

# Актуальные вопросы гинекологии, репродуктологии, акушерства в свете международных рекомендаций

29 марта 2019 г. в Харькове прошел тренинг-практикум для гинекологов «Актуальные GuidelLines гинекологии, репродуктологии, акушерства», организованный Группой компаний «МедЭксперт» совместно с Национальным медицинским университетом имени А.А. Богомольца и Национальной академией последипломного образования имени П.Л. Шупика. Во время мероприятия были рассмотрены наиболее актуальные вопросы, связанные с применением современных методов диагностики и терапии вульвовагинита, кандидоза, маточных аномалий, стресса при беременности, антифосфолипидного синдрома, бесплодного брака, родовой и послеродовой боли.

## Вульвовагинит, кандидоз: особенности терапии



Профессор **Ольга Грищенко**, заведующая кафедрой перинатологии, гинекологии и акушерства Харьковской медицинской академии последипломного образования, обратила внимание на то, что в последнее время во всем мире отмечается повышение распространенности урогенитальных инфекций, занимающих 1-е место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. В норме у женщин репродуктивного возраста общее количество микроорганизмов во влагалищном содержимом составляет  $10^8$ – $10^{10}$  микробных клеток в 1 мл секрета (лактобациллы составляют 95–98%, транзитные условно-патогенные микроорганизмы — 2–5%).

Микробный пейзаж влагалищного содержимого меняется в разные периоды жизни женщины. Так, у здоровой женщины детородного возраста с регулярным овуляторным циклом количество аэробных представителей нормальной микрофлоры больше в I фазу цикла, чем во II, непосредственно перед менструацией количество анаэробов в 100 раз превышает количество аэробов, уровень лактофлоры остается постоянным. В период беременности повышается концентрация гликогена в вагинальном эпителии, уменьшается количество бактериоидов, строгих анаэробов, аэробных грамположительных кокков, грамтрицательных палочек (достигают пика в III триместр беременности), изменения микрофлоры влагалища в период беременности направлены на предупреждение контаминации плода при прохождении его через родовые пути. У женщин пожилого возраста и в менопаузе отмечают снижение продукции эстрогенов, накопления гликогена в эпителии, количества лактобактерий, а также превалирование облигатных анаэробов.

Защитными механизмами слизистой оболочки влагалища являются лактобациллы, нормальный микробиоценоз влагалища, достаточный уровень эстрогенов, факторы местного иммунитета, скваматозный характер многослойного плоского эпителия.

О. Грищенко отметила, что вульвовагинальный кандидоз занимает 2-е место после бактериального вагиноза и всех инфекций влагалища, являясь наиболее частой причиной обращения женщин к гинекологу. По данным разных авторов, 75–80% женщин переносят на протяжении своей жизни хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза. Основными возбудителями данного заболевания, как правило, являются *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis* и др.

Факторами риска вульвовагинального кандидоза могут быть беременность (особенно III триместр за счет высокого уровня эстрогена), длительное использование внутриматочной контрацепции, сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, длительный прием антибактериальных препаратов, кортикостероидов, иммуносупрессоров, комбинированных оральных контрацептивов, изменения гормонального фона женщины.

Выделяют клинические формы вульвовагинального кандидоза:

- кандидоносительство (отсутствие симптомов заболевания, отмечается у 15–20% небеременных женщин репродуктивного и перименопаузального возраста);
- острый вульвовагинальный кандидоз (ярко выраженные воспалительные изменения, длительность заболевания не превышает 2 мес);
- хронический вульвовагинальный кандидоз (длительность >2 мес, возникновение симптомов не менее 4 раз в год).

Клиническими проявлениями данного заболевания являются жжение и боль в области вульвы и влагалища, тяжесть внизу живота, густые, белые, творожистые выделения, гиперемия и отек слизистой оболочки вульвы и влагалища. Эти проявления могут повторяться с определенной периодичностью.

Критерии диагностики включают жалобы, осмотр в зеркалах, установление возбудителя (микроскопия мазка, культуральное исследование и т.п.). Возможными вариантами ошибок диагностики могут быть:

- диагностика только по бактериоскопии;
- отсутствие бактериологического исследования;
- противоречивость данных бактериологического исследования, проведенного в разных лабораториях;
- отсутствие информации о чувствительности флоры к препарату, который назначается;
- диагностика по данным лабораторных исследований без учета клинической картины или наоборот;
- отсутствие количественной характеристики флоры;
- переоценка показаний к проведению полимеразной цепной реакции.

