

Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України: актуальні та дискусійні питання

Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство та гінекологія: актуальні та дискусійні питання» відбулися 3–4 жовтня 2019 р. у Києві за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Громадської організації (ГО) «Асоціація акушерів-гінекологів України», Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, Державної установи (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київської міської державної адміністрації (КМДА).

З усіх куточків нашої країни у стінах Українського дому 3–4 жовтня 2019 р. зібралися фахівці галузі акушерства та гінекології. Щороку Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практична конференція з міжнародною участю, підготовка до якої триває весь рік, збирають понад 1000 учасників. У цей раз було представлено 17 тематичних секційних засідань, а також майстер-класи, тренінги-семінари, пленарні засідання. Провідні й зарубіжні акушери-гінекологи, представники міжнародних організацій підготували 250 доповідей. Під час роботи Пленуму працювали виставки лікарських препаратів, медичних виробів і приладів компаній України та світу.

Ініціатива Асоціації акушерів-гінекологів України



Відкриваючи науково-освітній захід, президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Валерій Запорожан** привітав усіх учасників на черговому Пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України. За словами президента Асоціації, він вдячний, що саме його обрали делегати минулого з'їзду, та відчуває відповідальність за розвиток організації, одним із напрямком діяльності якої є якісна професійна підготовка фахівців. Також оратор висловив подяку всім зарубіжним гостям за допомогу і натхнення. Наступним до привітань долучився ректор НМАПО імені П.Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Вороненко**, який побажав медичній спільноті мати національні достойні протоколи з акушерсько-гінекологічної допомоги. У своєму виступі директор Департаменту охорони здоров'я КМДА, доктор медичних наук, професор **Валентина Гінзбург** нагадала аудиторії, що з 1 квітня 2020 р. лікувально-профілактичні заклади другого рівня включаються у медичну реформу і отримуватимуть кошти за кожен окремих пролікований випадок. Тобто реалізується принцип: пацієнти «йдуть до лікаря», а «гроші йдуть за пацієнтом».

Привітання від колективу та директора ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», академіка НАМН України, доктора медичних наук, професора **Юрія Антипкіна** та від себе особисто висловив заступник директора доктор медичних наук, професор **Василь Подольський**. Він відзначив, що в Україні підготовлена нова програма «Репродуктивне та сексуальне здоров'я нації», необхідно лише її затвердити на державному рівні. Учасників також привітали народний депутат України професор **Михайло Макаренко** та зарубіжні гості: президент Європейської ради та Коледжу акушерів і гінекологів (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology — EBCOG) професор **Джек Нізард** (Jacky Nizard), представник Міжнародної федерації гінекології та акушерства (International Federation of Gynecology and Obstetrics — FIGO) професор **Френк Червенак** (Frank Chervenak), виконавчий член Європейської мережі інтернів та молодих лікарів з акушерства та гінекології (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) **Мануель Енрікес** (Manuel Henriques). Також на відкритті заходу були присутні

та запрошені до президії президент-засновник ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Борис Венцівський**, голова виконавчого комітету ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **В'ячеслав Камінський**, перший проректор НМАПО імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Вдовиченко**, віце-президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Леонід Маркін**, заступник директора ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Тетяна Татарчук** та член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Володимир Медведь**. Вступна частина завершилась оголошенням списку ветеранів і заслужених акушерів-гінекологів, яких нагороджено Подякою Асоціації, та врученням Почесної нагороди асоціації професору Ф. Червенaku.

Після привітань В. Запорожан виступив зі своєю програмною доповіддю «ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» — модель інтегрованого у європейський та світовий простір фахового медичного товариства». Оратор наголосив, що Асоціація сприяє науковому та практичному вирішенню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, представляє інтереси вітчизняних акушерів-гінекологів України на світовому рівні та приділяє увагу соціально-правовому захисту всіх членів Асоціації. Фахівці України взяли участь у впровадженні загальноєвропейського лікарського іспиту за фахом акушерства та гінекології з метою стандартизації теоретичних і практичних знань лікарів та впровадження процедури отримання дозволу на практичну діяльність в усіх країнах — членах Європейського Союзу. Співпраця Асоціації з європейською спільнотою дозволяє впровадити світові принципи і досягнення у вітчизняну медицину, за 10 років такої роботи накопичено багато досвіду та матеріалів, проведена якісна підготовка, що дозволить ефективно перейти на європейські вимоги, досвід і показники. Від свого імені В. Запорожан звернувся до міністра охорони здоров'я України **Зоряни Скалецької** та голови Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги і медичного страхування **Михайла Радущького** щодо підтримки у наданні Асоціації права на проведення професійної атестації лікарів акушерів-гінекологів та у розробці відповідної програми як пілотного проекту держави з урахуванням національних та міжнародних вимог.

Захід відвідала З. Скалецька та відзначила, що підтримує ініціативу Асоціації. Міністерство потребує співпраці з такими організаціями, які можуть конструктивно працювати. Вона наголосила на одному із пріоритетних завдань МОЗ України — покращенні показника народжуваності та висловила свої сподівання у підтримці медичної спільноти. Заступник міністра охорони здоров'я України **Михайло Загрієвський**, який згодом долучився до заходу, також привітав усіх присутніх і попросив медичну спільноту допомоги у модернізації галузі акушерства і гінекології та відновленні експертних рад для створення стандартів і протоколів медичної допомоги.

