

Актуальні питання клінічної практики в акушерстві та гінекології



27 квітня 2018 р. в Києві відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання збереження соматичного та репродуктивного здоров'я жінок», організована Міністерством охорони здоров'я України, Національною академією медичних наук (НАМН) України, Державною установою (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Громадською організацією «Асоціація акушерів-гінекологів України».

Конференція була присвячена 25-річчю НАМН України. У заході взяли участь провідні спеціалісти з України, Іспанії та Швеції.

Конференція урочисто відкрилася вступним словом директора ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», академіка НАМН України, професора, президента Громадської організації «Асоціація акушерів-гінекологів України» **Юрія Антипкіна**, а перше пленарне засідання цього науково-практичного заходу відкрив **Леонід Маркін**, завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професор, член-кореспондент НАМН України.

Ведення вагітності й пологів у жінок з рубцем на матці

Перш за все, Л. Маркін зауважив, що рубець на матці після оперативного втручання складається переважно із гіалінізованої, багатой колагеновими волокнами сполучної тканини. При цьому доповідач нагадав, що розрізняють два види рубцювання — реституція та субституція. У першому випадку загоєння відбувається за рахунок міоцитів, і це, як підкреслив лікар, — оптимальна ситуація. Але на частку реституції випадає лише 10% усіх випадків. Решта — субституція — рубцювання за рахунок сполучної гіалінізованої тканини. Отже, постає питання неспроможності рубця, що зазвичай створює певні складності в сенсі прогнозу щодо виношування вагітності та вибору способу родорозродження. Найчастіше у такій ситуації і жінка, і лікар вибирають кесарів розтин. Так, це менш ризикований варіант, але водночас, як неодноразово зауважив у своїй доповіді професор Л. Маркін, кесарів розтин — це завжди обмеження репродуктивної функції жінки, і з кожною наступною операцією у жінки зменшуються шанси виносити і народити дитину.

Натомість дані сучасної статистики свідчать про те, що свідомого зваженого ставлення до цього факту замало, причому як з боку пацієнток, так і з боку лікарів, на жаль.

Кесарів розтин: суворя статистика

Частота кесаревого розтину сьогодні досягає до 30%. На думку професора, це погана ознака, хоча у деяких країнах цей показник ще вищий. По Львову і Львівській області 5 років тому частота кесаревого розтину становила 15% і, за даними ВООЗ, це оптимальний відсоток. Отже, за декілька років частота кесаревого розтину зросла вдвічі. Чи відбулися якісь зміни з точки зору перинатальної захворюваності? Ні, істотних змін не відбулося. Причин такого зростання кількості кесаревого розтину декілька. На другому місці — повторна операція за наявності рубця на матці після кесаревого розтину, а на першому — небажання лікаря вести пологи через природні родові шляхи, тим більше в ситуації, коли відзначається ескалація недовіри і неповаги пацієнтів до лікарів. Тому, на жаль, лікар іноді приймає рішення прооперувати, щоб потім не мати проблем. У 3 рази збільшилась кількість міомектомії за наявності інтестинального компонента. Це при тому, що як мінімум у 15% жінок із рубцем на матці можна провести пологи через природні родові шляхи. Таку мету потрібно ставити свідомо і прагматично, як вважає професор. Хоча це не самоціль, і на 11 тис. пологів, що проводяться на клінічній базі кафедри, ця частка становить не більше 1,5–2%.

Ведення вагітності у жінок з рубцем на матці після кесаревого розтину

- Ретельний збір анамнезу (тим більше, це важливо сьогодні, коли жінки дають неповну інформацію стосовно свого репродуктивного анамнезу, нерідко застосовують медикаментозні аборти, які не фіксуються в медичній документації).
- Раннє ультразвукове дослідження (УЗД) рубця (7–8 тиж вагітності). При розміщенні плідного яйця в ділянці рубця — переривання вагітності з використанням вакуум-аспіратора (для профілактики протеолітичної дії хоріона на рубець, вросання плаценти). До слова, за даними американських спеціалістів, якщо частота кесаревого розтину зростає до $\geq 50\%$, то основна причина материнської смертності, яка може зрости на $\frac{1}{2}$, — ускладнення під час оперативного розродження за наявності плаценти в ділянці рубця. То надзвичайно складна і ризикована операція. У такій ситуації професор рекомендував акушерам-гінекологам долучати до операції уролога, подбати про адекватне анестезіологічне забезпечення, не йти у ділянку рубця, а значно вище. Краще робити корпоральний кесарів розтин і потім делікатно видаляти матку, адже іншого варіанта в подібній ситуації, на думку лікаря, не існує.
- Госпіталізація при неускладненому перебігу вагітності у 37–38 тиж.

