симптомов и дискомфорта, возникающих в течение некоторых фаз МЦ [33].

Результаты исследования Laessle et al. [34] доказали, что содержание прогестерона отрицательно коррелирует с симптомами, связанными с болью (поясничной и головной). Этим подтверждается то, что снижение уровня женских половых гормонов ассоциировано с усилением соматической боли. Вероятно, что у женщин симптомы СРК возникают чаще и протекают более тяжело во время менструаций в связи со снижением концентрации прогестерона и эстрогенов от высоких до низких значений.

Выделяют и другие возможные механизмы, принимающие участие в функционировании желудочно-кишечного тракта, которые объясняют результаты вышеупомянутых исследований. Например, существует гендерная разница в постпрандиальных уровнях серотонина при СРК-Д [35, 36] и количестве тучных клеток в слизистой оболочке толстой кишки при СРК. Кроме того, на секрецию тучных клеток влияет уровень как эстрогенов, так и прогестерона [36].

В то время как все больше специалистов сообщают о более частом усугублении во время менструации диареи, чем запора, в ходе двух проведенных ретроспективных исследований было обнаружено, что одни пациентки жаловались на учащение диареи, другие – на усиление запора. Возможно, усугубление того или иного симптома зависело от того, какой тип СРК был у каждой отдельно взятой





больной. Например, более вероятно, что женщины с СРК-Д будут жаловаться на усиление диареи во время менструации, в то время как пациентки с СРК-З скорее всего сообщат об усугублении запора.

Несмотря на относительно большое количество исследований по изучению влияния фаз МЦ на проявление симптомов СРК, их недостатком является то, что половина из них были ретроспективными, т.е. основывались только на сборе анамнеза [37]. Это в свою очередь могло способствовать переоценке роли МЦ в возникновении симптомов СРК в отличие от проспективного исследования данных. Кроме того, наличие той или иной фазы МЦ должно подтверждаться путем использования наборов для определения овуляции, что практически не осуществлялось в большинстве исследований [38]. Так, для качественной оценки влияния МЦ на симптомы СРК необходимо проведение исследований с оптимальным их проектом (например с использованием наборов для определения овуляции, ежедневным проспективным анализом симптомов, при достаточном объеме выборки).

К сожалению, было проведено лишь небольшое количество исследований, в которых сравнивались гастроинтестинальные симптомы у женщин в пре- и постменопаузальном периодах. Поэтому имеющихся данных касательно существенного влияния менопаузы на симптомы СРК недостаточно. Однако те ограниченные сведения, которыми мы владеем на сегодняшний день, позволяют предположить, что в период менопаузы пациентки с СРК больше жалуются на тошноту и меньше на вздутие, чем таковые в постменопаузальном периоде [39]. Исследования, в которых бы сравнивали газообразование в кишечнике или транзит его содержимого по толстой кишке у женщин в пре- и постменопаузе, пока еще не проводились, поэтому говорить о их точной взаимосвязи не представляется возможным.

Кроме того, имеются доказательства существенного влияния женских половых гормонов на проявление симптомов СРК. Также зарегистрированы сообщения о том, что использование оральных контрацептивов и агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) у женщин в менопаузе может предупреждать возникновение симптомов СРК, хотя эти данные ограничены и необходимы дальнейшие исследования. Эти гормональные средства имеют различное действие на гипоталамо-гипофизарную область. Оральные контрацептивы предотвращают овуляцию, так как производная прогестерона ингибирует высвобождение ГнРГ гипоталамусом, уменьшая таким образом выработку фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов гипофизом. При этом эстрогенный компонент препаратов подавляет развитие фолликулов. Агонист ГнРГ леупролид, напротив, стимулирует высвобождение ФСГ и ЛГ, которые угнетают секрецию гормонов яичников. Несомненно, необходимы дальнейшие исследования для окончательного определения влияния гормонов на выраженность симптомов СРК.

Влияние беременности на гастроинтестинальные симптомы, в т.ч. проявления СРК, интересует исследователей, а также практикующих врачей не меньше. Общеизвестным является то, что многие беременные испытывают изжогу и тошноту в течение I триместра. Роль беременности в развитии симптомов со стороны толстой кишки менее ясна, поскольку одни женщины жалуются на учащение диареи, тогда как другие – страдают от запора.