Наступною була доповідь голови Постійно діючого комітету з питань оцінювання якості навчання (Standing Committee on Training Recognition) EBCOG професора **Юрія Владіміроффа** (Jurij Vladimiroff) «Оцінка якості навчання EBCOG (відвідування лікарні): як рухатися вперед в Україні», в якій Почесний член Асоціації акушерів-гінеко-

логів України висловив свої міркування щодо якості підготовки лікарів акушерів-гінекологів в Україні з позицій Європейських стандартів за результатами першого акредитаційного візиту EBCOG до однієї з навчально-клінічних баз нашої країни.

На що потрібно звертати увагу у пацієнток підліткового віку?



Т. Татарчук наголосила на тому, що розробка та впровадження стратегії ведення жінки від її внутрішньоутробного розвитку до старості та забезпечення якості життя в пубертатний, репродуктивний і менопаузальний періоди є ключовою метою системи та окремих закладів охорони репродуктивного здоров'я.

Ораторка приділила увагу підлітковому періоду жінки та відзначила, що існують дві проблеми, які з кожним днем поглиблюються: інфекції, що передаються статевим шляхом, та порушення

статевого дозрівання. Згідно з даними, у Сполучених Штатах Америки мають запальні захворювання репродуктивних органів приблизно 1,25 млн жінок, з яких 16–20% становлять підлітки. Кожна третя жінка перенесла запалення репродуктивних органів до того, як їй виповнилося 19 років. Ці високі показники спричинені двома факторами: множинними сексуальними партнерами та високим поширенням інфекцій, що передаються статевим шляхом. Тому Т. Татарчук закликала акушерів-гінекологів звернути увагу на статево культуру молоді, зазначивши, що середній вік початку статевого життя в Україні — 15 років. У свою чергу, все це впливає на показники виявлення раку шийки матки: з 2015 р. почали реєструвати цю патологію у віковій групі 20–24 років. Професор закликала лікарів говорити зі своїми пацієнтками щодо дотримання здорового способу життя, вакцинавання проти вірусу папіломи людини.

За словами промовця, клініцисти повинні звертати увагу на виявлення патологічних менструальних патернів у підлітковому віці жінки задля раннього визначення потенційних проблем зі здоров'ям у подальшому (зрілому віці). Наказ МОЗ України № 353 щодо медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах, затверджений 13 липня 2016 р., є і досі чинним. Але в минулому році опублікована резолюція Експертної ради «Маткові кровотечі та якість життя жінки», оскільки в рекомендаціях FIGO змінили систему визначення параметрів нормальної менструальної кровотечі (табл. 1).

Раніше показник менструальної крововтрати >80 мл вважався порогом для діагностики тяжких менструальних кровотеч, однак порушення обміну заліза відзначають вже на фоні щомісячної крововтрати >60 мл. Тому, згідно з Клінічними рекомендаціями FIGO та Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence — NICE) від 2018 р., вибір тактики ведення пацієнтки визначається не результатом вимірювання крововтрати, а її самопочуттям: дистрес, зниження працездатності, сексуальної активності та якості життя в цілому.

Менструальне запалення

Т. Татарчук зазначає, що сучасна жінка має у 3 рази більше менструацій порівняно зі своїми попередницями (табл. 2).

Якщо у жінки менструації рясні чи тривалі, формується система локального запалення: викид більшої кількості прозапальних цитокінів, які, у свою чергу, запускають цілий ряд аутоімунних процесів, тому частота аутоімунної патології відрізняється у жінок порівняно з чоловіками (табл. 3).

Менструальне запалення — фізіологічний процес, потрібний для щомісячного відновлення ендометрія у невагітних. Необхідно розрізняти фізіологічне та патологічне менструальні запалення. Фізіологічне менструальне запалення завершується, обмежене в часі, адекватне і достатнє за інтенсивністю та приводить до незначних менструальних симптомів, патологічне — надмірне за інтенсивністю, тривале, призводить до патологічних симптомів, які супутньо формують передменструальний синдром та передменструальний дисфоричний розлад, а також спричиняє погіршення симптомів супутніх захворювань (табл. 4).

Таблиця 1. Система визначення параметрів нормальної менструальної кровотечі (FIGO, 2018)

Параметр	Норма	Патологія
Частота (інтервал між менструаціями)	Нормальні (>24–<38 днів)	Аменорея Нечасті (>38 днів) Часті (<24 днів)
Тривалість менструальної кровотечі	Нормальна (<8 днів)	Тривала (>8 днів)
Регулярність	Регулярні (варіабельність менструального циклу (МЦ) <7–9 днів): • 18–25 років <9 днів; • 26–41 років <7 днів; • 42–45 років <9 днів	Нерегулярні (варіабельність МЦ >8–10 днів)
Обсяг щомісячної менструальної крововтрати (оцінюється пацієнткою)	Нормальний	Незначний Значний
Міжменструальні кровотечі	Відсутні	Рідко Циклічні (перед-бачувані) В кінці МЦ
Нерегулярні маткові кровотечі на фоні застосування гормональних препаратів (прогестини, КОК, контрацептивне вагінальне кільце, контрацептивний пластр)	Не використовується (не застосовує препарати статевих стероїдних гормонів) Немає кровотеч (застосовує препарати статевих стероїдних гормонів)	Є кровотечі

Тут і далі: КОК – комбіновані оральні контрацептиви.