Л. Маркін також нагадав про можливі ускладнення гестації за наявності рубця на матці:

- Низьке розміщення плаценти.
- Неправильне положення плода.
- Загроза переривання вагітності. У цих випадках рекомендовано використання гестагенів з ранніх термінів вагітності. Ця тактика може забезпечити профілактику неспроможності рубця на 30%.
- Плацентарна дисфункція.

Розродження вагітних із рубцем на матці

Перш за все, як наполягав доповідач, необхідно узгодити метод розродження з вагітною. Пояснити жінці все, обережно повідомити про можливі ризики. Зокрема важливо переконати жінку в тому, що бажано народжувати через природні родові шляхи, адже кожне оперативне втручання має ризик для здоров'я жінки, тим більше, що материнських ускладнень при оперативному абдомінальному розродженні у 5 разів більше, аніж при розродженні через природні родові шляхи. Жінка, на переконання професора Л. Маркіна, має бути психологічно налаштована на природні пологи. Це має колосальне значення, адже іноді поведінка жінки під час пологів може навіть імітувати явища неспроможності рубця тощо. Тож необхідно дотримуватися таких умов:

- Відсутність ознак неспроможності рубця — основне положення для ведення пологів через природні родові шляхи. Перш за все, беруть до уваги доклінічні прояви. Делікатна пальпація ділянки рубця допоможе зорієнтуватися лікареві й відчутти, чи варто починати пологи через природні родові шляхи в конкретній ситуації.
- Один кесарів розтин в анамнезі з поперечним розрізом на матці в нижньому сегменті.
- Локалізація плаценти поза рубцем на матці.

- Головне передлежання плода.

Л. Маркін зауважив також на такому важливому аспекті, як ехографічні ознаки неспроможності рубця:

- витончення ендометрія;
- перервність контурів;
- велика кількість ехопозитивних включень (сполучної тканини);
- низька гемодинаміка ділянки рубця (слабкий розвиток судинної сітки).

Щодо можливих ускладнень пологів у жінок із рубцем на матці професор зазначив такі:

- несвоєчасне відходження навколоплідних вод;
- аномалії пологової діяльності (в основному це дискординація пологової діяльності);
- поява ознак розриву матки, що розпочався. Тож необхідною (!) умовою є ведення пологів в розгорнутій операційній з готовністю до інфузії відмитих аутоеритроцитів.

Лікар також підкреслив, що рубець на матці після кесаревого розтину не є протипоказанням до проведення родозбудження чи родостимуляції.

У другий період пологів, який затягується, чи при гіпоксії плода, що розпочалася, родорозршення необхідно пришвидшити розсіканням промежини, а також накладанням акушерських щипців або вакуум-ексTRACTОРА.

Відразу після пологів потрібно обов'язково (!), як підкреслив професор, провести ручне обстеження матки і ультразвуковий контроль. Поява симптомів розриву матки можлива через значний період після родорозршення, тож доцільне повторне УЗД через 2 год після пологів з метою діагностики непроникаючого розриву матки.

Щодо протипоказань до абдомінальних пологів за наявності рубця на матці після кесаревого розтину Л. Маркін виділив такі:

- рубець на матці після корпорального кесаревого розтину;
- рубець на матці після пластики перешийка;
- прикріплення плаценти до рубця;
- ≥ 2 рубця на матці після кесаревого розтину, особливо в нижньому сегменті.

Далі професор приділив увагу в своїй доповіді такому питанню, як родорозршення жінок із рубцем на матці після міомектомії. Сьогодні міомектомії проводять досить часто, навіть у жінок молодого віку.

