

Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и детской гинекологии

25–26 марта 2015 г. в Харькове прошла Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и детской гинекологии», посвященная 210-летию Харьковского национального медицинского университета. В ходе мероприятия особое внимание уделено проблеме аномальных маточных кровотечений у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста, вопросам диагностики и лечения заболеваний молочной железы, гиперандрогенных состояний, распространенных гинекологических заболеваний, представлены современные возможности вспомогательных репродуктивных технологий в преодолении бесплодия.



Торжественную часть конференции открыл профессор **Валерий Мясоедов**, проректор по научной работе Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ). Он обратил внимание на важность проводимого мероприятия, подчеркнув, что решение проблем репродуктивного здоровья открывает перспективы для развития общества и страны в целом.



Маргарита Голубова, заместитель директора Департамента здравоохранения Харьковского городского совета, отметила, что конференция является яркой демонстрацией единства науки и практики. Она поблагодарила ученых и практикующих акушеров-гинекологов за ежедневный труд, направленный на сохранение жизни женщин и новорожденных, оказание помощи семьям, столкнувшимся с проблемой бесплодия.

В рамках телемоста «Восток — Запад — единая страна» профессор **Оксана Андриец**, директор Департамента здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации, подчеркнула, что проведение телемоста подтверждает единство нашей страны как суверенного государства. Она поздравила участников конференции с 210-летием ХНМУ, пожелав всем мира, плодотворной работы и хороших практических результатов.

Слова приветствия в адрес харьковских акушеров-гинекологов передала профессор **Татьяна Татарчук**, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Детская и подростковая гинекология», профессор **Ирина Вовк**, президент

Ассоциации гинекологов детского и подросткового возраста, профессор **Пол Вуд**, президент Британской ассоциации детской и подростковой гинекологии, а также коллеги из Харькова, Киева, Сум, Одессы, Ужгорода, Запорожья, Львова, Житомира.



Пленарное заседание началось с доклада профессора **Ирины Тучкиной**, заведующей кафедрой акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ, посвященного 20-летию опыта подготовки кадров и оказания специализированной помощи детям, подросткам и женщинам на клинических базах ХНМУ. Она обратила внимание на то, что в настоящее время у 80% девочек-подростков выявляют экстрагенитальную патологию; сохраняется тенденция к увеличению количества ранних родов у несовершеннолетних, перинатальных осложнений.

Структура стационарной гинекологической патологии включает пограничные состояния, требующие неотложной и оперативной помощи, в том числе опухоли и опухолевидные образования яичников, пороки развития, воспалительные заболевания женской половой системы, нарушения менструальной функции (МФ), полового развития, патологию молочной железы (МЖ).

Поэтому терапия должна быть направлена, в первую очередь, на:

- уменьшение патологического воздействия экстрагенитальных заболеваний на организм;
- коррекцию нарушений физического и полового развития;
- нормализацию МФ;
- нормализацию состояния психоэмоциональной сферы и вегетативного статуса;
- оптимизацию образа жизни (рациональное питание, физическая активность, исключение вредных привычек).

И. Тучкина уделила внимание особенностям лечения при распространенных гинекологических болезнях. Как правило, у девочек воспалительные заболевания женской половой системы сочетаются с патологией мочевыводящих путей (МВП)

(чаще всего циститом). В этих случаях рекомендована антибиотико-, фито- и общеукрепляющая терапия.

У 75% женщин в возрасте <25 лет отмечают хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза, триггером развития которого является снижение резистентности организма. Серьезным патологическим состоянием у взрослеющих девочек является нарушение МФ, ведущая причина которого — незрелость центральной нервной системы и нарушение регуляции на уровне гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. В лечении этой патологии необходимо учитывать возраст пациенток. Гормональную терапию (ГТ) при дисменорее и аменорее у подростков назначают с большой осторожностью, только по показаниям.



Познавательными стали выступления докладчиков, прозвучавшие в режиме онлайн. Профессор **Милко Сираков**, президент Европейской ассоциации педиатрической и подростковой гинекологии (София, Болгария), рассказал о негативном воздействии ксеностероидов на половое развитие девочек на примере результатов экспериментальных и клинических исследований.

Гуля Алимбаева, главный специалист Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, уделила внимание проблемам лечения пациенток с синдромом Шерешевского — Тернера (СШТ), подробно остановившись на методах его ранней диагностики, применяемых в настоящее время (предимплантационная диагностика в процедурах экстракорпорального оплодотворения, биохимический и ультразвуковой пренатальный скрининг и др.).