Таблиця 2. Порівняння репродуктивних ознак жінок у минулому та зараз

До 1900 р.				
Пізнє менархе	Рання перша вагітність	Багато вагітностей	Невелика кількість менструацій	Близько 160 менструацій
Сьогодні				
Раннє менархе	Велика кількість менструацій	Пізня перша вагітність Нетривале грудне вигодовування		Близько 450 менструацій – пізня менопауза

Таблиця 3. Співвідношення аутоімунної патології у жінок і чоловіків

Аутоімунне захворювання	Співвідношення жінки/чоловіки
Антифосфоліпідний синдром	5:1
Аутоімунний хронічний гепатит	7:1
Цукровий діабет 1-го типу	1:1, 1:2
Базедова хвороба (дифузний токсичний зоб)	7:1
Хвороба Хашимото (аутоімунний тиреоїдит)	5–18:1
Ревматоїдний артрит	3:1
Множинний склероз	2:1
Міастенія гравіс	3:1
Системна склеродермія	5:1
Синдром Шегрена	9:1
Системний червоний вовчак	9:1

Таблиця 4. Симптоми, що погіршуються при менструальному запаленні

Орган	Симптоми
Кишечник	Погіршення симптомів з боку кишечника при менструації подібне до тих, що виникають у жінок із синдромом подразненого кишечника
Сечовий міхур	Загострення болю в сечовому міхурі, якщо у жінки є схильність до рецидивуючого циститу
Пристінок піхви	Вульводія чи диспареунія у жінок, які мають схильність до вульварного вестибуліту та болю під час статевого акту
Міометрій матки	Розвиток аденоміозу, а також прогресування ендометріозу в інших органах, якщо жінка хворіє на ендометріоз
Головний мозок	Посилення головного болю під час менструації
Бронхи та легені	Прогресування бронхіальної астми

Новий підхід до застосування КОК

Новий погляд на інтерпретацію менструальних симптомів свідчить про необхідність пригнічувати менструальне запалення для зниження частоти й інтенсивності менструальних симптомів і покращення якості життя жінок репродуктивного віку. До стратегії зменшення вираженості менструальних симптомів відноситься: зменшення коливань рівнів гормонів, зменшення вираженості запалення, зниження кількості менструацій, скорочення безгормонального інтервалу при прийомі КОК. Саме тому у світі впроваджується застосування КОК з коротким гормональним інтервалом або безперервно.

У нових рекомендаціях 2019 р. Факультету сексуального та репродуктивного здоров'я (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Королівського коледжу акушерів та гінекологів (Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists) висвітлено:

1. Наявність щомісячної кровотечі не несе користі для здоров'я жінки, оскільки 7-денний безгормональний інтервал може бути пов'язаний з такими симптомами, як головний біль та зміна настрою, дисменорея і/або тазовий біль, хоча і меншої інтенсивності, ніж під час природного менструального циклу.

2. Пригнічення активності яєчників під час безгормонального інтервалу зменшується, і в цей час може відбуватися ріст фолікулів. Помилки при прийомі КОК у період, який слідує за безгормональним інтервалом, можуть підвищити ризик овуляції та, відповідно, непланованої вагітності. Вони найчастіше виникають у тому разі, якщо жінка забула вчасно прийняти першу таблетку з наступної упаковки.

3. Жінки можуть приймати КОК в безперервному режимі чи скорочувати безгормональний інтервал, щоб уникнути менструальних кровотеч і пов'язаних із ними симптомів.

З іншого боку, у цих рекомендаціях фахівці відзначають:

4. Попри те що застосування КОК в безперервному режимі знижує частоту кровотеч і симптоми, асоційовані з відмінною гормонами, жінки можуть скаржитися на нерегулярні кровотечі, що, у свою чергу, зменшує їх прихильність до застосування цього режиму.

5. Прийом КОК у безперервному режимі не відповідає інструкції для медичного застосування.

Чи доцільно скорочувати безгормональний інтервал КОК?

Застосування КОК із вкороченим безгормональним інтервалом (режими 24+4, 26+2) має низку переваг:

- ефективніша супресія овуляції (нижчі рівні фолікулостимулюючого гормону, лютеїнізуючого гормону, естрадіолу, інгібіну В);
- хороший контроль менструального циклу (менша стимуляція ендометрія ендогенними естрогенами, відсутність збільшення кількості нерегулярних кровотеч при застосуванні нижчої дози естрогену);
- зменшення вираженості генітального та системного запалення, пов'язаного з менструацією, та симптомів, асоційованих зі зниженням рівнів естрогенів і прогестину;
- зменшення обсягу менструальної кровотрати, в тому числі у жінок з аномальними матковими кровотечами;
- вищий комплаєнс (в упаковці більшості препаратів КОК із вкороченим безгормональним інтервалом міститься 28 таблеток порівняно із КОК з режимом 21+7, що дозволяє мінімізувати помилки у прийомі КОК з наступної упаковки).