**Каким образом беременность может влиять на состояние пищеварительной системы?** Во время гестационного периода повышаются уровни эстрогенов и прогестерона. Так как рецепторы к этим гормонам расположены по всему желудочно-кишечному тракту, возможно, что модификация появления симптомов зависит от изменения их показателей. Существуют исследования (хотя их и немного), в которых изучали связь беременности и симптомов СРК. В одном из них было высказано предположение о том, что влияние гормонов во время беременности может привести как к положительным, так и к отрицательным изменениям в симптоматике СРК, а также повлиять на выраженность абдоминальной боли. В результате проведенного опроса среди женщин, которые до беременности жаловались на симптомы СРК, было обнаружено, что приблизительно половина из них отмечала во время беременности уменьшение симптоматики СРК. Небольшая же часть опрошенных (менее 20%) сообщила об усилении проявлений СРК. Очевидно, что необходимо провести больше исследований, прежде чем делать какие-либо категорические выводы относительно влияния беременности на СРК. Также имеются данные о том, что у таких пациенток отмечена более высокая вероятность возникновения эндометриоза и острой патологии органов мочевыделительной системы, а также повышенный риск подвергнуться гистерэктомии [40].

В заключение следует отметить, что большое количество проведенных исследований позволяет утверждать: у женщин во всем мире симптомы СРК, особенно связанные с запором, встречаются чаще, чем у мужчин. Однако это только в пределах групп пациентов с СРК, тогда как в общей популяции эта разница менее выражена. Существуют некоторые ограничения в качестве, методологии и количестве исследований, оценивающих влияние МЦ, беременности, уровня гормонов и менопаузы на симптомы СРК. К сожалению, в большинстве случаев исследования основывались только на данных анамнеза. Тем не менее существующие сведения указывают на повышенную вероятность того, что женские половые гормоны могут влиять на симптомы СРК и функции желудочно-кишечного тракта [41]. Вероятно, это может обуславливать повышение распространенности и увеличение восприимчивости к развитию СРК у женщин, повышение частоты возникновения запоров и степени тяжести симптоматики во время менструации, а также изменение проявлений СРК во время беременности.

*Список литературы в количестве 41 источника находится на сайте журнала: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua)*



### **С.А. Кубанський,**

завідувач відділу з правових питань

Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я

*Працюю дільничним лікарем-педіатром. У зв'язку зі скороченням штату мене переводять на 0,75 ставки, обгрунтовуючи це тим, що на дільниці проживає менше дітей, ніж необхідно за нормою (до 1300 осіб). При цьому робочий час не зменшують і доплати не обіцяють. Співробітникам поставили ультиматум: хто не напише заяву про переведення на 0,75 ставки – буде звільнений. Які існують норми тривалості робочого часу для дільничного лікаря-педіатра? Чи є нормативні документи щодо кількості обслуговування пацієнтів на дільниці?*

**В. Хоменко, м. Київ**

Порушене питання є досить актуальним і непростим, оскільки не врегульоване нормативно.

Так, ще 2009 р. МОЗ України своїм листом «Щодо норм навантаження для лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я» надало роз'яснення, у якому зазначалося, що розрахункові норми обслуговування для лікарів таких закладів були затверджені відповідними наказами МОЗ СРСР.

Однак при наданні такого роз'яснення не враховано, що ці розрахункові норми обслуговування для лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів втратили силу ще 01.09.1987 р. на підставі наказу МОЗ СРСР від 22.07.1987 р. № 902 «Про відміну планування і оцінки роботи амбулаторно-поліклінічних закладів за кількістю відвідувань». Таким чином, вони не можуть діяти в Україні.

На даний час нормативно визначеними є лише окремі норми для амбулаторно-

го обслуговування пацієнтів вузькопрофільними спеціалістами. Так, наприклад, Наказом МОЗ України від 11.10.1993 р. № 214 «Про вдосконалення неврологічної допомоги дітям в Україні» встановлено навантаження лікаря дитячого невролога: при амбулаторному прийомі з розрахунку п'ять хворих на 1 год.

На жаль, в аналогічному Наказі МОЗ України від 29.11.2002 р. № 434 «Про вдосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» не визначено норм навантаження для лікарів-педіатрів.

Зважаючи на відсутність нормативних документів, що врегульовували б це питання, встановлювати норми навантаження з обслуговування пацієнтів слід внутрішніми розпорядчими документами у самому закладі охорони здоров'я під час прийому працівника на роботу, оскільки такі норми становитимуть істотні умови трудового договору.

