Науково-практичний семінар «Актуальні питання збереження репродуктивного здоров'я жінок в Україні». Сторінками доповідей

16-го лютого у Львові та 17-го в Тернополі провідні акушери-гінекологи країни зустрілися під час науково-практичного семінару "Актуальні питання збереження репродуктивного здоров'я жінок в Україні". Це був перший захід із низки запланованих семінарів, які проводитимуться під патронатом Міністерства охорони здоров'я України і допомагатимуть практикуючим акушерам-гінеколгам країни обмінятися досвідом та отримати нові цінні знання. Наступну зустріч спеціалістів заплановано на 24-25 березня в Одесі та Сімферополі. А лютневе спілкування було зосереджено на проблемах ведення вагітності у жінок з високим ризиком материнської смертності, принципах ведення вагітності і пологів при екстрагенітальній патології, сучасних аспектах перинатології та невиношування, захворюваннях крові у вагітних, венозних ускладненнях під час вагітності, питаннях ендокринної гінекології, сучасних підходах у лікуванні запальних захворюваннях органів малого тазу та вагінальних інфекцій.

Рівень материнської та малюкової смертності є одним із основних показників репродуктивного здоров'я населення. Шляхам зниження материнської смертності в Україні і тактиці ведення вагітних груп високого ризику було присвячено перший виступ робочої частини семінару.

Доповідач – **доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, зав. кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний спеціаліст з акушерства та гінекології МОЗ України В.В. Камінський**. Він нагадав і про інші аспекти, які в світі вважають показниками стану репродуктивного здоров'я населення. Окрім рівня материнської та малюкової смертності, це також показники народжуваності, стан здоров'я вагітних та новонароджених, онкогінекологічна захворюваність, ступінь безпечності пологів, невиношування вагітності, безплідність та кількість абортів. У 2009 році індукований показник материнської смертності по Україні склав 25,4 на 100 тисяч народжених живими, редукований – 15,0. У 2008 році зареєстровано 76 випадків материнської смерті (14,7 на 100 тисяч народжених живими), у 2009 – 77 випадків, що становить 15,0 на 100 тисяч народжених живими (без урахування випадків, пов'язаних з грипом). Щодо структури причин смерті, у 2009 році на першому місці залишалася екстрагенітальна патологія (загалом 61,5%, з яких 66,3% – ускладнення грипу). У 12,3% випадків причиною материнської смерті стала кровотеча, сепсис спричинив смерть у 7,7% випадків. Емболія навколоплідними водами становила 6,9%, тромбоемболія легеневої артерії – 5,4%, прееклампсія та еклампсія – 3,8%, аборт – 3,1%, позаматкова вагітність спричинила смерть у 1,5% випадків, що становить 2 особи від загальної кількості випадків материнської смерті. Попередні дані за 2010 рік свідчать про те, що структура причин материнської смерті не зміниться, щоправда, меншим є показник смертності від ускладнень грипу (55,2% із 59,3% випадків смертей, спричинених екстрагенітальною патологією).

Значну частину доповіді автор присвятив втіленню положень основного програмного документу діяльності служби охорони материнства і дитинства. Це ухвалена у 2008 році міжгалузева Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року». Завершуючи виступ, доповідач зазначив, що смерть в період вагітності, пологів та післяпологовий період залежить не тільки від надання медичної допомоги, а також від соціально-економічного рівня країни, роботи суміжних міністерств та відомств.

Екстрагенітальній патології (ЕГП), яка є найпоширенішою причиною материнської смертності, був присвячений один із виступів **доктора медичних наук, професора, керівника відділення патології вагітних Інституту ПАГ НАМН України В.І. Медведя**. Його доповідь мала назву «Екстрагенітальна патологія: види, клінічна значущість, принципи ведення вагітності та пологів». До хронічних видів ЕГП, як зазначив автор, належить серцево-судинні хвороби, системні захворювання сполучної тканини, бронхолегеневі захворювання, захворювання травного тракту, хвороби печінки, нирок, нервової системи, хронічні захворюван-