Підводячи підсумки, Т. Татарчук зазначила, що для підтримки кращого фізичного та психічного здоров'я жінка повинна мати стабільні рівні естрогенів та прогестерону. При виборі КОК для здорових жінок доцільно віддавати перевагу засобам із коротким безгормональним інтервалом (24+4, 26+2), оскільки це забезпечує стабільніший рівень естрадіолу, знижує ризик випадкової овуляції у разі пропуску прийому таблеток та підвищує резерв контрацептивної надійності порівняно із традиційним режимом (21+7). Крім того, це дозволяє знизити частоту появи симптомів, асоційованих із відмінною гормонами, які впливають на якість життя жінки, парі і сімей. Жінкам, у яких прийом КОК у режимі 21+7 супроводжується симптомами, пов'язаними зі збільшенням продукції ендогенних статевих гормонів під час безгормонального інтервалу (мастодінія, набряки, здуття живота, головний біль), доцільно перейти на застосування КОК із вкороченим безгормональним інтервалом (24+4, 26+2). Отже, завдання гінеколога полягає у збереженні здоров'я жінок: надання рекомендацій зі здорового способу життя, харчування та обстеження жінок від їх народження до менопаузи.

Досвід зарубіжних колег

У рамках першого пленарного засідання професор Д. Нізард поділився досвідом організації антенатальної допомоги у Франції: хто платить та контролює цю діяльність, хто є безпосередніми виконавцями та яка роль відведена професійному лікарському товариству. Екс-президент ЕВСОГ, професор Тохір Махмуд (Tahir Mahmood) на прикладі своєї клінічної практики акушера-гінеколога розповів аудиторії, що потрібно для того, аби убезпечити себе і пацієнтів від професійних помилок. З блискою, і як завжди, повною артистизмом та професійної гідності доповіддю виступив професор Ф. Червенак,

який розповів, як зберегти професіоналізм, уникнути насильства та судових процесів у роботі лікаря. Спостереження та результати перинатальної допомоги у Чеській Республіці представив учасником професор Петро Велебіл (Petr Velebil).

Філософія здоров'я генітального тракту

У спільній доповіді доктор медичних наук, професор Ауріка Суханова та доктор медичних наук, професор Віра Пирогова відзначили, що сьогодні симбіотичну мікробіоту людини розглядають як додатковий орган, без якого життя неможливе. Мікробіота становить 5% маси тіла, а її геном перевищує геном людини. Вона відіграє роль у підтримці та регулюванні оптимального рівня метаболічних процесів в організмі, а також у створенні високої колонізаційної резистентності слизових оболонок до умовно-патогенних мікроорганізмів.

Протягом життя вагінальна мікробіота жінки зазнає суттєвих змін, оскільки є гормонозалежною. У здоровій жінки в репродуктивний період основна частина мікробіоти піхви складається з лактобактерій. Зменшення кількості естрогенів призводить до виникнення постменопаузальних розладів мікробіоти, які проявляються, зокрема, сенильним кольпітом, оскільки саме лактофлора забезпечує здоров'я генітального тракту жінок, але обов'язково при взаємодії з достатньою кількістю естрогенів. Професори закликають, що необхідно пам'ятати про наявність різних лактобактерій, та залежно від того, які з них домінують в піхві жінки, лікар отримує різну клінічну картину. Наприклад, *Lactobacillus iners* вчені розглядають як чинник маркер вагінального дисбіозу, оскільки при її наявності визначають такі бактерії, як *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Eggerthella*, що і призводять до бактеріального вагінозу.

Залежність від естрогенів є відмінною рисою біоплівки піхви, що пояснює її динамічну мінливість у різні періоди життя жінки (дитинство, період статевого дозрівання, репродуктивний період, перименопауза, постменопауза), впродовж менструального циклу та в період вагітності. Біоплівка вкриває слизову оболонку піхви та виконує такі функції:

- зв'язує клітини, органічні та неорганічні субстрати;
- підвищує адгезію бактерій до епітелію;
- допомагає бактеріям виживати в мінливому середовищі (рН, ультрафіолетове випромінювання, дегідратація);
- знижує ефективність антибактеріальних лікарських засобів шляхом обмеження їх проникнення;
- забезпечує генну мінливість пресистуючих бактерій.

А. Суханова та В. Пирогова нагадали, що до порушень мікробіоти піхви можуть призводити гормональний дисбаланс; хронічна соматична патологія; безконтрольне чи безсистемне застосування імуномодуляторів, антибіотиків, глюкокортикостероїдів; вагітність, лактація; неправильне використання методів контрацепції; порушення інтимної гігієни; тісна синтетична білизна; психоемоційні перевантаження. Лікарі приділяють значну увагу пацієнтам із вагінальними/цервікальними інфекціями (табл. 5 і 6).

Таблиця 5. Симптоми при вагінальних інфекціях

Симптоми	Частота, %
Тривалі та ясні виділення	95
Печія в ділянці вульви	31
Свербіж у ділянці вульви	29
Неприємний запах виділень	25
Дизуричні розлади	24

Таблиця 6. Структура вагінальних інфекцій

Інфекція	Частота, %
Неспецифічний вагініт (аеробна та анаеробна флора)	20–40
Аеробний вагініт	20–40
Бактеріальний вагіноз	30–40
Трихомоназ, гонорея	5–10
Вульвовагінальний кандидоз	20–30
Цитолітичний вагіноз	Але саме цитолітичному вагінозу наразі приділяється дуже мало уваги, тому неможливо визначити частоту

Цитолітичний вагіноз: від діагностики до терапії

Захворювання незапального характеру, яке характеризується надмірним ростом лактобацил, що призводить до хімічного пошкодження вагінальних епітеліальних клітин, викликаючи їх лізис і дефрагментацію слизової оболонки, називають цитолітичним вагінозом

(синдром надмірного росту лактобактерій, цитоліз Додерляйна), який вперше був описаний ще у 1991 р. та спостерігається у жінок репродуктивного віку, оскільки розмноження пулу лактобактерій залежить від гормонального стану. Досі остаточно не визначено, які саме види лактобактерій домінують при цитолітичному вагінозі, хоча припускається, що його виникнення спричиняють *Lactobacillus iners*. Патологія частіше виникає у жінок із цукровим діабетом (на фоні високого рівня глюкози крові), при неправильно підібраних засобах для інтимної гігієни, з ановуляторним менструальним циклом, а загострення спостерігається в лютеїнову фазу менструального циклу.

