

ПОСТ-РЕЛИЗ

# I Международного Конгресса «Репродуктивное здоровье: мультидисциплинарный подход в непрерывном профессиональном развитии врачей»

## Часть 2

В докладе д-ра мед. наук, профессора, главного внештатного специалиста МЗ Украины по детской иммунологии Л.И. Чернышевой «Предупреждение рака шейки матки – здоровое будущее девушек и женщин» акцент был сделан на принципиальных вопросах профилактики рака шейки матки, а именно – профилактики заражения вирусом папилломы человека (ВПЧ). Докладчик остановилась на особенностях зарегистрированных в Украине вакцин против папилломавируса человека (Гардасил и Церварикс), их иммуногенности. Профессор Л.И. Чернышева особо подчеркнула, что обе вакцины содержат поверхностные антигены, которые не несут в себе генетического материала ВПЧ, в связи с чем инфицирование такими вакцинами невозможно, однако они обеспечивают длительный и стойкий иммунный ответ. К примеру, Церварикс обеспечивает стойкий иммунный ответ по отношению к ВПЧ 16-го и 18-го типов до 9,4 года, более выраженный, чем при природном инфицировании.

Докладчик остановилась на рекомендациях ВОЗ (октябрь, 2014 г.), согласно которым рутинная вакцинация против ВПЧ рекомендуется для включения в национальные программы иммунизации для целевой популяции девушек от 9/10 до 13 лет – до начала половой жизни. Она представила стратегии этой программы в различных странах мира и в Украине, где вакцинация против папилломавирусной инфекции отнесена к рекомендованным прививкам согласно Приказу МЗ Украины от 11.08.2014 г. № 551 «О совершенствовании проведения профилактических прививок в Украине». Осветила докладчик и региональные программы первичной профилактики рака шейки матки в Украине, отметив в заключение, что акушеры-гинекологи должны усилить просветительскую работу для оптимизации усилий по профилактике рака шейки матки путем создания приверженности к вакцинации против ВПЧ у девочек рекомендованного ВОЗ возраста.

Д-р мед. наук, профессор В.И. Медведь представил несколько докладов, посвященных проблемам экстрагенитальной патологии в клинической практике акушеров-гинекологов и репродуктологов. В докладе «Вспомогательные репродуктивные технологии и экстрагенитальные заболевания: ограничения и препятствия – мнимые, истинные, преодолимые» докладчик остановился на ряде аспектов двух важных вопросов: *«При каких экстрагенитальных заболеваниях нельзя проводить экстракорпоральное оплодотворение? Если беременность при экстрагенитальном заболевании наступает естественным путем, то женщина имеет право распорядиться судьбой этой беременности; а имеем ли мы право отказывать женщине в помощи, если при таком же диагнозе беременность не наступает?»*



На сегодня в мировой практике ряд экстрагенитальных заболеваний рассматривается как препятствие к материнству, в частности, заболевания сердечно-сосудистой системы IV категории материнского риска, феохромоцитомы, злокачественная или резистентная артериальная гипертензия, IV стадия ВИЧ-инфекции, хроническая болезнь почек V стадии, декомпенсированные диффузные заболевания печени, гормонально зависимые злокачественные опухоли, хотя исчерпывающего списка не существует.

В профессиональной литературе описано достаточно примеров вынашивания беременности и рождения детей женщинами с указанной выше патологией, но в то же время методов точной оценки индивидуального риска предстоящей беременности при различных экстрагенитальных заболеваниях не существует. Беременность и роды при вышеуказанных болезнях, вероятно, ухудшают долговременный прогноз течения и исхода болезни, сокращают продолжительность предстоящей жизни, однако строгих научных исследований с адекватным контролем нет. В Украине данный вопрос регламентирован Приказом МЗ и НАМН Украины № 1030/102 от 29.11.2013 г. «О совершенствовании системы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья в Украине». Всего среди противопоказаний к вынашиванию беременности в Украине насчитывается 60 позиций, связанных с соматической патологией, и 14 – с психическими нарушениями, однако, по мнению докладчика, список излишне расширен, не соответствует современному состоянию медицины и нуждается в пересмотре. Вопрос о допустимости проведения оплодотворения in vitro в случаях тяжелой, сложной экстрагенитальной патологии должен решать мультидисциплинарный консилиум с участием репродуктолога, акушера-гинеколога, терапевта и профильного специалиста. Однако докладчик акцентировал внимание на том, что независимо от решения консилиума пациентка должна быть подробно проинформирована о потенциальных рисках беременности и родов для ее здоровья. По мнению автора, главное, из чего нужно исходить – это предположение, что, вполне возможно, успешная беременность отнимет у больной женщины годы жизни, но она точно прибавит жизни годам.