О. Грищенко отметила, что лечение показано женщинам с наличием симптомов заболевания, у которых при прямой микроскопии или культивировании выявлены дрожжеподобные грибы, при отсутствии симптомов — лечение не показано. Скрининг и лечение партнеров мужского пола проводить не нужно.

В соответствии с европейскими рекомендациями интравагинальная и пероральная терапия обеспечивает одинаково эффективное лечение вагинального кандидоза, местное лечение ускоряет результат. По данным большинства исследований, *Candida* более чувствительна к итраконазолу, чем к флуконазолу. Показано, что частота рецидивов при приеме итраконазола в 3 раза ниже, чем флуконазола, данный препарат имеет высокую эффективность и хорошую переносимость. На фоне терапии итраконазолом отмечается улучшение общего самочувствия,

уменьшение гиперемии, белей, зуда, соответственно, повышение качества жизни пациенток.

Причинами рецидивирования кандидоза могут быть неполная санация или дисбактериоз влагалища, реинфекция, снижение иммунологической реактивности организма. В этих случаях дополнить комплекс лечения целесообразно назначением местного антисептика. В частности, раствор декаметоксина ускоряет устранение неприятных симптомов зуда, жжения, патологических выделений, пагубно влияет на широкий спектр патогенных микроорганизмов, уменьшает воспаление, улучшает самочувствие женщины.

При терапии вагинита смешанной этиологии перспективно применение комбинированного препарата, содержащего неомицина сульфат, орнидазол, миконазола нитрат и преднизолон. Данная комбинация максимально охватывает возможных возбудителей, оказывает бактерицидное, антипротозойное и фунгицидное действие. Эффективность обусловлена непосредственным попаданием действующих веществ в очаг инфекции, отсутствием системного влияния на организм женщины, минимальным риском побочных реакций.

## Мультиmodalный подход к обезболиванию в акушерстве



**Евгений Грижимальский**, кандидат медицинских наук, врач-анестезиолог, заведующий отделением анестезиологии родильного дома «Лелека» (Киев), рассказал о мультиmodalном подходе к обезболиванию в акушерстве. Анализ качества послеоперационного обезбоживания в Германии (25 клиник, 2252 пациентки) показал, что боль средней и высокой интенсивности в покое испытывали 29,5% пациенток, а при активации — >50%, при этом 55% всех пациенток

были недовольны качеством обезбоживания.

Акушерство и гинекология входят в топ хирургических специальностей, в которых интенсивность боли в первые сутки после операции — одна из самых высоких. Так, в рейтинге самых «болезненных» операций среди 179 хирургических вмешательств 4-е место занимает открытая миомэктомия, 9-е — кесарево сечение, в то время как открытая резекция легкого, гастрэктомия, радикальная простатэктомия фактически замыкают этот список.

Как правило, выбор метода послеоперационного обезбоживания часто обусловлен традициями конкретной клиники и опытом врача. Следует помнить, что плохой контроль боли означает плохое качество медицинской помощи в данной клинике. Большинство причин послеоперационной летальности в современной хирургии напрямую связаны с неадекватной терапией болевого синдрома. Послеоперационная боль может уничтожить результаты блестяще проведенной операции, и об этом не нужно забывать хирургам.

Острая боль, возникающая после операции, может приводить к хронизации боли. Например, после операции кесарева сечения, по данным разных авторов, хроническую боль испытывают 4–18% женщин, после гистерэктомии — 6–30%. К факторам риска хронического послеоперационного болевого синдрома относят наличие боли до операции, молодой возраст, женский пол, травматичный хирургический доступ, неадекватную анестезию во время операции, неадекватное обезбоживание в ранний послеоперационный период.

Е. Грижимальский отметил, что мультиmodalная анальгезия предусматривает одновременное использование  $\geq 2$  анальгетиков, обладающих различными механизмами действия, и позволяющих достичь адекватного обезбоживания при минимуме побочных эффектов. Зная точки приложения препаратов, можно достичь мультиmodalного обезбоживания. Так, на модуляцию влияют опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), агонисты  $\alpha_2$ -адренорецепторов, на трансдукцию —

местные анестетики, НПВП, на трансмиссию — проводниковая анестезия, НПВП, на перцепцию — анестетики, опиаты, NMDA-антагонисты, агонисты  $\alpha_2$ -адренорецепторов.