За словами А. Суханової та В. Пирогової, була проаналізована література щодо частоти поширення цитолітичного вагінозу серед пацієнток репродуктивного віку. Дані коливаються від 1,83% (серед 2947 пацієнток) та 3,9% (серед 1152 пацієнток) аж до 7,1% (серед 210 пацієнток). В Україні за 2018 р. встановлено 635 тис. діагнозів кандидозного вульвовагініту та жодного цитолітичного вагінозу. Але, якщо враховувати мінімальні дані щодо поширення (а саме 1,83%), то це, можливо, 12 тис. пацієнток, пролікованих не за показаннями. На сьогодні існує проблема діагностики цитолітичного вагінозу (табл. 7).

Таблиця 7. Диференційна діагностика цитолітичного вагінозу

Ознака	Цитолітичний вагіноз	Аеробний вагініт	Бактеріальний вагіноз
Рясні виділення	Так	Так	Немає
Почервоіння слизової оболонки піхви	Немає	Немає	Так
Специфічний запах	Негативний	Негативний	Позитивний
Тест із гідроксидом калію	≤3,5–4,5	Переважно >6,5	4,5–6,5
рН піхви	<10 у полі зору	>10 у полі зору	<10 у полі зору
Лейкоцити у виділеннях «Ключові» клітини	Помилкові «ключові» клітини	Немає	Так
Токсичні лейкоцити	Немає	Так	Немає

Також найчастіше при обстеженні пацієнток із цитолітичним вагінозом встановлюють діагноз кандидозного вульвовагініту, що, у свою чергу, призводить до призначення протигрибкової терапії та подальшого розвитку резистентності, відсутності ефекту від призначеного лікування та зниження довіри до терапії, як наслідок — самолікування. У цьому разі при встановленні діагнозу лікарю допомагає кольпоскопія. При простій кольпоскопії візуалізуються судини правильної деревоподібної форми, але при розширеній (оцтова проба) — при цитолітичному вагінозі, на відміну від кандидозу, судини не звужуються, «просвічуються» під базальною мембраною та немає контакту з оцтовою кислотою, що свідчить про відсутність запальної реакції. Виокремлюють такі критерії цитолітичного вагінозу:

- відсутність відомих збудників при мікроскопії;
- збільшена кількість лактоцидів;
- незначна кількість лейкоцитів;
- підтверджений цитоліз;
- наявність хибних «ключових клітин»;
- рН в інтервалі ≤3,5–4,5.

Лікування повинно включати підвищення рН вагінального середовища, тому рекомендована обробка стінок піхви розчином натрію бикарбонату протягом не більш 2 тиж. Застосування антибактеріальних та протигрибкових засобів протипоказане. Реабілітація базується на корекції гормонального балансу та на інтравагінальному застосуванні препаратів, які містять гіалуронову кислоту.

Невіношування вагітності: актуальність

Проблему невіношування вагітності висвітлює у своєму виступі доктор медичних наук, професор **Сергій Савченко**, над темою якої співпрацював із **В. Камінським** та заступником директора Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, кандидатом медичних наук **Мирославою Шалько**. Зазначено, що однією з причин зниження показника народжуваності є невіношування вагітності — самовільне переривання вагітності у термін від зачаття до 37 тиж (за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я — ВООЗ). Згідно з вітчизняними протоколами, невіношування вагітності поділяють на:

- ранній спонтанний аборт — спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тиж + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тиж + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тиж + 6 днів (154–259 днів).

Згідно з даними літератури, частота невіношування вагітності у світі становить 15–20% загальної кількості всіх вагітностей, причому до 22 тиж — 15–35%, від 22 до 37 тиж — 4–12%. Дані щодо України (табл. 8).

Таблиця 8. Дані Центру медичної статистики МОЗ України

Рік	2016	2017	2018
Спонтанне переривання вагітності			
Абсолютне число	7188	6277	6019
На 100 вагітностей	1,89	1,80	1,90
Пізнi спонтанні аборти + передчасні пологи			
Абсолютне число	21 640	19 929	18 310
На 100 вагітностей	5,68	5,72	5,77
Пологи			
Абсолютне число	371 371	339 997	309 191
Передчасні пологи			
Абсолютне число	12 162	11 370	10 303
На 100 пологів	3,23	3,34	3,33

У своєму виступі С. Савченко зупинився на причинах невіношування вагітності до 22 тиж:

1. Генетичні фактори: до 70% становлять летальні хромосомні аномалії, що можна розглядати як інструмент природного відбору.

2. Анатомічні аномалії, але їх корекція у період вагітності найчастіше є технічно неможливою.

3. Порушення імунологічних процесів: доказова база ефективної терапії цих порушень (гістосумісність, антигени HLA) відсутня, у ряді випадків — неможлива.

