

## Современные достижения и перспективы в сохранении здоровья женщины

19 апреля 2013 г. в Киеве проходил Научный симпозиум для акушеров и гинекологов на тему «Современные достижения и перспективы в сохранении здоровья женщины», в ходе которого были освещены актуальные вопросы интенсивной терапии при массивной акушерской кровопотере, современные подходы к безопасному искусственному прерыванию беременности, а также важные аспекты медицинского сопровождения женщин с синдромом потери плода и женщин климактерического возраста.



Представляя докладчик, председатель мероприятия профессор Вячеслав Каминский, член-корреспондент Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, заведу-

ющий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Акушерство и гинекология», напомнил, что перед акушерами-гинекологами страны МЗ Украины поставлена безотлагательная задача повышения уровня квалификации для достижения в ближайшем времени значительного снижения материнской смертности. Он выразил уверенность, что этой цели будет способствовать и нынешний симпозиум.



Снегусташательной статистики начала свой доклад профессор Татьяна Татарчук, член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины».

Так, сложная социально-демографическая ситуация в стране привела к тому, что за последние 5 лет количество девушек в возрасте 15–18 лет в Украине уменьшилось на 34%. Основным контингентом акушеров-гинекологов ныне являются и в последующем будут женщины, вступающие и находящиеся в стадиях пре- и постменопаузы, которым врачи могут предоставить медицинское сопровождение, поддержку, организацию (менеджмент) их здоровья с учетом физиологического прогноза. Благодаря современной диагностике и лечению на сегодняшний день менеджмент климак-

терия позволяет обеспечить восстановление качества жизни женщин в климактерический период. При этом краткосрочными целями медицинской поддержки данного контингента является устранение или уменьшение выраженности приливов, потливости, раздражительности и других проявлений климактерического синдрома; улучшение состояния кожи, волос, ногтей; снижение частоты урогенитальных расстройств. Долгосрочными задачами менеджмента климактерия являются снижение артериального давления, профилактика ишемической болезни сердца, инсульта, снижение риска и темпов развития остеопороза, сохранение интеллекта и памяти.

Докладчик напомнила, что индикаторами наступления пременопаузы могут служить снижение уровня антимюллеровского гормона и ингибина В, повышение уровня фолликулостимулирующего гормона. Для максимально продолжительного сохранения молодости женщины в арсенале современной гинекологии предусмотрены препараты группы антидепрессантов, бисфосфонаты, аминокислоты, антиоксиданты, а также медикаментозные средства, действующие на эстрогенные рецепторы. Золотым стандартом в профилактике и лечении климактерических нарушений остается заместительная гормональная терапия (ЗГТ) эстроген-, гестаген- и андрогенсодержащими препаратами. Также применяются фитоэстрогены, селективные модуляторы эстрогенных рецепторов, транселективные регуляторы эстрогенной активности.

Т. Татарчук подчеркнула, что показаниями к проведению ЗГТ являются климактерический синдром, урогенитальная атрофия, профилактика и лечение постменопаузального остеопороза, преждевременная менопауза, а также совокупность других эстрогендефицитных профических и метаболических нарушений, снижающих качество жизни женщины.

Международной ассоциацией по менопаузе (International Menopause Society — IMS) рекомендована инициация ЗГТ в возрасте до 60 лет, но не позже 10 лет после последней менструации, поскольку лишь в этом случае такая терапия не сопровождается неблагоприятными последствиями

со стороны сердечно-сосудистой системы и может снизить заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца. У женщин со спонтанной или ятрогенной менопаузой в возрасте до 45, и особенно до 40 лет, применение ЗГТ помогает снизить повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, аффективных расстройств, деменции. У таких женщин рекомендовано продолжать ЗГТ по меньшей мере до достижения среднего возраста возникновения менопаузы (51 год).

Глобальная стратегия применения ЗГТ в период пери- и постменопаузы должна основываться на строгом индивидуальном подходе с потенциальной оценкой пользы/риска для каждой женщины с учетом таких факторов риска, как венозный тромбоз, ишемическая болезнь сердца, инсульт и рак молочной железы (РМЖ).

Так, в общей популяции женщин с возрастом отмечено повышение заболеваемости РМЖ вне влияния дополнительных факторов и терапии. Среди различных факторов, влияющих на риск развития РМЖ, негативное влияние оказывают употребление алкоголя и избыточная масса тела, снижают риск возникновения РМЖ занятия спортом. При этом применение ЗГТ незначительно изменяет показатель заболеваемости РМЖ. Но в этом случае имеет важное значение характер и продолжительность терапии (эстрогенная терапия более благоприятна в отношении РМЖ, что дает возможность продления срока ее применения по сравнению с комбинированной эстроген-прогестагенной терапией). Однако для женщин, перенесших РМЖ, риск, связанный с ЗГТ, превышает пользу.