ня крові, цукровий діабет та інші. Інфекційні хвороби, пневмонія, хірургічні хвороби та гемобластози належать до видів гострої ЕГП вагітних. Малозначущими або незначущими ЕГП вважають хвороби, синдроми та стани, які не впливають на показники материнської та перинатальної смертності, частоту ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду, на спосіб розродження, неонатальну захворюваність. Ведення таких вагітних здійснюється так само, як і ведення здорових вагітних (згідно з Наказами МОЗ України № 503, 620). Значуща ЕГП може спричинити материнську смертність, перинатальну смертність, ускладнення перебігу вагітності та пологів і може передбачати особливий спосіб розродження.

За даними, наведеними у доповіді, основними неакушерськими причинами материнської смертності у світі є синдром Ейзенменгера (40%), феохромоцитома (38%), первинна легенева гіпертензія (30%), аномалія Ебштейна (16%), інфекційний ендокардит (15%), тетрада Фалло (12%), хронічна ниркова недостатність (8,3%), цироз печінки (7,5%). Нозологічна структура екстрагенітальної патології, що спричинила материнські втрати в Україні у період з 2004 по 2008 рік, була такою: серцево-судинні хвороби (40,5%), інфекційна патологія (29,4%), новоутворення (19%) та інші причини (11%). Аналіз випадків материнської смерті від ЕГП свідчить, що в усіх випадках гострої ЕГП, тяжкого нестабільного стану вагітної лікувальні заходи слід спрямовувати на патологію, що загрожує життю. Екстрене переривання вагітності або розродження на фоні тяжкої декомпенсації/загострення ЕГП може обтяжити стан хворої, призвести до летального кінця. На запитання «Чому в Україні помирають матері?» в доповіді наведено кілька відповідей. По-перше, тому що жінки не усвідомлюють необхідності в отриманні допомоги, не приділяють належної уваги ознакам, які свідчать про наявність серйозних проблем. По-друге, тому що структури, які надають відповідну допомогу, відсутні або є недоступними (через віддаленість, високу вартість послуг чи соціально-культурні бар'єри). По-третє, тому що допомога, яка надається, є неадекватною чи фактично шкідливою (*ВООЗ, 2003*). І лише в останню чергу – тому що хвороба, яка загрожує життю жінки, є невиліковною.

Ще одна важлива проблема, якої торкнувся автор у своїй доповіді, – показання для переривання вагітності на пізньому терміні (13–22 тиж) за наявності у вагітної ЕГП. Воно не показане, якщо загрозлива для життя патологія курабельна під час вагітності (мітральний стеноз, констриктивний перикардит, стеноз легеневої артерії, повна АВ-блокада, тиреотоксикоз, багато інших захворювань), якщо збереження вагітності не перешкоджає проведенню необхідної терапії в повному обсязі, ризик переривання такий самий або вище, ніж продовження вагітності і пологи у фізіологічному терміні (тромбоцитопенічна пурпура, хвороба Віллебранда), або якщо переривання може спричинити суттєве загострення процесу і погіршити стан хворої (інфекційні хвороби, гнійно-запальні захворювання, туберкульоз, системні захворювання сполучної тканини в активній фазі).

Одне з основних питань у разі ЕГП під час вагітності – де, коли і за яких обставин рекомендувати жінці розродження. Якщо клінічна ситуація не змушує до іншого, слід завжди прагнути довести вагітність до фізіологічного терміну пологів, уникаючи індукції та чекаючи на спонтанний початок пологової діяльності. Дострокове розродження рекомендується в разі прееклампсії, прогресування серцевої недостатності після 36 тиж, цукрового діабету, ЗВУР тяжкого ступеня за артеріальної гіпертензії чи гломерулонефриту. При розродженні в оптимальний термін самостійні пологи відбуваються у 75% випадків, акушерські щипці застосовують не більше ніж у 10% випадків, кесарів розтин проводять приблизно у 15% випадків. Показаннями до кесаревого розтину згідно з наказом МОЗ України № 582 є артеріальна гіпертензія III стадії, «свіжі» крововиливи в сітківку при цукровому діабеті, коарктація аорти, аневризма аорти, іншої крупної артерії, артеріо-венозні мальформації, систолічна дисфункція лівого шлуночка (ФВ<40%), констриктивний перикардит, загроза пневмотораксу (бульозна емфізема, кісти легенів, «стільникові» легені, деструктивні процеси), легенева кровотеча < 4 тиж до пологів, портальна гіпертензія, спленомегалія, діафрагмальна грижа, геморагічний інсульт в анамнезі, гіпертензивно-ліквoрний синдром, травма поперeково-крижового відділу хребта. Крім того, за наявності ЕГП у породіллі здійснюють повноцінне знеболювання пологової діяльності і всіх медичних маніпуляцій.