*Маю вищу категорію «Лікувальна справа (невідкладні стани)», потрапила під скорочення. При працевлаштуванні на посаду фельдшера фельдшерсько-акушерського пункту мені сказали, що оплата за мою вищу категорію не буде здійснюватися, оскільки вона не відповідає категорії «Лікувальна справа». Чи правильно це?*

**Т. Бажан, м. Київ**

Кваліфікаційні вимоги до працівників, які працюють на посадах фельдшерів, визначені Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я»), затвердженим наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117.

## ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

У свою чергу номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою затверджена наказом МОЗ України від 23.11.2007 р. №742 «Про атестацію молодших спеціалістів». Зазначеним документом спеціальності «Лікувальна справа» та «Лікувальна справа (невідкладні стани)» визначені як різні.

Згідно з п. 2.4.1. Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджених спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 5.10.2005 р. № 308/519, медичним та фармацевтичним працівникам посадовий оклад встановлюється з урахуванням кваліфікаційної категорії за умови їх роботи за тією спеціальністю, за якою присвоєно кваліфікаційну категорію.

Оскільки у Наказі МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів» зазначається, що спеціальності «Лікувальна справа» та «Лікувальна справа (невідкладні стани)» визначені як різні, працівник, який обіймає посаду фельдшера, справді матиме право на підвищення посадового окладу лише за наявності кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Лікувальна справа».

*Згідно з п. 2.4.2. спільного наказу Міністерства праці та соціальної політики України і МОЗ України № 308/519, посадові оклади лікарів-ендоскопістів підвищуються за здійснення оперативних втручань у залежності від їх обсягу, складності й характеру. На які відсотки за здійснення оперативних втручань може розраховувати лікар-ендоскопіст кабінету ендоскопії центральної районної лікарні, що згідно з наказом МОЗ України від 11.07.2007 р. № 393 утворюється у складі цього лікувально-профілактичного закладу і є його самостійним структурним підрозділом?*

*Ю. Охріменко*

Дійсно, Нормами п. 2.4.2. спільного наказу Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 5.10.2005 р. № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (далі – Умови) закрі-

плеєне право на підвищення посадових окладів окремим категоріям працівників за оперативні втручання.

Умовами визначено, що посадові оклади лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-анестезіологів та лікарів-ендоскопістів, у тому числі керівників структурних підрозділів – лікарів цих спеціальностей, підвищуються за здійснення оперативних втручань у залежності від обсягу, складності й характеру їх праці:

- в амбулаторно-поліклінічному закладі (відділенні) – до 15% посадового окладу;
- у денному стаціонарі хірургічного профілю – до 25%;
- у стаціонарі – до 40%.

Конкретний розмір підвищення встановлюється кожному фахівцю керівником закладу за поданням керівника структурного підрозділу відповідно до результатів роботи за певний період (квартал, півріччя, рік) залежно від обсягу, складності й характеру виконаних операцій.

Аналогічне роз'яснення цього питання надано і листом МОЗ України від 26.12.2007 р. № 10-03-68/2381.

Що ж стосується визначення конкретного розміру підвищення посадового окладу в наведеній дописувачем ситуації, то необхідно визначити тип закладу, у якому працює лікар-ендоскопіст.

Так, згідно з нормами наказу МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385, центральні районні лікарні належать до багатопрофільних лікарняних закладів і призначені для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Статус відділення (кабінету) ендоскопії як самостійного структурного підрозділу не надає йому статусу окремої юридичної особи, отже, сам кабінет функціонує у стаціонарі. Крім того, Наказ МОЗ України від 11.07.2007 р. № 393 «Про вдосконалення ендоскопічної допомоги населенню України» втратив чинність на підставі Наказу МОЗ від 6.08.2010 р. № 660 «Про скасування наказів МОЗ, які підлягали державній реєстрації, але не зареєстровані в Міністерстві юстиції України».

Таким чином, в описаному випадку, згідно з наведеними вище Умовами, лікар-ендоскопіст має право на підвищення посадового окладу за виконання оперативних втручань розміром до 40%.