При виборі методу родорозршення у жінок з рубцем на матці після міомектомії визначальне значення має характер, обсяг і метод виконаної операції (лапаротомний чи лапароскопічний). Існує багато підтверджень того, що консервативна міомектомія при інтерстиціальному розміщенні вузла, яка проводиться лапароскопічно, має досить високий ризик неспроможності рубця на матці. Отже, показання до кесаревого розтину після міомектомії поза вагітністю такі:

- рубець на матці після видалення вузла, розміщеного на задній стінці матки;
- рубець на матці після видалення шийкової міоми;
- рубець на матці після видалення інтралігаментарної міоми;
- рубці на матці після видалення декількох інтерстиціально-субсерозних вузлів;
- переносена вагітність;
- вік першонароджуючої старше 30 років;
- рубець після міомектомії, проведеної лапароскопічним доступом.

Доповідач також нагадав лікарям про показання до кесаревого розтину вагітних із рубцем на матці після реконструктивно-пластичних операцій, перфорації матки й ектопічної вагітності:

- рубець на матці після метропластики (видалення рудиментарного рогу матки з розтином порожнини матки, пластика перешийка);
- рубець після перфорації матки, розміщений в ділянці перешийка по задній стінці.

Щодо профілактики неспроможності рубця на матці лікар зауважив на декількох важливих аспектах, таких як:

- ретельний гемостаз;
- зашивання розрізу на матці окремими синтетичними швами, а потім — безперервними серозно-м'язовими. Такі шви добре тримаються, загоюються і є профілактикою неспроможності рубця. Обов'язковою, як зазначив доповідач, у післяопера-

ційний період є профілактика запальних септичних ускладнень, своєчасна діагностика і адекватна терапія інших післяопераційних ускладнень.

На закінчення своєї доповіді, професор Л. Маркін підкреслив, що при веденні пологів через природні родові шляхи у жінок із рубцем на матці необхідно надавати перевагу гіпердіагностиці розриву матки. Кесарів розтин — це обмеження репродуктивної функції жінки. Тож він ще раз нагадав лікарям, що один кесарів розтин в анамнезі не означає, що наступні пологи мають відбуватися так само. Лікареві потрібно набиратися мужності й досвіду, аби після об'єктивної оцінки (!) наважитися вести пологи через природні родові шляхи.

Папіломавірусна інфекція у жінок фертильного віку

Наступна доповідь, яку представив заступник директора ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, керівник відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку» ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», кандидат медичних наук, професор **Володимир Подольський**, була присвячена вельми актуальній сьогодні проблемі, тож учасники сприйняли її з великим інтересом. Зокрема, лікар говорив про сучасні можливості лікування при папіломавірусній інфекції у жінок фертильного віку до та у період вагітності.

Перш за все доповідач зауважив, що серед факторів ризику, які впливають на репродуктивне здоров'я жінок фертильного віку в Україні, останнім часом лідирують запальні захворювання статевих органів. Ними уражені 60–80% жінок репродуктивного віку. В етіології цих захворювань неабияку роль відіграє вірус папіломи людини (далі — ВПЛ), інфікування яким різко зросло останніми роками, що спричинено значною контагіозністю цього збудника. Крім того, вірус здатен викликати зловісну трансформацію уражених органів, що, безумовно, робить надважливим питання своєчасної діагностики і розробки успішних стратегій лікування. Ще більшої актуальності ця проблематика набуває з огляду на те, що вірус уражає жінок молодого репродуктивного віку, що є однією з причин зниження репродуктивного потенціалу нації.

Так, за даними ВООЗ, в економічно розвинутих країнах за останні 10 років відзначено зростання кількості дисплазій та помолодшення раку шийки матки, у тому числі й у вагітних, а захворювання серед жінок молодого віку зросло вдвічі. Крім того, зауважив В. Подольський, зокрема у нашій країні внаслідок відсутності належного контролю за використанням біологічних добавок до годування худоби і птиці, у м'яси, яке споживають люди, міститься набагато вища концентрація антибіотиків тетрациклінового ряду, відповідно, це сприяє виникненню антибіотикорезистентності у пацієнтів, що значно ускладнює лікування запальних патологій і проковує такі високі показники захворюваності.

Дослідження сучасних можливостей лікування при ВПЛ

Доповідач представив дані досліджень, проведених на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України».

Мета виконаної роботи — дослідити сучасні можливості лікування при ВПЛ у невагітних та вагітних. Для реалізації поставленої мети у 100 жінок, інфікованих ВПЛ, проводили вивчення особливостей перебігу цієї інфекції до настання вагітності та у період вагітності, вивчали перебіг вагітності, пологів та у післяпологовий період (контрольну групу становили 100 здорових вагітних). Середній вік обстежених жінок — 20–25 років.