Сучасним медико-соціальним аспектам перинатології та невиношування вагітності присвятила свою доповідь **доктор мед. наук, професор, зав. кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького В.І. Пирогова**. Як зазначено у його доповіді, у 2008 році в Україні народилося 501 678 дітей, з них недоношених – 2,9%. У 2009 році із 510 500 дітей недоношени-

ми також народилися 2,9%. Перинатальні втрати мали таку структуру: перинатальна смертність – 10,4%, рання неонатальна смертність – 4,1%, мертвонародженість -– 6,3%. Партнерські пологи пройшли у 51% та 59% випадків (2008 і 2009 роки відповідно), патологічні пологи – 41% та 36,8%, кесарів розтин був проведений у 15,8% та 16,2% випадків. До сучасних причин високого рівня невиношування вагітності в доповіді віднесено: інфікованість репродуктивної системи подружніх пар, нераціональну тактика лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, збільшення середнього віку перших пологів, низький рівень знань про контрацепцію і нераціональне використання сучасних методів, гіпердіагностика та використання широкого арсеналу лікарських препаратів. Сучасна тактика ведення жінок з високим ризиком невиношування полягає в ефективній контрацепції, передгравідарній підготовці подружньої пари, раціональному використанні діагностичних маніпуляцій, мінімізації вживання лікарських препаратів, медико-генетичному скринінгу за показаннями, консультації психолога та раціональній психокорекції. Серед поширених проблем репродуктивного здоров'я жінок, зазначених в доповіді, є вагінальний кандидоз у вагітних. У 75–80% випадків передача Candida відбувається від хворої на вагінальний кандидоз матері дитині. Частота випадків кандидозу серед доношених дітей за останні 20 років зросла з 1,9% до 15,6%, і на це також слід звертати увагу.

Окрему увагу в доповіді присвячено соціально-психологічним аспектам перинатології, до яких належать усвідомленість материнства і батьківства, стабільність сімейно-шлюбних або цивільних стосунків, достатній матеріальний рівень для народження і виховання дитини, наявність комфортних умов для самостійних або партнерських пологів, зміна психології лікарів: «пологи – це не бізнес, а усвідомлена допомога матері і її майбутній дитині». Необхідно пам'ятати, що найзначнішою подією, яка залишає глибокий слід у психіці людини, є сам процес її народження. Автор зазначає, що враження внутрішньоутробного розвитку і в процесі народження утворюють тло, на якому формується свідоме ставлення до світу. До духовних аспектів перинатології належить помилкове зведення особливостей перинатального періоду тільки до фізіології, що призвело до ігнорування психоемоційної сторони вагітності, пологів і взаємодії з новонародженим. Вагітність в останні роки вважається лікарями за майже патологічний процес, а жінка відчуває себе «практично хворою», що призводить до її своєрідної соціально-психологічної ізоляції. Народження людини перетворилося на народження пацієнта, який у чомусь вважається неповноцінним, недієздатним, і тому вимагає особливого догляду за окрему матеріальну винагороду з мінімальною допомогою держави. Духовна криза сучасної перинатології призвела до того, що 90% хвороб і психологічних проблем уходять корінням у перинатальний період. Одне з найважливіших завдань, що стоять перед державою, суспільством і медициною, – формування і розвиток перинатальної, або Батьківської, культури. Це допоможе виростити і виховати покоління духовно змістовне, яке ставиться до народження дитини як до природного і радісного процесу, що вимагає лише обгрунтованого медичного втручання.