СШТ у новорожденных можно определить по лимфатическому отеку кистей и стоп, малой массе тела; для этих детей

характерны сложности при кормлении, недостаточное прибавление массы тела, нарушения сна. Помимо клинических проявлений, присущи поведенческие и психологические проблемы, приводящие к трудностям в обучении, психологической незрелости и низкой социальной адаптации.

Применение ГТ для инициации пубертата и обеспечения достаточной эстрогенной насыщенности в подростковом возрасте и в репродуктивный период представляет сложную задачу. Полагают, что начало ГТ должно совпадать с началом пубертатного периода у сверстников, однако следует учитывать, что биологическая зрелость пациентов с СШТ наступает значительно позже.

Г. Алимбаева отметила, что препараты эстрогенных гормонов предназначены для взрослых в качестве заместительной ГТ или в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В частности, в Великобритании рекомендуют начинать эстрогенотерапию в возрасте >13 лет. По мнению специалистов ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ имени В.П. Комисаренко Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», ориентиром для начала терапии эстрогенами служит снижение темпов роста при костном возрасте 11 лет, что для пациентов с СШТ соответствует возрасту 14–16 лет. Препаратами выбора являются эстрадиол и эстрадиол + медроксипрогестерон в комбинации для последовательного приема.

Добавление андрогенов в низких дозах как при индукции пубертата, так и в последующем позволяет получить лучшие результаты в отношении полового развития, качества жизни и когнитивных функций, однако этот вопрос требует дальнейшего международного междисциплинарного обсуждения.

Лилия Рак, доцент кафедры акушерства и гинекологии Буковинского государственного медицинского университета, поделилась опытом проведения гистероскопии при подготовке к ВРТ женщины с бесплодием. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины от 09.09.2013 г. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», гистероскопию, наряду с биопсией эндометрия и бактериологическим исследованием материала из уретры и цервикального канала, применяют по показаниям в качестве дополнительных методов диагностики. Результаты проведенного докладчиком исследования свидетельствуют о значительных преимуществах указанного метода. Так, при хроническом эндометрите преимуществами гистероскопии являются возможность проведения прицельной биопсии эндометрия, микробиологического исследования биоптатов для определения этиопатогенетического показателя воспаления без контаминации биоптата флорой цервикального канала с соответствующим ориентированным лечением, а также возможность локального применения антисептического средства при жидкостной гистероскопии. При наличии гиперпластического процесса эндометрия положительные факторы заключаются в возможности прицельного удаления

участков гиперплазии, прицельной гистероскопической полипэктомии с коагуляцией ложа полипов, что обеспечивает полноту проведения манипуляции, предупреждение рецидивов и уменьшение травматизации соседних неизмененных участков эндометрия, чего не удается избежать при обычном выскабливании. Метод позволяет также диагностировать очаговые формы гиперпластического процесса эндометрия и полипы в устье маточной трубы.

Помимо широких диагностических возможностей, гистероскопия позволяет корректировать выявленную внутриматочную патологию: освобождать устье маточной трубы от патологических образований, производить тотальное и локальное выскабливание стенок полости матки, коррекцию формы и размеров деформированной полости матки, резекцию внутриматочной перегородки, адгезиолизис, полипэктомию, возобновление проходимости цервикального канала.

Л. Рак подчеркнула, что гистероскопия с биопсией эндометрия, морфологическим и микробиологическим исследованием биоптатов является ценной диагностическо-лечебной процедурой у пациенток с бесплодием и должна применяться в качестве скринингового метода на этапе подготовки к ВРТ.

О принципах лечения пубертатных маточных кровотечений (ПМК) шла речь в докладе **Оксаны Бондарюк**, ассистента кафедры акушерства и гинекологии Буковинского государственного медицинского университета. Как правило, ПМК являются ациклическими, ановуляторными, чаще происходят на фоне нарушений по типу атрезии фолликула, реже — персистенции фолликула, разные по интенсивности и длительности, как правило осложняющиеся вторичной анемией. Основными симптомами ПМК являются:

- длительные (>7–8 сут) кровавые выделения из половых путей;
- кровотечения с интервалом <21 дня;
- кровопотеря >100–120 мл/сут.