4. Інфекційні захворювання: на сьогодні вже зібрані докази щодо їх впливу на перебіг вагітності та розвиток плода. Але проведення скринінгу на визначення інфекцій, які можуть бути пов'язані із внутрішньоутробним ураженням, не рекомендоване у зв'язку з відсутністю доказів ефективності специфічної терапії та її впливу на збереження вагітності. Згідно з вітчизняними протоколами, скринінг проводиться на визначення вірусу імунодефіциту людини, гепатиту В.

5. Порушення ендокринного статусу приводять до загрози як зачаття, так і перебігу вагітності. Ці порушення поділяють на дві групи: перша — гіперандрогенія, цукровий діабет, патологія щитоподібної залози, розлади секреції пролактину, друга — стани, що призводять до дефіциту прогестерону.

Сучасні підходи до терапії невіношування вагітності на фоні недостатності прогестерону

Існують докази щодо ефективності донації прогестерону для збереження вагітності у жінок із прогнозованою недостатністю лютеїнової фази. Прогестерон останнім зі статевих гормонів був виділений у 1939 р. в чистому вигляді. При дефіциті прогестерону, що може бути спричинено гіпофункцією жовтого тіла і плаценти, порушується імплантація заплідненої яйцеклітини, формування та функціонування трофобласта і плаценти. Тому в цьому разі виправдане призначення патогенетичної терапії, а саме жінкам груп ризику:

- звичне невіношування (≥2 викиднів в анамнезі);
- вагітність на фоні недостатності лютеїнової фази;
- вилікуване ендокринне безпліддя;
- індукована вагітність та допоміжні репродуктивні технології (екстракорпоральне запліднення);
- функціональне вкорочення довжини шийки матки при ультразвуковому скринінгу на 18–22-му тижні.

Застосування прогестерону при інших показаннях немає доказової ефективності. Рутинне призначення прогестерону не виправдане.

Дані результатів досліджень щодо позитивних ефектів прогестерону на перебіг вагітності охоплюють модуляцію повноцінної імплантації, блокаду імунних реакцій відторгнення трофобласта, токолітичний ефект. У 2015 р. FIGO на своєму офіційному ресурсі опублікували рекомендації щодо запобігання передчасним пологам:

1. Скринінг на хромосомні аномалії та неінвазивна перинатальна діагностика і тестування.

2. Периконцепційно — призначення фолієвої кислоти для профілактики дефектів нервової трубки.

3. Довжина шийки матки та вагінальний прогестерон для прогнозування та профілактики передчасних пологів. Визначення довжини шийки матки необхідно виконувати всім вагітним на 19–23-му 6/7 тиж гестації з використанням трансвагінального ультразвукового дослідження. Жінкам із короткою шийкою матки (≤25 мм) рекомендовано щоденне застосування вагінального мікронізованого прогестерону для профілактики передчасних пологів та



захворювань новонароджених. Мікронізований прогестерон необхідно призначати у капсулах (200 мг) або в гелі (90 мг) на ніч вагінально щоденно.

У 2015 р. фахівці NICE надали рекомендації щодо призначення лише вагінального прогестерону. Згідно з новим клінічним протоколом медичної допомоги «Передчасні пологи» (затверджено рішенням Загальних зборів членів ГО «Київське міське відділення Асоціації акушерів-гінекологів України», протокол № 21/12 від 21 грудня 2017 р.) також рекомендовано застосовувати натуральний прогестерон у профілактичній дозі вагінально для запобігання передчасним пологам, а в разі безсимптомного вкорочення шийки матки при одноплідній вагітності — призначати натуральний прогестерон у вагінальній формі в терапевтичній дозі. Проведено дослідження стосовно оральної та вагінальної форм прогестерону, де проаналізували 290 вагітних з ознаками загрози переривання вагітності від 9 тиж, у тому числі з істміко-цервікальною недостатністю, безсимптомним перебігом вкорочення шийки матки (≤ 25 мм), та загрози передчасних пологів у термін до 30 тиж вагітності. Учасниць розподілили на три групи: 100 вагітних приймали оральну форму прогестерону, інші 100 — вагінальну та 90 — спазмолітики, токолітики, седативні препарати й вітаміни. Результати свідчили про зменшення вираженості болювого синдрому та про пролонгування вагітності при застосуванні прогестерону порівняно зі спазмолітичною терапією.

Гіперпроліферативні патології матки: основні поняття

У рамках онкогінекології приділили увагу гіперпроліферативній патології матки. Цю тему у своєму виступі розкрили завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпровської медичної академії МОЗ України, доктор медичних наук, професор **Валентин Потапов** та доктор медичних наук, професор **Валентина Квашенко**. Свою доповідь вони розпочали з нагадування аудиторії медичних термінів. Проліферація — здатність організму підтримувати сталість клітинного пулу тканин шляхом клітинного поділу. В той час як гіперпроліферація — це надмірне накопичення клітинного пулу в різних органах.

На думку професорів, до гіперпроліферативних патологій матки відносять лейоміому (міому) та гіперплазію ендометрія. У цих станах визначається однаковий механізм клітинної проліферації шляхом мітозу. Лейоміому матки виявляють у 70–80% жінок віком старше 50 років, у 30% — у репродуктивний період. До симптомів лейоміоми матки відносять аномальні маткові кровотечі, анемію, болювий синдром, здавлювання суміжних органів, диспареунію; загалом все це негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінки: безпліддя, невиношування вагітності, плацентна дисфункція (дистрес і затримка росту плода, втрата плода), висока ймовірність оперативного розродження з видаленням матки. Міжнародні рекомендації щодо ведення пацієнток із лейоміомою матки свідчать як про оперативне лікування, так і про консервативну терапію.