Міністерство охорони здоров'я України  
Національна Академія медичних наук України  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Науково-практична конференція  
з міжнародною участю

# НАУКОВІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

4–5 квітня 2012

м. Харків, Палац культури  
при головному управлінні МВС  
(вул. Раднаркомівська, 13)

### Основні науково-практичні напрями

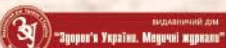
- Реформування шкірно-венерологічної допомоги населенню в регіонах України
- Сучасні методи діагностики в дерматовенерології та косметології
- Псоріаз. Сучасні методи терапії з використанням імуномодуляторів, біологічних препаратів та світлових методів
- Впровадження в життя нових клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів та медичних стандартів в дерматовенерології
- Проблеми та алгоритми діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)
- Нагальні проблеми та їх рішення в дерматокосметології
- Первинна та вторинна профілактика тяжких дерматозів та інфекцій шкіри, нові можливості довготривалого контролю стану шкіри, профілактика ІПСШ

Інформаційні партнери

Туристичний партнер

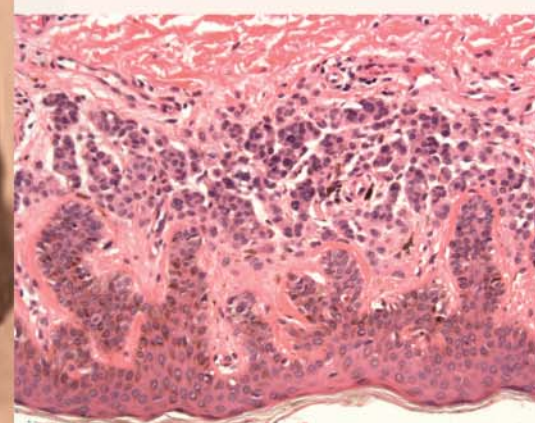


Здоров'я України



Сімейна медицина

VIVO TRAVEL  
TRAVEL AGENCY



Оргкомітет:  
ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»  
тел/факс +38 044 200-17-73,  
адреса: а/с 72, Київ, 03150,  
e-mail: office@newvivo.com.ua  
ДУ «Інститут дерматології та венерології  
НАМН України»  
вул. Чернишевського, 7/9  
тел. 057 706-32-00





**Неврология недоношенных детей**

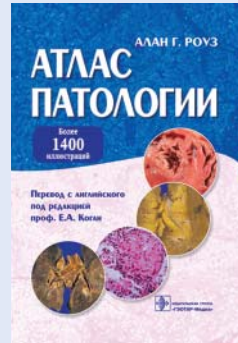
Пальчик А.Б. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 352 с.



В книге представлены результаты многолетних исследований в области неврологии недоношенных детей, а также обобщены достижения различных неврологических и неонатологических школ в данной области. Рассмотрены вопросы эпидемиологии, этиологии, механизмов развития и характера поражений нервной системы у недоношенных детей с учетом специфических особенностей формирования этих повреждений на разных этапах онтогенеза нервной системы у преждевременно родившегося младенца. Значительное внимание уделено клинической манифестации поражений головного мозга недоношенных детей, современным методам их диагностики. Значимое место занимает описание закономерностей дальнейшего развития таких детей в зависимости от характера и тяжести поражения мозга. Издание предназначено для неонатологов, неврологов, педиатров, врачей общей практики и студентов медицинских вузов.

**Атлас патологии**

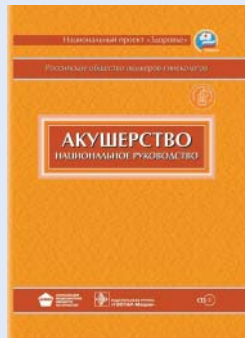
Роуз А.Г. Перевод с англ. / Под ред. Е.А. Коган. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.



Знание патологии необходимо для патологоанатомов, ординаторов и врачей с целью правильного отбора образцов для микроскопического исследования. В данном атласе представлено более 1400 подробных иллюстраций, описан широкий спектр патологических процессов и основных заболеваний органов и систем организма. Особое внимание уделено взаимосвязи анатомического строения различных органов и характерных изменений, обусловленных заболеванием, а также вопросам диагностики макроскопической патологии. В некоторых случаях приведен спектр иллюстраций патологического процесса, отражающий развитие болезни. Кроме того, представлены снимки гистологических препаратов, сопоставленные с макроскопическими изменениями. Книга будет полезна как для акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов, так и для и врачей других специальностей.