Говоря об обезболивании родов, докладчик обратил внимание на то, что эпидуральная анестезия завоевала авторитет, она является одним из эффективных методов оказания помощи женщинам во время родов. Следует помнить, что эпидуральная анальгезия может изменять течение периода родов, при этом она не повышает частоту кесарева сечения, не удлиняет роды, не влияет на плод.

Даже после практически безболезненных родов, которые проводятся под эпидуральной анальгезией, женщины в послеродовой период испытывают боль в промежности, внизу живота, в пояснице и копчике. Управление болью во время и после родов может снизить вероятность возникновения послеродовой депрессии.

В случаях, когда женщина отказывается от эпидуральной анальгезии, перспективным является применение парацетамола для обезбоживания родов и в послеродовой период. Согласно данным международных исследований, введение 1000 мг парацетамола обеспечивает более эффективную анальгезию во время родов, вызывает меньшее количество побочных эффектов и сокращает продолжительность родов по сравнению с внутримышечным введением трамадола. В современных рекомендациях предлагается использовать налбуфин в качестве альтернативы традиционным опиоидам для обезбоживания физиологических родов. Для обезбоживания используется дозировка 20 мг внутримышечно при открытии шейки матки не более 4 см.

Е. Грижимальский подчеркнул, что эпидуральная анальгезия занимает ключевую позицию среди всех регионарных методов послеоперационного обезбоживания. Многочисленными исследованиями доказана более высокая эффективность послеоперационной эпидуральной анальгезии по сравнению с системным введением опиоидных анальгетиков. Несмотря на свои достоинства, эпидуральная анальгезия имеет ряд недостатков: сложная инвазивная манипуляция, есть определенный риск осложнений, требуется наличие специальных навыков у врача-анестезиолога, постоянный мониторинг состояния пациента, финансовые издержки, невозможность перевести пациента из отделения анестезиологической терапии, высокий риск падения.

Альтернативным методом обезбоживания, по мнению докладчика, является применение TAP- и QL-блоков (анестетики под ультразвуковым контролем вводят в межфасциальное пространство мышц брюшной стенки). Таким образом достигается качественное послеоперационное обезбоживание. При TAP- и QL-блоках пациент получает качественную анальгезию, что является золотым стандартом обезбоживания, например в Израиле.

Традиционные опиоидные анальгетики, в частности морфин, рассматриваются в качестве основы послеоперационного обезбоживания, однако проблема заключается в том, что эффективная анальгетическая доза зачастую близка к той, которая вызывает депрессию дыхания. Альтернативой может быть применение налбуфина, который значительно реже вызывает тошноту, рвоту, при повышении дозы не индуцирует гиповентиляцию, не влияет на артериальное давление, частоту сердечных сокращений, сер-



дечный выброс, способствует быстрому началу действия и оказывает длительный эффект, имеет альтернативный рецепторный механизм анальгезии, низкий наркотенный потенциал, его высокий анальгетический потенциал равен таковому морфина.

Для обезболивания предпочтительным является внутривенный путь введения НПВП. Внутривенные формы неопиоидных анальгетиков превосходят таблетированные, ректальные и внутримышечные формы по безопасности, характеризуясь более предсказуемой плазменной концентрацией в ранний послеоперационный период. НПВП являются эффективными анальгетиками для лечения острой боли и важнейшим компонентом мультимодальной анальгезии. По мнению докладчика, перспективным является использование комбинации парацетамол + НПВП (декскетопрофен) для лечения послеоперационной боли в краткосрочной перспективе при условии, что нет противопоказаний.

Докладчик отметил, что базис лечения болевого синдрома — неопиоидные анальгетики (НПВП + парацетамол), при неэффективности добавляется регионарная анальгезия, при неэффективности 2-й линии — наркотические анальгетики. Чтобы анальгезия была эффективной, ее следует четко планировать, обезболивающие средства необходимо назначать до появления боли или прежде чем она станет невыносимой. При проведении рациональной послеоперационной анальгезии препараты следует вводить четко по времени, наибольший эффект обезболивания достигается при применении нескольких препаратов.