Докладчик также озвучил основные, по его мнению, пути преодоления препятствий и ограничений для вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при экстрагенитальных заболеваниях:

- совершенствование законодательной и нормативной базы проведения ВРТ;
- своевременное обновление нормативной базы в соответствии с достижениями медицинской науки;
- диагностика и лечение тяжелой и сложной экстрагенитальной патологии до проведения ВРТ;
- определение индивидуальных противопоказаний к проведению ВРТ мультидисциплинарным профессиональным консилиумом;
- максимально возможное уменьшение гормональной медикаментозной нагрузки на всех этапах проведения ВРТ и ранних сроках беременности.

**В докладе «Инфекции мочевых путей у беременных: что нового?»** Владимир Исаакович Медведь привлек внимание слушателей к новым данным относительно инфекций мочевых путей (ИМП N39.0), то есть наличия бактерий в моче (бактериурия) в сочетании с воспалительной реакцией мочевых путей макроорганизма, микробно-воспалительных заболеваний органов мочевого тракта без уточнения топического уровня поражения.

Докладчик отметил, что клиническое значение ИМП у беременных трудно переоценить, поскольку известно, что при ИМП риск преждевременных родов возрастает в 2 раза, а риск рождения детей с низкой массой тела – в 1,5 раза.

Профессор В.И. Медведь остановился на материалах обновленных отдельных глав Руководства по урологическим инфекциям 2017 года Европейской Ассоциации Урологов, основанных на результатах систематических обзоров по вопросам, приоритетным для Руководящей группы, в частности, о наиболее эффективном лечении взрослых с бессимптомной бактериурией?

Так, согласно данным клинических исследований, бессимптомная бактериурия (ББ) может защищать от суперинфекции и симптомной ИМП, поэтому лечение ББ следует проводить только в случаях доказанной пользы для пациента, чтобы избежать риска развития резистентности к антимикробным препаратам. Терапия не назначается небеременным женщинам, людям, страдающим сахарным диабетом, пациентам домов престарелых, пациентам с повреждением спинного мозга. Однако терапия целесообразна перед урологическими процедурами и для беременных женщин. Высокую силу (1a – A) имеет рекомендация скрининга и терапии ББ у беременных с использованием стандартных коротких курсов терапии. Докладчик привел анализ данных ряда РКИ, которые дали основание экспертам подчеркнуть, что большинство доступных исследований имеют низкое методологическое качество и относятся к 60–80-м годам прошлого века. С тех пор радикально изменились протоколы диагностики и лечения и доступность медицинских услуг. В новых исследованиях более высокого методологического качества благоприятные эффекты лечения ББ антибиотиками не столь очевидны, поэтому рекомендуется ориентироваться на национальные рекомендации по лечению ББ у беременных женщин. Так, 11 РКИ (n=2002) установили, что антибиотикотерапия значительно уменьшала количество рецидивов ИМП по сравнению с плацебо или отсутствием лечения; в 6 РКИ (n = 716) сообщалось, что антибиотикотерапия более эффективна при разрешении бактериурии по сравнению с плацебо; 8 РКИ (n=1689) показали, что лечение антибиотиками ассоциировалось с меньшим числом случаев низкой массы тела новорожденных по сравнению с плацебо или отсутствием лечения; а в

4 РКИ (n=854) сообщалось о более низкой частоте досрочного родоразрешения на фоне антибиотикотерапии по сравнению с плацебо или отсутствием лечения.

Данные РКИ по изучению преимуществ однократной дозы или короткого курса лечения ББ показали отсутствие существенных различий между двумя подходами. Так, в 3 РКИ сообщалось о рецидивах симптомных ИМП без значимой разницы между двумя курсами терапии; в 9 РКИ не отмечено существенной разницы между двумя длительностями терапии в отношении скорости излечения ББ; в 6 РКИ сообщалось, что однократная доза лечения была связана со значительно меньшими побочными эффектами по сравнению с краткосрочным курсом лечения; в 3 РКИ не установлено значительной разницы между двумя длительностями лечения в отношении частоты досрочного родоразрешения; но в 1 РКИ сообщено, что было значительно больше детей с низкой массой тела при рождении при приеме однократной дозы по сравнению с краткосрочным курсом лечения.