Т. Татарчук отметила, что недостаток качественной информации и четких рекомендаций ограничивает возможность применения ЗГТ у женщин с иной онкологической патологией в анамнезе. Проанализировав данные многочисленных исследований, докладчик резюмировала: ЗГТ не противопоказана у женщин, перенесших рак щитовидной железы, эпителиальный рак яичника, меланому, злокачественные опухоли системы крови, лейомиосаркому, рак толстого кишечника, печени, почки, вульвы.



Темой следующего доклада стало обсуждение характера и нюансов интенсивной терапии при массивной акушерской кровопотере. В структуре причин материнской смертности одно из первых мест в Украине занимают акушерские кровотечения (АК) (в 2011 г. этот показатель составил 24%). Для сравнения — в развитых странах частота АК составляет <2%. Как отметил Рузлин Тичченко, профессор кафедры акушерства и гинекологии НМАПО имени П.Л. Шуплика, главный внештатный специалист Управления здравоохранения Киевской городской государственной администрации по специальности «Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии», одно из основных направлений в уменьшении материнской смертности сегодня — существенное снижение уровня АК.

Критериями острой массивной кровопотери являются потеря всего объема циркулирующей крови (ОЦК) в течение 24 ч или 50% ОЦК в течение 3 ч, а также кровопотеря со скоростью 150 мл/мин.

Результаты исследований показывают, что причиной тяжелых АК является геморрагический шок (70%) (уровень лактата венозной крови >2 ммоль/л) с нарушением гемостаза (80%). Прежде чем начинать интенсивную терапию, следует осуществить контроль коагулопатии с помощью тромбоэластографии и теста функциональной активности тромбоцитов. Однако на сегодняшний день эти тесты не выполняются из-за отсутствия необходимой аппаратуры, в связи с чем рекомендованы более доступные шкалы, например шкала диагностики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания с учетом уровня тромбоцитов, протромбинового индекса, фибриногена и D-димера.

Докладчик отметил, что на фоне АК коагулопатию усугубляют также гипотермия и ацидоз. Поэтому, восполняя ОЦК, следует избегать ятрогенной гипотермии, которая возникает при проведении массивной инфузии (100 мл/мин) неподогретыми до температуры тела растворами (фактически их температура составляет 20–23 °C). Состав вводимых инфузионных сред должен быть сбалансированным и приближенным к таковому плазмы крови. Р. Тичченко подчеркнул, что предъявляемые к инфузионным средам параметры неприменимы к 0,9% водному раствору хлорида натрия (физиологический раствор). Более того, в исследованиях показано, что ввиду превышения в 1,5 раза содержания хлоридов в физиологическом растворе, по сравнению с плазмой крови, массивная инфузионная поддержка данной средой приводит к гиперхлоремии, ассоциированной с двухкратным повышением летальности.

Докладчик детально осветил последовательность лечебных мероприятий при терапии коагулопатического АК в соответствии с клиническими протоколами ведения АК и геморрагического шока в акушерстве (приказ МЗ Украины от 03.11.2008 г. № 624), отметив, что все проводимые терапевтические мероприятия необходимо осуществлять на фоне тщательного хирургического гемостаза, причем тяжесть состояния пациентки не является противопоказанием к его проведению. Целями терапии являются: борьба с гипотермией и ацидозом; нормализация уровня кальция в плазме крови (не менее 1 ммоль/л), необходимого для нормального течения процессов коагуляции, формирования сгустка крови и его ретракции, а также для сокращения матки; устранение анемии, что способствует восстановлению кислородтранспортной функции крови; нормализация уровня фибриногена, что способствует формированию сгустка крови и прекращению кровотечения.

Показателями эффективности противошоковых мероприятий являются нормализация центрального венозного и артериального давления, уменьшение тахикардии, сердечный индекс >3 л/мин, потребление кислорода >100 мл/мин · м<sup>2</sup>, повышение мочеотделения >30 мл/ч, снижение уровня венозного лактата <2,5 ммоль/л.

В случае своевременной начатой (в первые 10–30 мин) и адекватной интенсивной терапии исход при геморрагическом шоке, как правило, благоприятный.