«Захворювання крові та вагітність» – такою була тема доповіді **Ю.В. Давидової, завідуючої акушерським відділенням екстрагенітальної патології та постнатальної реабілітації ДУ "ІПАГ НАМН України"**. Як зазначає автор, за умови фізіологічних змін при нормальній вагітності відбувається дилюція еритроцитів з підвищенням об'єму крові та плазми, а відновлення нормального рівня відбувається протягом одного тижня після пологів за умови нормального депо заліза. Потенційні наслідки анемії середнього та тяжкого ступеня поділяють на материнські та наслідки для плода. Серед материнських – слабкість, втома, диспное, синкопальні стани, біль за грудиною; смертність (зокрема при Hb < 50 г/л). Наслідки для плода (зокрема Hb < 60 г/л) можуть варіюватися від порушення ментального розвитку – при низькому депо заліза до зниження маси тіла, передчасних пологів, перинатальної смертності, низького амніотичного індексу, спонтанного аборту, гіпертрофії плаценти. Причинами анемії під час вагітності при низькому MCV є дефіцит заліза і талассемія, при нормальному MCV – дефіцит заліза, хронічна патологія, серповидні клітини, гемоліз, кровотеча та інфекція, при високому MCV – дефіцит фолатів та дефіцит B_{12}. Для визначення анемії у преконцепційний період проводять оцінювання статусу харчування, розгорнутий аналіз крові, визначення наявності анемії та корекція анемії до зачаття. Серед рекомендованих додаткових досліджень – розгорнутий аналіз крові, визначення MCV, мазок крові, визначення ферритину, рівня фолатів та B_{12}, числа ретикулоцитів, стан системи згортання та скринінг гемоглобінопатій.

Залізодефіцитну анемію (ЗДА) вперше описав Lange у 1554 році, а у 1600 році для її лікування вперше було застосовано залізо. ЗДА визначають як клініко-гематологічний синдром, який характеризується порушенням синтезу гемоглобіну в результаті дефіциту заліза, що розвивається на тлі різних патологічних процесів та проявляється ознаками анемії та сидеропенії. Рекомендується виявляти анемію до вагітності з метою проведення ефективного лікування, визначити причину низького MCV, провести терапію препаратами заліза в разі доведеного дефіциту, а також визначити причини гемоглобінопатії.

Інше загрозливе захворювання крові – тромбоцитопенія під час вагітності. Ускладнену тромбоцитопенію виявляють у 10% вагітних. Ще одне серйозне захворювання крові, загрозливе під час вагітності – ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура. Вона спостерігається у 0,1% усіх вагітностей і становить 5% усіх тромбоцитопеній. Клінічно вона може проявитися в будь-який триместр вагітності як пренатальна тромобоцитопенія або кровотечі в анамнезі, і спричиняє ризик кровотечі у матері та плода, тож вимагає чіткої діагностики і ретельного контролю.