Результати дослідження засвідчили, зокрема, що інфіковані ВПЛ жінки мали більше ускладнень під час пологів. Практично всі види ускладнень у цих вагітних виявляли у декілька разів частіше, аніж у групі неінфікованих. Особливо зростає частка оперативних втручань (30% проти 7% у здорових жінок). Несвоєчасне відходження навколоплідних вод у жінок із ВПЛ відзначали у 20% проти 9% у здорових жінок. Дистрес плода — як наслідок порушення плодово-плацентарної гемодинаміки у період вагітності та пологів — відзначено у 20% випадків проти 4% у здорових жінок.

Лікування отримували 67% жінок (з високоонкогенним типом ВПЛ, які мали клінічні, субклінічні та латентні форми) на етапі прегравідарної підготовки та у період вагітності, 21% жінок у період вагітності (з високоонкогенним типом ВПЛ та клінічними і субклі-

нічними формами), 5% жінок із низькоонкогенним типом ВПЛ та субклінічною формою, а 7% — з низькоонкогенним типом ВПЛ і латентною формою не отримували лікування. У 14% жінок, які на етапі прегравідарної підготовки отримали лікування, було проведено лікувально-діагностичну конізацію чи ексцизію шийки матки. Інші — отримали консервативне лікування.

У терапії ВПЛ у вагітних та невагітних використовували інтерферон альфа-2b людини рекомбінантний. Препарат має виражені протівірусні, протимікробні та імунотулювальні властивості. Під впливом цього інтерферону посилюється активність природних кілерів, Т-лімфоцитів. Він також регулює продукцію медіаторів запалення, стимулює фагоцитоз та інші реакції бактерицидності, нормалізує динаміку запального процесу; пригнічує реплікацію і транскрипцію вірусів, впливає на основні етапи реплікації внутрішньоклітинних збудників, припиняє їх розмноження.

Отже, головні висновки, зроблені за результатами цього дослідження, засвідчують таке:

- невагітні жінки, які мають запальні захворювання статевих органів із проявами запалення на рівні шийки матки, потребують обстеження на наявність ВПЛ;
- для лікування у разі папіломавірусної інфекції у жінок у прегравідарний період доцільно застосовувати препарат інтерферону альфа-2b людини;
- у вагітних, інфікованих ВПЛ, вагітність і пологи перебігають зі значною кількістю ускладнень;
- наявність ВПЛ у вагітних спричиняє негативні зміни мікробіоценозу;
- доцільно обстежувати вагітних, які мали в анамнезі запальні захворювання статевих органів, невиношування вагітності та інші ускладнення репродуктивного здоров'я, на наявність ВПЛ;
- у разі виявлення ВПЛ у період вагітності доцільно використовувати з лікувальною метою препарат інтерферону альфа-2b людини у термін після 28 тиж вагітності.

Оптимізація лікування при хронічних запальних захворюваннях статевих органів у жінок фертильного віку з порушенням вегетативного гомеостазу

Тему запальних захворювань статевих органів жінок продовжив професор В. Подольський ґрунтовною доповіддю.

Перш за все, оратор зауважив на тому, що стан здоров'я жінок репродуктивного віку залишається однією з актуальних проблем сучасності. Адже на стан репродуктивного здоров'я впливає багато чинників, серед яких важливим є стан соматичного здоров'я.

За даними численних досліджень, порушення вегетативного гомеостазу, які можуть бути проявами змін соматичного здоров'я, виявляють у 60–80% жінок репродуктивного віку, а в загальній структурі захворювань соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи становить до 50%.

Вегетативна нервова система — одна з найважливіших регуляторних систем організму. Вона відіграє велику роль у забезпеченні гомеостазу та регулює діяльність ендокринної системи. Така багатогранність діяльності цієї системи в організмі жінки, безумовно, прямим або опосередкованим чином впливає і на стан її репродуктивної системи.

Аборт — безпліддя — лейоміома матки. Як перервати цей ланцюг?