**Акушерство. Национальное руководство**

Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1200 с.



«Национальные руководства» – это серия практических руководств по основным медицинским специальностям, включающих специальную информацию, необходимую врачу для непрерывного последиplomного образования. В отличие от большинства других руководств в этом издании в равной мере уделено внимание профилактике, диагностике, фармакотерапии и хирургическим методам лечения, подробно представлены клинические рекомендации по всем основным синдромам и заболеваниям. Рекомендации прошли этап независимого рецензирования. Руководство может стать настольной книгой для врачей женских консультаций, родильных домов, работников фельдшерско-акушерских пунктов, студентов старших курсов медицинских вузов, интернов, ординаторов и аспирантов.

**Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии**

Сидорова И.С. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 720 с.



Практическое руководство по амбулаторно-поликлинической помощи включает материалы по наиболее важным разделам акушерства и гинекологии, гинекологической эндокринологии и онкогинекологии. В книге подробно рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза и диагностики патологических состояний с учетом последних достижений отечественных и зарубежных исследователей. Представлены современные методы профилактики и терапии в акушерстве и гинекологии. Издание ориентировано на врачей женских консультаций, центров планирования семьи, гинекологических и акушерских стационаров, клинических ординаторов, интернов, аспирантов и студентов старших курсов медицинских вузов.



## Анонс заходів на перше півріччя 2012 р.

Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Кроки до розробки стандартів діагностики та лікування захворювань шкіри та інфекцій, що передаються статевим шляхом»	15-16 березня, м. Київ	НМАПО ім. П.Л. Шупика Клінічний шкірно-венерологічний диспансер №4 03035, м. Київ, вул. Островського, 48 тел.: (044) 249-46-56
Науково-практична конференція «Актуальні питання акушерства та гінекології»	29-30 березня, м. Тернопіль	Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1 тел.: (0352) 43-26-97, 52-38-81
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Наукові засади надання дерматовенерологічної допомоги в сучасних умовах»	4-5 квітня, м. Харків	ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України» 61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9 тел.: (057) 706-32-00, 706-32-04
Науковий симпозіум з міжнародною участю фахівців з репродуктивної медицини	5-6 квітня, м. Київ	Буковинський державний медичний університет 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2 тел.: (0372) 52-68-44 Українська асоціація репродуктивної медицини
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання дитячої та підліткової ендокринології»	12-13 квітня, м. Миргород	Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А тел.: (044) 238-76-65
I міжнародний конгрес з перинатальної медицини «Перинатальна медицина: від сімейної амбулаторії до приватної клініки»	26-27 квітня, м. Київ	НМАПО ім. П.Л. Шупика Асоціація «Українське товариство перинатальної медицини», Українська асоціація сімейної медицини тел.: (044) 205-49-83
Міжнародна конференція «Актуальні питання акушерства, гінекології та перинатології»	3-5 травня, м. Судак	ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського»
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Невиношування вагітності. Сучасні технології в акушерстві та гінекології»	20-21 вересня, м. Миколаїв	Асоціація акушерів-гінекологів України 01034, м. Київ, вул. Стрітенська, 7/9 тел.: (044) 272-10-11
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики та лікування онкогінекологічних захворювань»	27-28 вересня, м. Івано-Франківськ	ДУ «Національний інститут раку МОЗ України» 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43 тел.: (044) 259-01-86, 257-40-49, факс: (044) 259-02-73
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Прискорене старіння: механізми, діагностика, засоби профілактики»	27-28 вересня, м. Київ	ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» 04114, м. Київ, вул. Вишгородська, 67 тел.: (044) 431-05-29, 430-41-57
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми регенеративної медицини»	4-5 жовтня, м. Київ	ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» 04114, м. Київ, вул. Вишгородська, 67 тел/факс: (044) 206-18-97
Науково-практична конференція «Сучасні проблеми репродуктивної ендокринології»	11-12 жовтня, м. Київ	ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» 04114, м. Київ-114, вул. Вишгородська, 69 тел.: (044) 430-36-94, 431-02-61, 431-02-03 ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»



Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
ДУ «Інститут геронтології НАМН України»  
Благодійний фонд «За безпечну медицину»  
ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»



## ЛЮДИНА ТА ЛІКИ УКРАЇНА V Національний конгрес

20–22 березня 2012

Київ, Будинок кіно (вул. Саксаганського, 6)

