

Актуальные вопросы практической гинекологии

6 октября 2010 года в городе Ялта был проведен Пленум акушеров-гинекологов Украины. В ходе этого мероприятия были представлены современные возможности лечения бесплодия, новые методики проведения хирургических вмешательств, рассматривались проблемы отказа от заместительной гормональной терапии, в частности при наличии сопутствующей патологии.



Именно этой проблеме был посвящен доклад заведующей кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО ЛНМУ им. Данила Галицкого, доктора медицинских наук, профессора Веры Ивановны ПИРОГОВОЙ:



Климактерический синдром развивается у 40–60% женщин. Время его возникновения отличается. Так, у 37% женщин он появляется в период пременопаузы, у 40% – совпадает с менопаузой, у 21% – развивается через 1 – 1,5 года после менопаузы, у 2% через 2–5 лет после менопаузы. В случае проведения хирургического вмешательства этот синдром развивается у 60% женщин.

Хирургическая менопауза может возникнуть при проведении овариэктомии без гистерэктомии, гистерэктомии с овариэктомией или экстирпации матки с придатками, гистерэктомии с сохранением одного или части яичника после его резекции.

На сегодня гистерэктомия составляет от 40 до 60% всех гинекологических хирургических вмешательств в перименопаузальный период, при этом в 50% случаев одновременно проводится овариэктомия.

Преждевременная менопауза повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринной патологии вследствие возникновения менопаузального метаболического синдрома.

К факторам риска развития этого синдрома относятся: отягощенный семейный анамнез, гестационные осложне-

ния, сопутствующая соматическая патология, менструальная дисфункция, артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия натощак, ожирение.

Наиболее грозными осложнениями метаболического синдрома считают инфаркт миокарда и инсульт, которые являются причиной инвалидности и смерти женщин трудоспособного возраста.

Согласно современным руководствам признаками метаболического синдрома являются: абдоминальный тип ожирения (объем талии более 80 см), артериальная

гипертензия (артериальное давление выше 130/85 мм рт.ст), повышение уровня триглицеридов (более 1,7 ммоль/л), снижение уровня липопротеидов высокой плотности (менее 1,1 ммоль/л), гипергликемия натощак (уровень глюкозы более 5,6 ммоль/л) или нарушение толерантности к глюкозе (уровень глюкозы от 7,8 до 11,1 ммоль/л).

Результаты исследования свидетельствуют, что в пременопаузальный период у 60% женщин с доброкачественными опухолями органов малого таза наблюдаются метаболические нарушения.

Назначение заместительной гормо-



нальной терапии позволяет в какой-то мере замедлить прогрессирование метаболических нарушений и отсрочить развитие сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний.

В то же время для проведения гормональной терапии имеется ряд абсолютных (злокачественные образования матки, кровотечения неясного происхождения, острые заболевания печени и почек, хронические заболевания печени и почек с функциональной недостаточностью, острая фаза или менее года после тромбоза, беременность, рак грудной железы, порфирия) или относительных (гормонзависимые злокачественные образования в анамнезе, заболевания печени в анамнезе, рак матки в анамнезе, эпилепсия, мигрень) противопоказаний.

Кроме того, отказ женщин от проведения заместительной гормональной терапии значительно усугубляет ситуацию. Позиция пациенток к проведению гормональной терапии в климактерическом периоде объясняется боязнью возникновения злокачественных опухолей, страхом увеличения массы тела или возникновения побочных эффектов.

Выходом из сложившейся ситуации является применение негормональной терапии, в основе которой лежит использование комплексных препаратов природного происхождения, содержащие фитостероиды.

Наиболее ярким представителем этой группы средств является комплексный препарат Климактоплан Н, который содержит в своем составе цимицифугу, сепию, игнацию, сангвинарию. Составные части препарата обладают разными принципами действия, однако обеспечивают синергический эффект в лечении вегетативных и психоэмоциональных расстройств при климаксе.

Actea racemosa (цимицифуга) является фитоселективным эстроген-рецептор-модулятором (фито-СЭРМ), оказывает эстрогеноподобное действие, избирательно снижает концентрацию ЛГ в крови. Эффективно устраняет вегето-сосудистые нарушения, которые возникают во время климактерического периода (приливы жара, потливость, эмоциональная лабильность), а также является средством профилактики сердечно-сосудистой патологии.