Серед багатьох порушень репродуктивного здоров'я сьогодні найбільшого значення набувають ті, що спричинені абортами, безпліддям та доброякісними пухлинними захворюваннями матки (лейоміома матки). Ці різні, на перший погляд, зміни репродуктивного здоров'я, як підкреслив професор В. Подольський, взаємопов'язані тісними причинно-наслідковими взаємозв'язками і можуть становити логічний ланцюг послідовного їх розвитку: від перенесеного аборт — до безпліддя — до лейоміоми матки.

Саме це спонукало вчених-клініцистів зосередитися на дослідженні змін репродуктивного здоров'я у жінок із порушенням вегетативного гомеостазу.

Дослідження проводять у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» за різними напрямками — від обстеження жінок для визначення морфофункціонального стану репродуктивної системи; генетичних досліджень; досліджень біотопів

організму; визначення стану вегетативного гомеостазу тощо і до дослідження психоемоційного здоров'я.

Результати цих досліджень, зокрема щодо стану мікробного обмінення (стан біотопів урогенітальних органів) і питань гормонального балансу, професор продемонстрував і прокоментував у своїй доповіді.

Він також зупинився на деяких аспектах щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Це дуже актуально саме для аудиторії українських лікарів. Адже, на жаль, Україна займає одне з перших місць в Європі за поширеністю ІПСШ. Так, щороку у нас реєструють від 200 до 230 тис. нових випадків цих захворювань.

Чим і як лікувати ІПСШ?

Серед інших лікарських засобів, що застосовують у терапії при ІПСШ, доповідач зазначив позитивний результат при прийомі комбінованого ципрофлоксацину 500 мг та орнідазолу 500 мг.

Щодо корекції гормональних порушень та з метою підготовки жінок зі змінами репродуктивного здоров'я на тлі порушень вегетативного гомеостазу до безпечного материнства з успіхом, як вважає доповідач, можна застосовувати дидрогестерон. Ефективність дидрогестерону зумовлена такими його властивостями: він має структуру, схожу з прогестероном, але проявляє активність при пероральному прийомі; виявляє високу активність щодо рецепторів прогестерону, а його метаболіти володіють прогестагенними властивостями; дидрогестерон не пригнічує секреції ендогенного прогестерону; у рекомендованих терапевтичних дозах не пригнічує овуляції; ефективний у трансформації естроген-індукованого ендометрія; показаний для лікування при цілому ряді порушень менструального циклу. Останню тезу підтверджують проведені нещодавні дослідження його ефективності щодо нормалізації менструального циклу, зменшення менструальних кровотеч і вираженості болю.

Свою змістовну доповідь професор В. Подольський резюмував такими висновками:

- Поеднання змін репродуктивного здоров'я у жінок із порушеннями такого вегетативного гомеостазу, як соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи та синдром вегетативної дисфункції, супроводжуються значними (!) змінами регуляторних механізмів у різних органах та системах організму цих жінок.
 - Зміни біоценозу піхви жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу свідчать про підвищення ризику розвитку запальних захворювань та безпліддя.
 - Для лікування при запальних захворюваннях органів малого таза та ІПСШ застосовували комбінований препарат (ципрофлоксацин + орнідазол).
 - Особливості змін гормонального балансу в обстежених жінок залежать від типу порушень вегетативного гомеостазу та змін репродуктивного здоров'я.
 - У комплексній терапії виявлених гормональних змін ефективним є призначення дидрогестерону.
- Отже, запропонована комплексна терапія показала свою ефективність.

Катамнез

Вивчення катамнезу подальшого стану репродуктивного здоров'я свідчить, що в разі ефективно проведених лікувальних заходів для жінок, які перенесли артифіційний аборт, страждали на безпліддя та лейоміому матки на тлі порушень вегетативного гомеостазу, у них відновлювалася репродуктивна функція і у 82% випадків наставала бажана вагітність.

Але ці жінки потребують пильної уваги та подальших лікувальних заходів щодо порушень вегетативного гомеостазу.

Протягом двох пленарних засідань Конференції учасники мали можливість послухати чимало блискучих доповідей провідних вчених — клініцистів, ознайомитися з найпереводішим досвідом лікування при багатьох патологіях, з якими доводиться стикатися у своїй щоденній практиці акушерам-гінекологам, взяти участь у професійній дискусії та ознайомитися з новими тенденціями розвитку медичної науки в галузі акушерства і гінекології.

Все це — колосальний досвід, який, безперечно, збагачує практику лікаря, робить її більш досконалою та успішною.

Тетяна Стасенко