Алла Корнищук, профессор отделения планирования семьи и оперативной репродуктивной функции женщины ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», представила вниманию слушателей современные подходы к прегравидарной подготовке женщин с синдромом потери плода на ранних сроках беременности.

Среди этиологических причин осложненной беременности большую группу составляют острые и хронические инфекционные заболевания женщины. Особенного внимания заслуживают TORCH-инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная и аденовирусная инфекции, краснуха, паротит, грипп), возбудители которых проникают через плацентарный барьер и активно размножаются в плаценте, повреждая ее и вызывая внутриутробное инфицирование плода.

Докладчик подчеркнула, что при невынашивании беременности характерна не моноинфекция, а сочетанная уrogenитальная инфекция, часто протекающая в субклинической форме, что затрудняет ее выявление. В настоящее время доказа-

на роль персистенции условно-патогенной микрофлоры в эндометрии с формированием симптомокомплекса невынашивания беременности. В последние годы большое значение придано инфицированию плода условно-патогенными микроорганизмами. В связи с этим актуальным является изучение микробиоценоза и вирусного инфицирования у женщин с ранними репродуктивными потерями.

По данным исследований, герпетическая и цитомегаловирусная инфекции остаются одной из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболевания новорожденных и младенческой смертности. Так, у 52% женщин с ранними репродуктивными потерями после лечебно-диагностического выскабливания с проведением цитогенетического исследования хориона выявлены его генетические аберрации на фоне герпетического и цитомегаловирусного инфицирования. Внутриутробные инфекции развиваются у 27,4–38,6% детей, рожденных живыми, а в структуре причин смертности новорожденных инфекционная патология занимает лидирующее место.

Последствия значительно более серьезны при инфицировании беременной в первой половине гестационного периода. Особую опасность для плода представляет острая первичная цитомегаловирусная инфекция беременной, вероятность инфицирования плода при которой повышается до 40–50%. При рецидивирующей инфекции поражается лишь 1% новорожденных.

С целью повышения эффективности прегравидарной подготовки следует изучить особенности микробиологической и вирусологической нагрузки половых путей женщин с ранними репродуктивными потерями с помощью комплексной лабораторной диагностики возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем, в различном биологическом материале. С этой целью используют микроскопический (анализ мазка из влагалища на микрофлору), культуральный (количественное выявление возбудителя классическим бактериологическим методом; полуколичественное выявление и определение чувствительности; молекулярно-биологический метод) и иммунологический анализ.

На первом этапе прегравидарной подготовки женщин с синдромом потери плода проводят медикаментозное лечение, включающее иммуномодулирующую, цитовую антибактериальную, противовирусную, противопаразитарную, патогенетическую терапию и местную санацию. А. Корнищук отметила, что современные схемы лечения при воспалительных заболеваниях органов малого таза предусматривают обязательное применение иммуномодуляторов в сочетании с этиотропной терапией. Так, одним из эффективных иммуномодуляторов признан тилорон, стимулирующий образование трех типов интерферона —  $\alpha$ ,  $\beta$  и  $\gamma$ . Первые два типа интерферона обеспечивают противо-

вирусную защиту эпителиальных клеток против вирусов и вирусоподобных микроорганизмов — *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*). Интерферон-γ активировал три вида иммунных клеток: фагоцитарные клетки (макрофаги), Т- и В-лимфоциты.

Докладчик подробно остановилась на схеме лечения инфекций, передающихся половым путем, в соответствии с клиническим протоколом, утвержденным приказом МЗ Украины от 15.12.2003 г. № 582, подчеркнув необходимость обследования и лечения полового партнера пациентки.

Оценку эффективности терапии проводят спустя 2 нед на основании клинических данных (отсутствие болевого синдрома, патологических выделений из влагалища и др.) и через 1 мес — по отсутствию рецидива заболевания и результатам лабораторных исследований (нормализация бактериальной флоры при микробиологическом исследовании, отсутствие *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* при исследовании методом полимеразной цепной реакции).

Вторым этапом прегравидарной подготовки является применение биостимуляторов, методов физиотерапии, а также санаторно-курортного и водолечебного, третьим — контроль состояния маточных труб с восстановлением, по показаниям, их проходимости.



В завершение научного симпозиума был представлен один из путей предотвращения снижения репродуктивного потенциала страны, а именно, Сергей Чечуга, доктор медицинских наук, доцент

кафедры акушерства и гинекологии № 2 Винницкого национального медицинского университета имени М.И. Пирогова, заместитель главного врача по медицинской работе Центра матери и ребенка (Винница), подробно остановился на современном методе безопасного прерывания беременности.