Друга доповідь **доктора медичних наук В.І. Медведя** отримала назву «Венозні ускладнення у вагітних з екстрагенітальною патологією». Згідно з даними, наведеними у доповіді, найпоширенішими венозними ускладненнями під час вагітності є варикозне розширення вен нижніх кінцівок, варикозне розширення вен статевих органів, тромбофлебіт поверхневих вен, тромбоз глибоких вен, геморой, тромбоз церебральних вен, акушерська емболія згортками крові. Поширеність венозних ускладнень в Україні у 2000–2008 роках становила 25,9–28,5:1000, тромбози і тромбоемболії (за світовими даними 90-х років XX ст.) – 3–12:1000. Насамперед серед чинників ризику венозних тромбозів і тромбоемболій названо екстрагенітальні захворювання. Це, зокрема, варикозна хвороба, тромбофлебіт, ожиріння (ІМТ>30), артеріальна гіпертензія, мітральний стеноз, фібриляція передсердь, серцева недостатність (застійна), цукровий діабет, нефротичний синдром, системні захворювання сполучної тканини, тромбофілії, поліцитемія. Друга група чинників – медичні втручання, зокрема, ліжковий режим (понад 4 доби), загальна анестезія, тривале оперативне втручання, нераціональна інфузійна терапія, медикаментозне лікування, що підвищує коагуляційний потенціал крові, антикоагулянтна терапія (рикошетні тромбози). До третьої групи чинників належить тютюнопаління, алкоголь (етанол > 100 мл/добу), надмірне споживання солі та жирів, недостатнє споживання калію та вітамінів, вік понад 40 років, генералізована інфекція. Вплив вагітності на перебіг варикозної хвороби характеризується зниженням венозного тонусу (прогестерон), гіперволемією (+35–50%), підвищенням гідростатичного тиску у венах нижніх кінцівок (у 2–3 рази), сповільненням швидкості венозного кровотоку у нижніх кінцівках, механічним затрудненням відтоку (підвищення внутрішньочеревного тиску, компресія маткою нижньої порожнистої вени), підвищенням капілярної проникності, фізіологічною гіперкоагуляцією. Чинниками розвитку варикозної хвороби у вагітних є спадкова схильність, наявність варикозу до вагітності, швидке збільшення маси тіла або надлишкова маса тіла, малорухливий спосіб життя, тривале перебування на сонці чи в теплі, гормональний фактор, механічний фактор: стиснення маткою вен черевної порожнини. Завданням медикаментозного лікування є усунення симптомів ХВН і попередження ускладнень, профілактика рецидиву захворювання (після операції) і, зрештою, підвищення якості життя. Серед медикаментозних засобів, які застосовують у таких випадках – флеботропні засоби (венотоніки), НПЗП, системна ензимотерапія, вазоактивні засоби і антиагреганти, місцева терапія (гепарин, кортикостероїди, венотоніки). Системні антикоагулянти, антибіотики не призначають.

Тромбоз глибоких вен за поширеністю становить 3 випадки на 1000 вагітностей. У післяпологовий період – це 12–15 на 1000 жінок. Тромбоемболія легеневої артерії становить 24% з летальністю 15%. Вплив вагітності на тромбоз глибоких вен проявляється в гіперестрогенемії, значному підвищенні вмісту фібриногену та фактора VIII, помірному підвищенні вмісту протромбіну, факторів XI та XIII, зменшенні фібринолітичної активності крові (наприкінці вагітності та у перший періоді пологів), надходженні тканинного тромбопластину в кров (після відділення плаценти). У доповіді було наведено докладні рекомендації щодо

профілактики ТЕЛА в акушерстві. За умови середнього ризику необхідно починати профілактику після операції або пологів. Якщо ризик високий чи дуже високий, профілактику слід починати до операції за відсутності протипоказань до застосування антикоагулянтів. Вторинною профілактикою ТЕЛА є імплантація кава-фільтру. Профілактика зменшує ризик ТЕЛА/ТЕГЛА у 4,95 разу, летальність у 15 разів.