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ

- Лікування серцево-судинних захворювань на засадах доказової медицини
- Сучасні підходи до лікування пульмонологічних захворювань
  - Антибіотикотерапія: досягнення та перспективи
  - Медицина невідкладних станів та медицина катастроф
  - Первинна ланка в системі охорони здоров'я України а також:
    - Актуальні питання діагностики та лікування в педіатрії, неврології, інфектології

Дивіться пряму інтернет-трансляцію вибраних заходів з Конгресу на головній сторінці інтернет-порталу [www.chil.com.ua](http://www.chil.com.ua)

Реєстрація на сайті [www.chil.com.ua](http://www.chil.com.ua)

Офіційні делегати конгресу отримують Сертифікат

Генеральний спонсор



Офіційний спонсор



Головний науковий спонсор

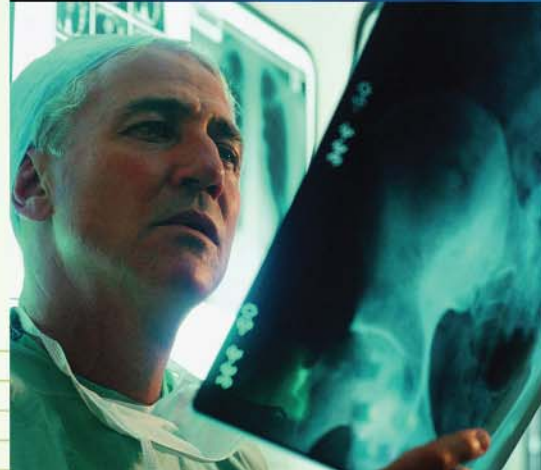


Спонсори



Інформаційні партнери

Туристичний партнер



Організатор: Київ, вул. Боженка, 86-е, 2 під'їзд, 7 офіс; тел./факс +38 (044) 200 17 73, e-mail: [office@newvivo.com.ua](mailto:office@newvivo.com.ua)

З питань поселення та організації екскурсій звертайтеся до туристичного партнера ТОВ «Віво Тревел» за тел. +38 (044) 200 17 20 або [office@vivotravel.com.ua](mailto:office@vivotravel.com.ua)

## Уважаемые читатели!

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

Настоящая анкета распространяется с целью изучения мнений читателей о журнале. Мы будем вам благодарны, если вы ответите на поставленные вопросы и за внимание к нашему изданию.

Заполненную анкету просим выслать по адресу:

ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж, г. Киев, 04123 или по e-mail: [arefieva@id-zu.com](mailto:arefieva@id-zu.com) (с пометкой МАЗЖ).

### Анкета читателя\*

Ф.И.О. .... Возраст .....

Место работы (название медицинского учреждения и отделения) .....

Специальность ..... Должность, ученая степень .....

1. Какое мнение у вас сложилось о МАЗЖ? .....

2. Назовите три лучших материала номера: .....

3. Публикации каких авторов вы хотели бы видеть на страницах журнала МАЗЖ? .....

4. Какие недостатки, по вашему мнению, имеются в журнале? По возможности, приведите конкретные примеры. ...

5. Предложите темы для будущих номеров МАЗЖ. ....

Присланная в адрес редакции анкета гарантирует получение следующего номера журнала бесплатно.

**Укажите сведения, необходимые для отправки журнала.**

Ф.И.О. ....

Индекс ..... город (село) ..... район ..... область .....

улица ..... дом ..... корпус ..... квартира .....

тел.: ..... e-mail: .....

Согласны ли вы подписаться на рассылку анонсов мероприятий и выходов журнала? да  нет

\* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.



## Інформація про передплату журналу «Медичні аспекти здоров'я жінки»

**Шановні читачі!** Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в регіональному передплатному агентстві України за каталогом у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції «Видавничого дому «Здоров'я України. Медичні журнали».

**Журнал «Медичні аспекти здоров'я жінки»**

Зацікавить терапевтів, неонатологів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів

Передплатний індекс – **95404**

Періодичність виходу – 10 разів на рік

Вартість передплати на рік – 250 грн

на півріччя – 125 грн

**Наші реквізити:**

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я жінки»

ЄДРПОУ 32775808

р/р 2600400910001 МФО 300108

Київська філія ПАТ «Банк «Київська Русь»

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

E-mail: [parubec@id-zu.com](mailto:parubec@id-zu.com)