Sepia officinalis (сепия) нормализует функцию гипоталамо-гипофизарной системы, устраняет повышенную потливость и головную боль, снимает депрессию, раздражительность и апатию.

Strychnos ignatii (игнация) также устраняет депрессивные расстройства, раздражительность, циклические колебания настроения, ощущение неуверенности. *Sanguinaria canadensis* (сангвинария) нормализует тонус сосудов, устраняет мигрень, приливы жара, сердцебиение.

В 1999 - 2002 гг И. Герхардом было проведено открытое мультицентровое клиническое исследование эффективности препарата Климактоплан Н по стандарту GCP среди женщин с климактерическим синдромом (n = 1250). Улучшение и устранение симптомов было достигнуто у 82,3% пациенток. В ходе исследования было отмечено улучшение показателей углеводного и липидного обмена, увеличение концентрации эстрогена и снижение уровня фолликулостимулирующего гормона.

Таким образом, резкое снижение уровня эстрогенов после хирургического выключения функции яичников усугубляет или провоцирует развитие менопаузального метаболического синдрома. Использование Климактоплана Н при наличии противопоказаний или отказа пациента от заместительной гормональной терапии позволяет не только эффективно купировать вегето-сосудистые и психоэмоциональные нарушения, но и предупреждать развитие метаболического синдрома.

В своем докладе доктор медицинских наук, профессор Анатолий Яковлевич СЕНЧУК (Киевский медицинский университет Украинской ассоциации народной медицины) осветил принципы и методы ранней реабилитации пациентов после проведения хирургических вмешательств.



Развитие послеоперационных осложнений является актуальной проблемой во всех отраслях хирургии. Как известно, частота послеоперационных осложнений пропорциональна объему хирургических вмешательств и варьирует в широком диапазоне: от 1,5–6% при эндоскопических оперативных вмешательствах до 20–40% при полостных. Согласно данным литературы, частота послеоперационных осложнений после плановых оперативных вмешательств в 3–5 раз ниже, чем после экстренных оперативных вмешательств.

Термин «послеоперационные осложнения» подразумевает вновь возникшие патологические состояния, не являющиеся продолжением основного заболевания и не характерные для нормального течения послеоперационного периода.

Резкое возрастание частоты развития послеоперационных осложнений обусловлено широким и нерациональным использованием антибиотиков, внутривенным инфузионным и организационными неполадками.

К факторам риска возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений относятся: снижение местного и общего иммунитета, резистентность микрофлоры к антибиотикам, нозокомиальные инфекции, нерациональное периоперационное использование антибиотиков, интраоперационная травма, высокая степень контаминации раны вирулентной микрофлорой.

Появление послеоперационных осложнений можно подозревать при наличии следующих признаков: ухудшение самочувствия, беспокойство, бледность кожных покровов, ощущение тревоги, повышение температуры тела через 3–4 дня после операции, озноб, уменьшение диуреза, патологические симптомы со стороны пищеварительного тракта.

Возникновение одного или нескольких признаков гнойно-септических осложнений является основанием для проведения дополнительных диагностических тестов. Пассивное выжидание и наблюдение в таких ситуациях является грубейшей тактической ошибкой.

Обследование пациентки должно включать в себя сбор жалоб, общий осмотр, оценку функционального состояния органов и систем, специальное гинекологическое исследование, тщательную ревизию послеоперационной раны. В дальнейшем проведение лабораторных исследований, ультразвукового, рентгенологического исследования, пункции брюшной полости, компьютерной томографии.

При подозрении на развитие послеоперационных осложнений необходима консультация смежных специалистов (хирурга, уролога, инфекциониста).

В послеоперационный период существует вероятность развития двух основных типов инфекционных осложне-

ний: раневой инфекции, обусловленной стрептококковой или стафилококковой инфекции; инфекции в тканях, которые непосредственно связаны с зоной оперативного вмешательства.

Основной спектр микроорганизмов, которые вызывают развитие воспалительных заболеваний половых органов, представлен ассоциациями возбудителей, преимущественно передающихся половым путем (трихомонады, хламидии, гонококки), и вирусами.

Частота определения ассоциаций, в состав которых входят 3 и более возбудителей, достигает 20–48%.