Неутешительная статистика свидетельствует, что каждые 2 с в мире происходит 3 аборта. В Украине на 10 родов приходится 4 искусственных прерывания беременности. В частности, в 2008 г. у девушек в возрасте до 14 лет совершено 101 искусственное прерывание беременности (в 2007 г. — 84), в возрасте 15–17 лет — 3576 (в 2007 г. — 4089).

Всего в 2007 г. выполнено около 229 тыс. искусственных абортов по желанию женщины в сроке беременности до 12 нед. Из них методом кюретажа (расширение шейки матки и выскабливание) — 55%, методом вакуум-аспирации — 44%; медикаментозным способом — 1%. Последний метод в возрастной группе 14–17 лет практически не используют.



В Украине аборт является причиной почти 6% всех материнских смертей.

Осложнения после искусственного прерывания беременности отмечают у каждой 3-й женщины; у первобеременных их частота достигает 40% (истмико-цервикальная недостаточность, хронический эндометрит).

По мнению докладчика, если такие педагогически-воспитательные мероприятия, как профилактика добрых связей и рациональная контрацепция (даже при правильном применении контрацептивов ежегодно во всем мире у 8 млн женщин наступает случайная беременность) не дают желаемого эффекта по предотвращению нежелательной беременности, то главной обязанностью медицинского сообщества должна стать организация безопасного для здоровья женщины аборта.

Сегодня Всемирная организация здравоохранения рассматривает медикаментозный аборт как безопасный метод прерывания нежелательной беременности, который является альтернативой хирургическому вмешательству. Во Франции медикаментозным методом выполняется около 80%, в Нидерландах — 75%, в Швейцарии и Швеции — 50%; в Бельгии и Финляндии — 30%, в США — 25% искусственных абортов. Проведение медикаментозных абортов в Украине осуществляется в рамках комплексной медицинской помощи при нежелательной беременности, утвержденной приказом МЗ Украины от 31.12.2010 г. № 1177.

Показанием к проведению аборта указанным методом является желание на то женщины при наличии у нее маточной беременности на раннем сроке (до 49 дней с 1-го дня последней менструации), подтвержденной данными ультразвукового исследования. Также медикаментозный аборт показан женщинам, у которых возможны сложности при проведении хирургического прерывания беременности (порок развития матки, беременность при наличии интактной девственной плевы).

Искусственное прерывание беременности с помощью медикаментов происходит в два этапа: вначале применением синтетического стероидного антипрогестагенного средства мифепристон вызывается повышение сократительной способности миометрия, а также осуществля-

ется десквамация децидуальной оболочки и выведение плодного яйца. Затем синтетическое производное простагландина E<sub>1</sub> мизопропростол индуцирует сокращение гладких мышц миометрия и расширение шейки матки, что облегчает удаление содержимого ее полости.

В связи с этим медикаментозный аборт предусматривает три визита к врачу.

В ходе 1-го визита врач устанавливает наличие маточной беременности сроком не более 6 нед (не более 49 дней после 1-го дня последней менструации), получает информированное согласие пациентки и в присутствии врача она принимает мифепристон в дозе 600 мг (3 таблетки).

В ходе 2-го визита, спустя 36–48 ч после приема антипрогестагенного средства, женщина принимает 2 таблетки (400 мкг) мизопростола и находится под наблюдением врача в дневном стационаре 3–6 ч для контроля выхода плодного яйца, а также с целью предупреждения побочных эффектов и осложнений (боль, кровотечение, тошнота, повышение температуры тела, головокружение и др.).

3-й визит к врачу осуществляется через 7–10 дней после приема мизопростола для оценки эффективности медикаментозного прерывания беременности (клиническое обследование, ультразвуковое исследование для определения отсутствия плодного яйца или его элементов в полости матки).

Докладчик отметил, что в условиях неприятия женщиной беременности преимуществами медикаментозного аборта является его высокая эффективность (98%), безопасность (отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством, анестезией, инфицированием вирусами гепатита, иммунодефицита человека). При этом женщина может самостоятельно контролировать ситуацию, будучи вовлеченной в процесс, протекающий наподобие менструации. Процедура не несет психогенной травмы, происходит конфиденциально и, главное, не оказывает влияния на фертильность. Медикаментозный аборт, по мнению докладчика, может быть рассмотрен как метод выбора у первобеременных и при нежелательной беременности в юном возрасте.

Юлия Ермалова,  
фото Сергея Беля