Актуальним питанням ендокринної гінекології присвятила свій виступ **кандидат мед. наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології УДІР НМАПО ім. П.Л. Шупика, директор Центру науково-доказової медицини, головний репродуктолог ГУОЗ м. Києва О.М. Борис**. Як зазначено автором доповіді, до числа найбільш актуальних проблем ендокринної гінекології належать невиношування вагітності, порушення репродуктивної функції (ендометріоз, безпліддя, лейоміома матки, СПКЯ, ПМС, синдром передчасного виснаження яєчників, ДМК, ГЕ та інші), а також антивікова профілактика і терапія. У доповіді зазначено, як дефіцит прогестерону (співвідношення прогестерону та естрогенів) впливає на організм жінки, провокуючи загрозливий і звичний аборт (загроза переривання вагітності, передчасних пологів, невиношування вагітності), ендометріоз, лейоміому, гіперплазію ендометрію, безпліддя, дисменорею, ДМК. Найпоширенішою акушерською патологією є самовільний викидень. Його частота – 15–20% від усіх бажаних вагітностей. Серед причин такого явища – соціальні та медичні фактори. Про звичне невиношування вагітності йдеться, коли самовільне переривання вагітності відбувається двічі поспіль і частіше. У 2–5% жінок у популяції в структурі невиношування вагітності частота первинного викидня становиться від 5 до 20%. Нормальний процес імплантації та розвитку плода забезпечує прогестерон. У доповіді йдеться про напрямки терапії, скерованої на збереження вагітності. Вона включає гестагени, спазмолітики, гемостатичні препарати (при кров'янистих виділеннях). Питання про призначення інших груп препаратів (антибіотиків, імуноглобулінів, низькомолекулярних гепаринів) вирішується в конкретній клінічній ситуації залежно від прийнятої в лікувальному закладі лікувальної тактики. У I триместрі в разі загрози самовільного викидня необхідними ефектами прогестерону є гестагенний, імуномодулювальний, токолітичний. У II триместрі вагітності – токолітичний та імуномодулювальний. За умови звичного невиношування вагітності у передгравідарній підготовці важливий гестагенний ефект прогестерону, у I триместрі вагітності – гестагенний, імуномодулювальний, токолітичний, у II триместрі – токолітичний та імуномодулювальний. Анксіолітичний та нейропротекторний ефекти необхідні протягом усієї вагітності. Гестагенний ефект забезпечує секреторну трансформацію ендометрію, успішну імплантацію ембріона, повноцінну функціональну активність трофобласта і процес формування плаценти, ріст, розвиток, васкуляризацію ендометрію. Усе це є основою правильного перебігу процесу плацентації і, як наслідок, усієї вагітності. У доповіді, зокрема, було наведено гестагенний ефект різних груп препаратів прогестерону.

Частину доповіді було присвячено впливу дефіциту естрогенів на організм жінки. Серед можливих наслідків впливу – оліго- та аменорея (гіпогонодарний гіпогонадизм, дисгенезія гонад тощо), СПВЯ (синдром передчасного виснаження яєчників), СРЯ (синдром резистентних яєчників), менопауза (рання, хірургічна, індукована, природна). Згідно зі статистичними даними, наведеними під час виступу, вік менопаузи становить на пострадянському просторі

49±0,5 (проти 51,4 в Європі). Передчасна менопауза (до 40 років) виникає у 1,05% жінок. Ранню менопаузу (40–44 роки) встановлюють у 17,93% жінок. Період постменопаузи триває 30–35 років. Це третина життя майже половини жінок планети. Нині в Україні близько 9 млн жінок перебувають у клімактеричному віці. Тож питання збереження їхнього здоров'я є дуже важливим. У доповіді наведено докладні рекомендації щодо фізичних навантажень та харчування і подано сучасну концепцію гормонотерапії менопаузальних розладів. На тлі гормонотерапії необхідно проводити скринінг, що передбачає оцінку онкологічного ризику та судинних ризиків. Моніторинг проводять через 3 міс після початку гормонотерапії, потім кожні 6 міс. Автор наводить нові підходи до протипоказань для призначення гормонотерапії в менопаузі. Окрему частину доповіді присвячено небезпечному захворюванню – остеопорозу. За даними, наведеними під час доповіді, в Україні на остеопороз хворіють 4 млн осіб. Йшлося також про денситометрію – метод вимірювання мінеральної щільності кісток, за даними якої встановлюють діагноз остеопорозу і призначають сучасні препарати, які застосовують для лікування та профілактики остеопорозу.