Основные принципы профилактики гнойно-септических заболеваний после оперативных вмешательств включают в себя тщательное соблюдение правил асептики и антисептики, назначение с профилактической целью антибактериальных средств, санация очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции, совершенствование техники оперативных вмешательств, использование современных шовных материалов и проведение адекватной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационный период.

Все эти мероприятия, безусловно, позволяют снизить частоту возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений, но она все же остается достаточно высокой.

Несмотря на проводимые меры, контаминация вирусной флорой операционной раны при лапаротомии происходит в 80–90% случаев. Подобная ситуация привела к идее применения антибиотиков до и во время оперативного вмешательства.

Основными целями антибиотикопрофилактики являются профилактика развития послеоперационных инфекционных осложнений, снижение затрат на антибиотикотерапию, уменьшение усилий по уходу за пациентами, исключение дополнительных хирургических вмешательств, сокращение сроков госпитализации.

Антибиотикопрофилактику проводят цефалоспорины I и II поколения, ингибиторзащищенными аминопеницилинами, метронидазолом. Следует учитывать, что в профилактических целях нельзя использовать антибиотики с бактериостатическим действием (тетрациклины, сульфаниламиды) и антибиотики резерва.

Усилить проникновение антибиотиков в очаг воспаления и активизировать резорбцию возможно благодаря использованию ферментного препарата Дистрепаза, действующими веществами которого являются стрептокиназа и стрептодорназа.

Как известно, причиной неэффективности антибактериальной терапии является массивный микротромбоз в сосудах и капиллярах вокруг очага воспаления, который снижает проникновение лекарственных препаратов и собственных клеток крови (лимфоцитов, макрофагов, фагоцитов) в очаг воспаления. Это приводит к снижению эффективности лечения и хронизации воспаления, развитию спаечного процесса и повышает риск возникновения рецидивов.

Сочетание ферментативных препаратов стрептокиназы и стрептодорназы позволяет растворять сгустки крови, мертвые клетки, густые массы гноя, не влияя на жизнеспособные клетки и их функцию, предотвращает образование спаек, улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления, устраняет отеки и снижает болевой синдром, облегчает доступ и повышает концентрацию антибиотиков и химиотерапевтических препаратов в очаге воспаления.

При использовании Дистрепазы в комплексной терапии воспаления в послеоперационный период достигается купирование болевого синдрома, дизурических явлений,

уменьшение выраженности симптомов воспаления, повышение эффективности лечения до 98%, сокращение стационарного лечения на 5 сут, сокращение развития бесплодия и рецидива заболевания.

Согласно рекомендациям препарат Дистрепаза при острых и обострении хронических воспалительных процессов назначают в течение первых трех дней лечения по 1 суппозиторию 3 раза в сутки, в последующие 3 дня – по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, затем 3 дня – 1 суппозиторий 1 раз в сутки.

После оперативных вмешательств в первые три дня – по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, затем в течение 4 дней – 1 суппозиторий 1 раз в сутки. Аборт и диагностическое выскабливание предполагают назначение Дистрепазы в дозе по 1 суппозиторию 2 раза в день на протяжении 3 дней.

Таким образом, применение комплексного метода противовоспалительной терапии в послеоперационный период с использованием антитромботического препарата Дистрепаза совместно с антибиотикопрофилактикой является высокоэффективным патогенетически обоснованным методом.

Об особенностях лечения предменструального синдрома рассказал доктор медицинских наук Е.Н. НОСЕНКО (Научно-исследовательский институт медицинских проблем семьи, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького).



Предменструальный синдром (ПМС) – это сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нервно-психическими, вегетососудистыми и эндокринными нарушениями.

Распространенность ПМС колеблется от 25 до 95% среди менструирующих женщин в популяции. До 30 лет ПМС отмечается у 20% женщин, после 30 лет – практически у каждой второй женщины. Более 35% женщин прибегают к приему

лекарственных средств для облегчения своего состояния или обращаются за помощью к врачам.

Характерными проявлениями предменструального синдрома являются: раздражительность, депрессия, плаксивость, агрессивность, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боль в области сердца, тахикардия, изменение артериального давления, нагрубание грудных желез, мастодиния, отеки, метеоризм, зуд, снижение памяти, зрения, жажда, одышка, повышение температуры тела.

Наиболее тяжелой формой ПМС является предменструальное дисфорическое расстройство, основными симптомами которого являются заметно подавленное настроение, беспокойство, аффективное состояние и снижение интереса к деятельности. Эти проявления возникают в течение последней недели лютиновой фазы и персистируют в течение нескольких дней после начала менструаций (до 7 дней).