Таким образом, отметил докладчик, однократная доза связана со значительно более низкой частотой побочных эффектов, но значительно более высокой частотой низкой массы тела при рождении; для лечения ББ во время беременности следует применять стандартный краткосрочный курс лечения, хотя следует подчеркнуть, что общее качество научных данных, подтверждающих эту рекомендацию, невысоко.

Докладчик остановился также на вопросах профилактики рецидивирующих ИМП, посткоитального цистита у женщин, уделил внимание вопросам резистентности к противомикробным препаратам при ИМП, озвучил контрверсионные аспекты применения пробиотиков, иммуноактивной профилактики, роли фитотерапии в лечении и профилактики рецидивов ИМП, изложенные в Руководстве по урологическим инфекциям 2017 года.

Интерес вызвал доклад д-ра мед. наук О.А. Волошина «Fast Track-хірургія. Особливості застосування протоколів у гінекології (Прискорене відновлення після операції – ERAS)», представивший возможности и перспективы данного метода в гинекологии.

Термин «FAST TRACK» был впервые использован профессором, д-ром мед. наук, оперирующим гастроэнтерологом Хенриком Кехлет в 1990 году. Основными целями данного метода были: операция без боли и стресса; более низкие уровни изменений функций органов; снижение заболеваемости; ускорение выздоровления, уменьшение потребности в госпитализации.

Метод основывается на 4 принципах:

- контролируемая реакция на стресс и боль;
- контроль всех отягощающих факторов;
- отмена традиции и принцип «чтобы что-то сделать»;
- обучение медсестер, хирургов и пациентов, для чего используются различные методы и подходы, изложенные автором в докладе.

Ослабление хирургической реакции на стресс: минимально инвазивные хирургические техники, эпидуральная анестезия, глюкокортикоиды, β-блокаторы, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), габапентаноиды, местная анестезия.

Реализация доказательных методов ведения периоперационного периода: отказ от подготовки кишечника перед операцией; применение раствора глюкозы за 2 ч до операции в сочетании с адекватной водной и электролитной нагрузкой; отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов; раннее удаление мочевого катетера; использование прокинетиков; раннее начало послеоперационного приема пищи; ранняя мобилизация.

Докладчик особо акцентировал внимание на том, что предоперационное обследование и оптимизация функций органов направлены на снижение рисков операции. Необходимо прекращение употребления алкоголя и курения за месяц до планового вмешательства, поскольку это способствует уменьшению частоты таких осложнений, как кровотечение, инфицирование, осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Подготовка кишечника является дискомфортной для пациента и приводит к дегидратации и нарушению электролитного баланса и больше не используется в плановой хирургии. Тем не менее подготовка кишечника может иметь большое значение для отдельных пациентов, например, в случае плановой резекции кишечника.

Согласно современным рекомендациям, продолжительность предоперационного голодания должна составлять 2 ч для жидкостей и 6 ч для еды. Однако доказано, что дооперационное голодание существенно снижает резервы гликогена в печени и вызывает послеоперационную резистентность к инсулину, результатом чего является уменьшение восстановительных ресурсов организма. Автор подчеркнул, что предоперационное питание и насыщенная углеводная диета снижают предоперационную жажду, чувство голода, волнение и значительно – послеоперационную инсулинорезистентность.

Интраоперационная инфузионная терапия играет ключевую роль в нормализации работы сердечно-сосудистой системы. Однако необходимо помнить о правильном выборе объема инфузии, поскольку уменьшение объема инфузии с 40 до 15 мл/кг позволяет уменьшить количество осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ускорить послеоперационную реабилитацию.

Еще одним важным моментом является соблюдение температурного режима, поскольку температура в операционной и использование инфузионных растворов может приводить к перегрузке центров терморегуляции, а препараты для общей анестезии дополнительно нарушают работу терморегуляторного центра гипоталамуса. Доказано, что через 2 ч после начала операции температура ядра (базальная температура) снижается на 1–3 °С, тем самым в 2–3 раза увеличивается риск послеоперационных инфекционных осложнений, кровопотери, нарушений сердечного ритма.