Лейоміома матки: оперативне лікування

До оперативних методів, згідно з міжнародними рекомендаціями, відносяться:

1. Гістеректомія — найефективніший спосіб лікування за наявності симптоматичних міом матки, що супроводжуються тяжкими аномальними кровотечами, здавлюванням суміжних органів, стійким болювим синдромом та ростом вузлів після менопаузи.

2. Міомектомія є варіантом лікування для жінок, які бажають зберегти матку та фертильність.

У бік оперативного втручання міомектомії схиляє визначення у жінки безпліддя понад 1 рік, втрата плода в анамнезі, а також наявність у неї підслизових вузлів або вузлів, які деформують порожнину матки, або множинних вузлів.

Але про операційні ризики та неефективну репродукцію після оперативних втручань свідчать:

- масивний крововилив із ложа вузлів;
- післяопераційна кровотеча у ділянці швів на матці;
- гематоми, запальний процес;
- значна деформація матки при видаленні множинних великих вузлів;
- неспроможність швів на матці та поява значних дефектів стінки матки;
- спайковий процес після операції (перитонеальне безпліддя);
- рецидив міоми матки (у 50% випадків після 3–12 міс після операції).

Тому В. Потапов, маючи досвід оперування понад 1000 випадків, вважає: якщо є альтернатива операції, то краще відкласти оперативне втручання доти, поки інші методи будуть вичерпані.

Лейоміома матки: консервативна терапія

За словами В. Квашенко, ідеологія підходу до консервативного лікування пацієнток із лейоміомою матки охоплює ослаблення впливу естрогенів на механізм поділу клітин, та потрібно враховувати, що лейоміома матки є гормонзалежною патологією за рахунок яєчникової дисфункції з гормональним дисбалансом, тобто існує переважання рівня естрогенів над прогестероном.

Естрогени активують гени, які запускають мітоз — естрогензалежний сигнальний шлях проліферації. До причин естрогензалежної проліферації відноситься надлишок естрогенів у крові (гіперестрогенія), спотворений метаболізм естрогенів та надмірна експресія естрогенових рецепторів. Тому існують агоністи гонадотропін-рилізінг гормону, які блокують центральні механізми контролю синтезу естрогенів яєчниками: тимчасово створюється гіпоестрогеновий фон, а саме внаслідок обмеження утворення комплексів естроген-рецепторів та «спокій»-генів, які запускають мітоз.

Агоністи гонадотропін-рилізінг гормону ефективні у зниженні крововтрати і зменшенні вираженості болювого синдрому, а також у зменшенні об'єму міоми матки та здавлювальних симптомів. Але їх застосування обмежене до 6 міс у зв'язку із розвитком побічних ефек-

тів: негативний вплив на метаболізм кісткової тканини, що в подальшому призводить до розвитку остеопорозу, а також під час прийому цих препаратів жінок турбують симптоми медикаментозного клімаксу.

Щодо імуногістохімічного дослідження тканин вузлів міоми матки визначають індекс проліферації Ki-67, який свідчить про кількість клітин, що долучилися до необоротного мітозу. Цей показник дозволив з'ясувати, що після прийому агоністів гонадотропін-рилізінг гормону кількість мітозів у пухлині зменшилася на 70%. На сьогодні немає жодного препарату, який може зменшити кількість мітозів на 100%. Також ці препарати не знижують підвищеної експресії естрогенових рецепторів у вузлах міоми матки, тому в них зберігається висока потенція до росту та рецидиву пухлини після відміни препаратів і відновлення менструального циклу.

Терапія міоми матки селективними модуляторами прогестеронової рецепторів зменшує об'єм міоми матки, при цьому ефект зберігається протягом 3–6 міс після відміни препарату, але до переваги цих лікарських засобів відносять: відсутність медикаментозного клімаксу, можливість пролонгованого (6–12 міс) прийому та їх таблетовану форму.

Материнська смертність в Україні та світі

На одному з основних критеріїв, який характеризує рівень охорони здоров'я — показнику материнської смертності, акцентував увагу Л. Маркін. На жаль, тільки у 63% країн світу пологи відбуваються у присутності акушерів-гінекологів і тільки 35% країн аналізують випадки материнської смертності (табл. 9).

Таблиця 9. Показники материнської смертності в Україні та Європі (дані 2017 р.)

Країна	Показник
Україна	8,2
Республіка Польща	3
Республіка Білорусь	4
Чеська Республіка	4
Федеративна Республіка Німеччина	4,5
Королівство Іспанія	5
Російська Федерація	7,3
Французька Республіка	8

Структура причин материнської смертності у країнах з достатнім соціально-економічним розвитком:

- екстрагенітальні захворювання — 25%;
- кровотечі — 17%;
- прееклампсія, еклампсія — 16%;
- акушерська емболія — 14%;
- сепсис — 5%;
- розриви матки — 3%;
- інші причини — 20%.