Основными причинами развития ПМС являются генетическая предрасположенность, хронический стресс, психосоматические заболевания, изменение продукции медиаторов в центральной нервной системе, гормональные расстройства, недостаток витаминов группы А и В, низкий уровень глюкозы

в крови. Особую роль в развитии ПМС играет курение в подростковом и молодом возрасте.

В последние годы ПМС рассматривается как дезадаптивный гипоталамический синдром. Основная роль в его патогенезе принадлежит нарушению обмена нейропептидов (дофамин, норадреналин, серотонин) в центральной нервной системе и связанных с ними нейроэндокринных процессов.

Известно, что серотонин и дофамин регулируют секрецию пролактина. Повышение концентрации этого гормона в крови нарушает формирование адаптационных и стрессовых ответов, нарушает синтез и обмен нейротрансмиттеров, снижает гуморальный и клеточный иммунитет, либидо, нарушает осморегуляцию, усиливает влияние альдостерона и вазопрессина, нарушает обмен инсулина, режим сна.

Подобные изменения приводят к нарушениям менструального цикла в виде гипогонадотропной аменореи, олигоаменореи, недостаточности лютеиновой фазы, а также к развитию ПМС, мастодинии, доброкачественных дисгормональных заболеваний грудной железы, галактореи, бесплодия, дисцефального пубертатного синдрома.

Основным принципом лечения гиперпролактинемии является подавление секреции пролактина. Подобное действие достигается при назначении гормональной и негормональной терапии. В связи с тем что большинство пациенток настаивают на назначении негормональных препаратов, широкую популярность приобрели комплексные препараты, содержащие природные компоненты.

С позиции клинической эффективности особого внимания заслуживают препараты, в составе которых содержится *Agnus castus*. Это средство обеспечивает селективное рецептормодулирующее действие, снижает уровень пролактина и принимает участие в регуляторном цикле гипоталамус – гипофиз – яичники, нормализует гормональное равновесие, уменьшает нагрубание грудных желез при ПМС, устраняет нарушения менструального цикла.

Ярким представителем данной группы препаратов является Дисменорм. Этот комплексный гомеопатический препарат позволяет достичь снижение уровня пролактина и оказать воздействие на иные механизмы формирования дисфорического расстройства поздней лютеиновой фазы. В состав этого лекар-

ственного средства входят *Agnus castus*, *Pulsatilla*, *Rosmarinus officinalis* и *Apis mellifica*.

Дисменорм устраняет неприятные проявления, сопровождающие менструации (головокружение, головная боль, спастическая боль в нижней части живота), нормализует ритм, силу и продолжительность менструальных кровотечений и устраняет проявления предменструального синдрома. Этот препарат применяют для профилактики проявлений предменструального синдрома. Его назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки (или по 2 таблетки 2 раза в сутки) за 30 мин до или через 30 мин после приема пищи в течение не менее 3 циклов.

На базе нашей клиники было проведено исследование эффективности Дисменорма в лечении предменструального синдрома. В клиническом наблюдении принимали участие 150 женщин с явлениями ПМС в возрасте от 16 до 35 лет в течение 3 менструальных циклов. Пациенткам основной группы (n=75) в комплекс лечения ПМС был включен препарат Дисменорм по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 мес. Группу сравнения составили 75 пациенток, которым проводили стандартную терапию без включения Дисменорма. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин без симптомов ПМС.

Результаты исследования свидетельствуют, что включение Дисменорма в схему комплексного лечения ПМС на протяжении 3 мес приводит к достоверному сокращению средней длительности проявлений симптомов ПМС в цикле в 3,45 раза, снижению средней частоты персистенции симптомов в 2,08 раза, снижению уровня пролактина в 1,31 раза и повышению уровня прогестерона на 21-й день менструального цикла в 1,9 раза.

Природное происхождение всех компонентов препарата позволяет избежать развития побочных эффектов и аллергических реакций.

Доказанная эффективность и безопасность препарата Дисменорм позволяет рекомендовать его к широкому применению в клинической практике для лечения и профилактики ПМС как препарат первой линии перед назначением гормональных препаратов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также у пациенток с непереносимостью гормональных препаратов.

Подготовил Глеб Лазаренко