Лечение ПМК состоит из 2 этапов: собственно гемостаза (в условиях стационара) и профилактики рецидивов (амбулаторно).

До начала медикаментозного лечения изучают анамнез для исключения лекарственной аллергии и противопоказаний. ГТ подросткам назначают только с согласия родителей и по строгим показаниям.

В качестве негормонального гемостаза применяют гемостатические препараты, средства, укрепляющие сосудистую стенку, повышающие тонус и сократительную активность миометрия, противоязвенные препараты. Показаниями к гормональному гемостазу (ГГ) являются длительные обильные кровотечения с наличием вторичной анемии, отсутствие эффекта от симптоматического лечения при умеренном и длительном кровотечении, гиперплазия эндометрия (М-эхо >10 мм).

В последние годы, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, при нарушениях МФ в период ее становления, а именно, на протяжении первых 2–3 лет после менархе, отдают предпочтение эстроген-гестагенным препаратам (комбинированным оральным

контрацептивам — КОК), содержащим 30 мкг этинилэстрадиола. Монофазные КОК назначают по 1–3 таблетки в сутки в зависимости от интенсивности кровотечения. Как правило, остановка кровотечения происходит на протяжении 1-х суток. После прекращения кровотечения дозу препарата снижают до 1 таблетки в сутки.

Альтернативой ГТ является хирургический гемостаз. Лечебно-диагностическое выскабливание полости матки проводят в случае профузного маточного кровотечения, угрожающего жизни пациентки, выраженной вторичной анемии, при подозрении на патологические изменения структуры эндометрия. Обязательно должны быть соблюдены условия проведения хирургического вмешательства: получено согласие родителей несовершеннолетней пациентки, наличие инструментария, дающего возможность провести выскабливание с сохранением целостности девственной плевы. Кроме того, необходимо провести патогистологическое исследование полученного материала.

Профилактика рецидива повторных кровотечений включает проведение общей укрепляющей терапии, применение препаратов, стабилизирующих функцию центральной нервной системы, витаминотерапию, коррекцию анемии.



Продолжила работу конференции профессор **Вера Пирогова**, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого. В своем выступлении она уделила внимание менеджменту пациенток с аномальными маточными кровотечениями, который включает:

- установление диагноза (исключение беременности, системных заболеваний, коагулопатии, органической патологии органов малого таза);
- остановку кровотечения;
- профилактику рецидива (восстановление нормального менструального цикла, индукцию овуляции (в зависимости от возраста), устранение дефицита стероидных гормонов).

В качестве препаратов 1-й линии терапии для остановки кровотечения рекомендованы левоноргестрелсодержащая внутриматочная система, прогестагены пролонгированного действия, транекамсовая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты, КОК. Короткая схема применения прогестагенов и этамзилат не рекомендованы. Гестагенный ГГ является патогенетически оправданным при ановуляторном гиперэстрогенном кровотечении без выраженных нарушений общего состояния и анемии (гемостатический эффект достигается медленнее, чем при применении КОК).

Противоречивую терапию селективными гестагенами или КОК следует проводить длительно, на протяжении не менее 6 мес. Негормональный гемостаз необходимо подкреплять ГТ. При ановуляторных гиперэстрогенных кровотечениях рекомендуется терапия гестагенами селективного действия в циклическом режиме и монофазными КОК, при ановуляторных гипоэстрогенных формах — КОК в циклическом режиме (при необходимости контрацепции) и ГТ адекватными дозами эстрогенов.



Виктория Дынник, старший научный сотрудник ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», обратила внимание на высокую эффективность применения утеротоников

(окситоцина, дезаминоокситоцина) в консервативной терапии при аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода, позволяющих достичь гемостаза более физиологичным способом без ГТ. Она подчеркнула важность диспансеризации этих больных для обеспечения нормального формирования их репродуктивного потенциала.



Юрий Пашченко, профессор кафедры детской хирургии и детской анестезиологии ХНМУ, поделился опытом хирургической реабилитации девочек с урогенитальным синусом. Хирургическое лечение

детей с интерсексуальными аномалиями представляет серьезную проблему, требующую раннего решения совместными усилиями детских хирургов, урологов, гинекологов, генетиков. Цель лечения — раннее определение пола, генетическое консультирование и воссоздание нормальной топики гениталий. Наиболее частой причиной урогенитального синуса является внутриутробная андрогенизация, приводящая к гипертрофии клитора и развитию наружных половых органов по мужскому типу.