Оратор вважає, що надзвичайно серйозною проблемою як в Україні, так і у світі є ескалація абдомінального розродження. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, частота кесаревого розтину не повинна перевищувати 15%. Доведено, що материнська смертність при кесаревому розтині у 7 разів вища порівняно з розродженням через природні пологові шляхи. Негативні наслідки кесаревого розтину охоплюють гістопатичний розвиток матки у період вагітності, септичні ускладнення (у 5–6 разів частіше, ніж після природних пологів), інтраопераційні ускладнення, кровотечі, видалення матки (у тому числі при імплантації плідного яйця в ділянці рубця на матці), утворення «аневризми матки», тромбоемболії (у 7–8 разів частіше, ніж при природних пологах). Тому Л. Маркін закликає акушерів-гінекологів за відсутності абсолютних показань до кесаревого розтину віддавати перевагу розродженню через природні пологові шляхи.

Менструальний цикл: що є нормою, а що патологією?

Свою доповідь кандидат медичних наук **Ольга Єфіменко** розпочала із запитання: чи існують норми щодо менструального циклу жінок? Отже, якщо говорити про порушення менструального циклу, фахівці FIGO розподіляють їх на:

- 1) порушення регулярності (нерегулярні маткові кровотечі, відсутність менструальних кровотеч);
- 2) нерегулярні кровотечі, не пов'язані з менструацією;
- 3) кількісні порушення (рясні або незначні менструальні кровотечі);
- 4) кровотечі в нерепродуктивний період;
- 5) порушення тривалості (тривалі чи короткочасні).

Як ми вже зазначали у цій публікації, згідно з рекомендаціями NICE та FIGO від 2018 р., вибір тактики ведення пацієнтки визначається не за результатом кількості крововтрати, а за її самопочуттям.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. на розлади менструального циклу вперше захворіли 116 182 жінки в репродуктивний період, або 11,02 на 1000 жінок в репродуктивний період та 17 833 дівчини (15–17 років), або 29,11 на 1000 дівчат. За період 2008–2013 рр. (наразі такої статистики немає) захворюваність на розлади менструальної функції у жінок в репродуктивний період підвищилася на 4,5% (у 2008 р. — 10,52 та у 2013 р. — 11,02 на 1000 жінок у репродуктивний період). Однак в Україні остаточних даних щодо показників порушень менструального циклу немає.

Загалом до основних факторів, взаємопов'язаних із порушеннями репродуктивної функції у жінок, відносять патологію щитоподібної залози, дисмікроелементоз, гіперестрогенний стан (недостатність лютеїнової фази), стрес, ожиріння, відстрочену вагітність, стиль життя. Патології, що впливають на менструальний цикл, та самі порушення менструального циклу у жінок розподіляють залежно від віку (табл. 10 і 11).

Таблиця 10. Патології, що впливають на менструальний цикл залежно від віку

У ранній репродуктивний вік	У пізній репродуктивний вік
Запальні захворювання органів малого таза	Гіпотиреоз
Стресорна гіперпролактинемія	Гіперпроліферативні процеси у матці
Гіперандрогенія, синдром полікістозу яєчників	Захворювання печінки
	Ожиріння
	Цукровий діабет

Таблиця 11. Порушення менструального циклу залежно від віку

У ранній репродуктивний вік	У пізній репродуктивний вік
Дисменорея	Циклічні порушення менструального циклу різного характеру
Передменструальний синдром	Аномальні маткові кровотечі
Оліго-/аменорея	
Аномальні кровотечі на фоні овуляторної дисфункції	

Нерегулярність циклу, більш рясні менструації, дисменорея та аменорея турбують близько 70% жінок протягом життя. Також О. Єфіменко навила дані щодо частоти порушень менструального циклу у жінок:

- передменструальний синдром — 20–30%, тяжкі прояви передменструального синдрому — 5–10%;
- епізодична дисменорея — 95%, тяжка — 5–15%;
- первинна аменорея — 45%;
- аномальні маткові кровотечі — 10–30% жінок репродуктивного віку, в пременопаузальний період частота підвищується до 50%.

Слід пам'ятати, що аномальними матковими кровотечами називаються кровотечі, надмірні за тривалістю (понад 8 днів), обсягом крововтрати (більше 80 мл), або частотою з інтервалом менше 24 днів. Первинна дисменорея — це патологічний синдром, який циклічно повторюється та характеризується болючістю у гіпогастральних відділах під час менструації за відсутності патологічних змін з боку статевих органів. Вона діагностується у підлітків у перші 6 міс від початку менструації та в ановуляторних пацієнток без аномалій розвитку статевих органів. При вторинній дисменорейі біль є наслідком будь-яких захворювань органів малого таза, та діагноз може бути встановлений тільки при появі симптомів на фоні попередніх та фізіологічних менструацій.

Лікування за наявності порушень менструального циклу у жінок складається із двох складових: гормональна та негормональна терапія. До гормональних методів відносять застосування гестагенів або КОК, що містять гестагени, чи аналоги гонадотропін-рилізінг гормону. Негормональне лікування охоплює фітотерапію, симптоматичну терапію (нестероїдні протизапальні препарати), нормалізацію фізичного навантаження, зниження стресу, дієтотерапію, вітамінотерапію.

Також на цьому щорічному Пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України приділили увагу розладам в ендокринній гінекології, веденню пацієнток гінекологічного профілю з екстрагенітальною патологією, можливостям оперативної гінекології, секретам репродуктивної медицини, питанням онкогінекології, інноваційним підходам у практиці лікаря акушера-гінеколога, невідкладним станам в акушерстві та гінекології, неонатології та перинатальним ускладненням, аспектам роботи гінекологів з пацієнтами дитячого та підліткового віку.

*Катерина Давіденко,
фото Сергія Бека*