### Антифосфолипидный синдром у беременных: перинатальные аспекты иммунокоррекции



Продолжил работу тренинга **Дмитрий Гусев**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, главный врач Киевского городского родильного дома № 5. Он напомнил, что антифосфолипидный синдром — это хронический вазоокклюзивный процесс, возникающий вследствие рецидивирующего тромбообразования в мелких сосудах

на фоне циркуляции в крови антифосфолипидных антител. Вклад антифосфолипидного синдрома в этиологию преждевременных родов, привычного невынашивания, нарушения имплантации составляет 10–35%.

Д. Гусев представил результаты исследования, целью которого являлась сравнительная оценка эффективности лечения антифосфолипидного синдрома в этиологию преждевременных невынашиванием в анамнезе согласно протоколу и в сочетании с внутривенными иммуноглобулинами. Сочетанная терапия антифосфолипидного синдрома с использованием внутривенных иммуноглобулинов увеличивает поток, с учетом срока гестации, иммуноглобулина G (IgG) от матери к плоду и улучшает



течение периода адаптации недоношенных детей, а также способствует уменьшению клинических и лабораторных признаков данной патологии. Механизм пролонгирования беременности и возникновения родовой деятельности может быть обусловлен состоянием иммунного баланса системы мать — плод. Уровень IgG у плода >4 г/л является прогностически благоприятным критерием лучшего течения адаптационного периода новорожденных, а искусственное повышение уровня IgG у матери путем использования внутривенного иммуноглобулина позволяет достичь целевого уровня IgG у плода в зависимости от срока гестации.

### Стресс и беременность



Профессор **Светлана Галич**, главный акушер-гинеколог медицинской компании «Іпто-Sapa» (Одесса), секретарь Национального совета по здравоохранению и безопасности (Одесса), в своем выступлении уделила внимание проблеме стресса при беременности. Она отметила, что в период беременности адаптивные изменения со стороны центральной и вегетативной нервной системы зависят прежде всего от личностных характеристик женщины. Как правило, стресс,

несмотря на эмоциональную составляющую (слезы, страх за ребенка), не приводит к глубоким нарушениям психоэмоциональной адаптации. Возможно, это связано с ролью эндогенного прогестерона, который обладает противотревожным и нейропротекторным эффектом.

С. Галич отметила, что влияние стрессорных факторов на организм беременной можно измерить с помощью психометрических тестов, среди которых чрезвычайно удобен и информативен показатель тревожности. Определяют личностную и реактивную тревожность, которые по-разному изменяются в процессе адаптации к беременности. Для здоровых беременных характерны высокие показатели по «шкале лжи», неадекватная самооценка, эмоциональная стабильность, средние показатели личностной и реактивной тревожности, повышенная депрессивность. Все эти характеристики обеспечивают адекватную адаптацию при беременности. При нарушении гестационной адаптации, например у беременных с преэклампсией, все выглядит по-другому уже с I триместра. Высокие показатели реактивной тревожности, низкие — стрессоустойчивости. Но главное — все показатели словно «запаздывают», начинают изменяться не в I, а во II триместр беременности.

Следует помнить, что плацента и матка содержат наибольшее количество магния, в период беременности потребность в нем возрастает. Дефицит магния может привести к серьезным осложнениям не только у беременной, но и у плода. Чрезвычайно важным является и известное противотревожное действие магния. При этом коррекция дефицита магния позволяет снизить частоту некоторых осложнений беременности. У пациенток с высоким показателем реактивной тревожности целесообразным является назначение препаратов магния как эффективного противотревожного средства.

С. Галич привела результаты собственных исследований, подтверждающих противотревожное действие таблетированной формы магния с витамином B<sub>6</sub>. Оказалось, что при назначении магния в сочетании со 100 мг ацетилсалициловой кислоты после 12 нед беременности пациенткам группы высокого риска преэклампсии достоверно снижается показатель реактивной тревожности. Доказанное профилактическое действие ацетилсалициловой кислоты позволяет снизить частоту преэклампсии, а противотревожное действие магния снижает частоту осложнений родов у этих пациенток. Вероятно, эффект обусловлен как раз его противотревожным действием.

*Марина Колесник,  
фото автора*