Доповідь ще однієї учасниці науково-практичного семінару «Актуальні питання збереження репродуктивного здоров'я жінок в Україні» мала назву «Запальні захворювання органів малого таза». Її підготувала **доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, зав. відділення реабілітації репродуктивної функції жінки Інституту ПАГ НАМН України А.Г. Корнацька**. Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) посідають одне з провідних місць у структурі гінекологічних захворювань і складають 60–65%. 20–30% жінок із цією патологією потребують стаціонарного лікування. До ЗЗОМТ належить весь спектр запальних процесів в ділянці верхніх відділів репродуктивного тракту у жінок: ендометрію та міометрію, маткових труб, яєчників, тазової очеревини, тазової клітковини. Факторами ризику розвитку ЗЗОМТ є сексуальна активність у жінок репродуктивного віку до 25 років, велика кількість статевих партнерів, незаміжній статус, рутинне спринцювання, раніше перенесені ЗЗОМТ, використання внутрішньоматкової спіралі ВМС. В умовах сьогодення доведено полімікробну етіологію ЗЗОМТ, із переважанням інфекцій, що передаються статевим шляхом. Основними збудниками є N. gonorrhoeae (25–50%), C. trachomatis (25–30%), асоціації аеробних та анаеробних мікроорганізмів, що є частиною вагінальної мікрофлори (25–60%), Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., G.vaginalis, Streptococcus spp., Staphylococcus spp., E. coli та інші. Деякі експерти вважіють, що збудниками ЗЗОМТ можуть бути M.hominis и U.urealyticum, проте іноді ці мікроорганізми, скоріше коменсали, ніж патогени. У доповіді було наведено варіанти дисбіозу піхви: адаптаційний, неспецифічний вагініт та бактеріальний вагіноз. Окремо розглянуто такі інфекції, як хламідіоз, трихомоніаз, кандидоз, герпетична інфекція. Зазначено симптоматику ЗЗОМТ, наведено етапи комплексної протизапальної терапії. У доповіді також йшлося про переваги локальної терапії вагінальних інфекцій. Вона забезпечує високу концентрацію лікарського засобу у вогнищі інфекції, має високу ефективність застосування низьких доз антимікробного препарату. При цьому включається системний вплив на здорові тканини. Серед переваг – простота та зручність застосування.

Доктор мед. наук, професор, зав. кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького В.І. Пирогова представила на семінарі доповідь на тему «Патогенетичні підходи до лікування вагінальних інфекцій». Серед особливостей перебігу вагінальних інфекцій на сучасному етапі автор зазначив хронічний, персистивний, рецидивний характер захворювань у 40–70% пацієнтів, відсутність суттєвих успіхів у лікуванні гінекологічних інфекцій, що пов'язано із поширенням самолікування, безконтрольним застосуванням антибіотиків та розвитком медикаментозної стійкості до більшості антибактеріальних препаратів. Під час виступу було наведено інформацію про захисні механізми слизової оболонки піхви та нормальний склад вагінальної флори жінок репродуктивного віку, подано умовну норму мікрофлори піхви під час вагітності, після пологів та в пізній репродуктивний період, пери- і постменопаузі. Автор доповіді навів можливі варіанти помилок при діагностиці вагінальних інфекцій. Важливість теми підтверджується серйозністю наслідків запальних захворювань репродуктивної системи. Це порушення менструального циклу, зниження фертильності та безпліддя, ендометріоз, гіперпластичні процеси, передпухлинні захворювання, невиношування вагітності (32–68%), анте- та інтернатальне інфікування плода (9–32%), спонтанні аборти (6–30%), передчасні пологи (8–25%), гестоз (23–72%), пієлонефрит вагітних (7–30%). Принципи лікування дисбактеріозу піхви, згідно з матеріалами, наведеними автором, полягають в елімінації або пригніченні патологічної бактеріальної флори, системній антибактеріальній терапії (за необхідності), санації піхви місцевими антисептиками (за умови клінічних проявів), заселенні піхви нормальною мікрофлорою, нормалізації функції яєчників, відновленні місцевого імунітету слизової оболонки піхви, нормалізації мікрофлори кишечнику. Проблема в тому, що 27–30% жінок в Україні мають полірезистентність до 2 або більшої кількості антибактеріальних препаратів. Особливий підхід має бути при лікуванні вагінальних інфекцій під час вагітності, зокрема при застосуванні антисептиків у вагітних.