Применение феминизирующей гениопластики позволяет:

- обеспечить нормальную локализацию и вид входа во влагалище;
- полностью отделить влагалище от МВП;
- удалить фаллическую эректильную ткань, сохранив головку с ее иннервацией, чувствительностью и кровоснабжением;
- избежать осложнений со стороны МВП.



О современных подходах к терапии при заболеваниях МЖ шла речь в докладе **Марины Сергиенко**, ассистента кафедры акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета. Частота диффузной фиброзно-кистозной мастопатии в общей популяции составляет 36–50%, среди женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией — 67–95%. Пролiferативные формы мастопатии рассматривают как маркеры риска развития рака МЖ, который в 3–5 раз чаще возникает при диффузных изменениях паренхимы МЖ и в 30–40 раз чаще — при наличии в ней узловых образований.

Заболевания МЖ являются маркером дисгормональных нарушений. Так, мастопатию выявляют у 80,6% женщин с миомой матки, у 87,4% — с эндометриозом, у 69% — с опухолевыми образованиями яичника, у 32,1% — с гиперпролактинемией, у 9–12% — с гипофункцией щитовидной железы.

Лечение мастопатии включает изменение образа жизни, питания, прием витаминов, ингибиторов синтеза простагландинов, седативных препаратов, препаратов йода, применение фитотерапии, гестагенов, КОК, антиэстрогенов.

Патологические изменения в МЖ не всегда связаны с гиперпролактинемией, в то же время абсолютную или относительную прогестероновую недостаточность на фоне локальной гиперэстрогении сегодня рассматривают как одну из основных причин масталгии. Поэтому назначаемый препарат должен обладать антиэстрогенным (антипролиферативным), противовоспалительным действием, уменьшать отек и болевой синдром в ткани МЖ, способствовать активной резорбции содержимого кистозных новообразований в МЖ, содержать витамины, оказывающие общеукрепляющее действие на организм и повышающие адаптационные возможности.



Большой интерес участников конференции вызвал доклад **Ларисы Страшок**, профессора кафедры подростковой медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования, по

священным особенностям экстрагенитальной патологии при нарушениях МФ. В последние 30 лет частота нарушений МФ у подростков повысилась в 2 раза, при этом у одной и той же девочки могут выявлять 2–3 сопутствующих заболевания. Так, при хроническом гастродуодените, язве желудка и двенадцатиперстной кишки имеют место гипоменструальный синдром и аменорея, при хроническом колите, синдроме раздраженного кишечника — опсоменорея, гиперменструальный синдром. Практически у всех девочек со вторичной аменореей отмечают функциональные нарушения желчного пузыря, аномалии развития МВП. При хроническом тонзиллите возникают различные варианты нарушения МФ (гиперполименорея, опсоменорея, вторичная аменорея), при патологии системы крови — анемия (при опсоменорее), вторичная аменорея, маточные кровотечения (при наличии геморрагического диатеза).

Л. Страшок отметила, что у 75–86% девушек присутствуют хронические соматические, у 10–15% — гинекологические заболевания, ограничивающие их фертильные возможности. На фоне низкого уровня соматического здоровья несовершеннолетних гестационный процесс протекает со значительным количеством осложнений, неблагоприятно сказывающихся на их здоровье и здоровье их будущих детей.

Ранняя беременность в 3 раза чаще осложняется анемией, при этом, несмотря на проводимое лечение, восстановление уровня гемоглобина происходит редко. Практически у каждой 2-й пациентки диагностируют гестоз и гораздо чаще — хроническую плацентарную дисфункцию. Недостаточный синтез стероидов в фенотипическом комплексе у биологически незрелых первородящих сохраняется вплоть до родов и служит предпосылкой развития аномалий родовой деятельности. По мнению докладчицы, только оптимизация межсекторальных действий, направленных на решение основных проблем здравоохранения детей и подростков, позволит улучшить здоровье населения.

В ходе конференции также рассмотрены актуальные вопросы, касающиеся патологических состояний в период беременности и родов, применения новых ВРТ-методик, особенностей проведения экстракорпорального оплодотворения. Желающие смогли посетить Центр репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.», ознакомиться с клиническими базами кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ.

*Марина Колесник,
фото автора*