Также автор остановился на вопросах анестезии, призванной сводить к минимуму хирургический стресс. Эпидуральная, спинальная или периферическая региональная анестезия остается ключевым элементом программы «FAST TRACK» и связана с ослаблением эндокринного стрессового ответа, повышенной перистальтикой кишечника, снижением воспалительной реакции и оптимальным снижением болевых ощущений, но их применение должно быть строго по показаниям. Важным моментом также является использование альтернативы опиоидной анальгезии. Купирование боли достигается назначением 2–3 лекарственных средств, которые потенцируют действие друг друга и позволяют использовать более низкие курсовые дозы препаратов: НПВП (ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), парацетамол,  $\alpha_2$ -адреномиметики, кетамин и глюкокортикоиды (в минимальных дозах), декстрометорфан, габапентин и прегабалин, превентивная локальная анестезия и ранняя послеоперационная инфльтрационная анестезия. Докладчик остановился также на вопросах ранней пероральной гидратации и раннего энтерального питания (через 6 ч после операции). Потребление более 300 мл жидкости в день операции и прекращение инфузии в первый день облегчают раннее восстановление функции кишечника, позволяют уменьшить введение растворов, способствуют мобилизации, приводят к более быстрому восстановлению, уменьшают послеоперационное пребывание в стационаре. В течение 1-го и 2-го дня после операции вместе с жидким питанием назначают твердую пищу.

Докладчик осветил критерии выписки пациентов: контроль боли с помощью пероральных анальгетиков; прием пищи и отсутствие внутривенного введения жидкости; восстановление подвижности в полном объеме; все перечисленное выше и желание вернуться домой.

Докладчик отметил, что опыт применения протоколов FT-хирургии у гинекологических больных показал, что они позволяют улучшить течение раннего послеоперационного периода, уменьшить послеоперационный болевой синдром, риск пареза кишечника и сократить сроки реабилитации.



**Д-р мед. наук, профессор Е.Е. Шунько в докладе «Энтеральное та парентеральне харчування передчасно народжених дітей – світові стандарти та практика в Україні»** остановилась на некоторых ключевых моментах мировой практики и актуальности проблемы. Ежегодно в мире преждевременно рождается около 15 млн детей, частота преждевременных родов в разных странах составляет 7–11%. Уровень выживания,

прогноз качества жизни и развития определяется социально-экономическим развитием страны, отношением общества к матери и ребенку.

В Украине частота преждевременных родов составляет 5% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в Украине преждевременно рождаются более 20 000 детей, в то же время для оптимального постнатального развития ребенка важное значение имеет питание.

Питание преждевременно родившегося ребенка в раннем возрасте влияет на его состояние здоровья и развитие, на развитие всех органов и систем организма, обеспечивает гармоничное развитие головного мозга, иммунной системы, является важным методом профилактики и лечения различных заболеваний. Кроме того, от сбалансированности питания первых лет жизни в дальнейшем зависит психическое здоровье, интеллектуальный уровень, социальная адаптация. Недостаточное поступление питательных веществ в период внутриутробного развития приводит к задержке внутриутробного развития, влияет на реализацию генетического потенциала организма, повышает риск заболеваний в будущем, ухудшает дальнейшее качество жизни ребенка и коррелирует с задержкой психоэмоционального и моторного развития в дальнейшем.

Докладчик подчеркнула, что современные принципы адекватного питания недоношенных детей предусматривают: обеспечение адекватных показателей физического развития; профилактику формирования хронических заболеваний, ассоциированных с преждевременным рождением, инфекций и заболеваний взрослого возраста путем пищевого «программирования»; улучшение прогноза развития с формированием физиологического состава тканей организма, снижение частоты негативных отдаленных неврологических последствий преждевременного рождения.

По словам докладчика, питание недоношенных детей должно основываться на следующих основных принципах: парентеральное питание с первых часов, уменьшение средней продолжительности периода полного парентерального питания, использование специальных пищевых продуктов (обогаители грудного молока, специальные смеси, отдельные пищевые добавки и т.д.) для оптимального обеспечения пищевых потребностей преждевременно родившегося ребенка. Также рекомендуется обогащать грудное молоко для всех младенцев, родившихся в сроке гестации менее 32 нед, а по дополнительным показаниям – для детей, родившихся в сроке гестации 32–36 нед.

Минимальное трофическое питание начинают материнским молоком (молозивом) в течение первых 48 ч жизни в зависимости от состояния ребенка. Необходимо использование сцеженного грудного молока для начального кормления младенцев с массой тела при рождении меньше 1500 г и/или сроком гестации 32 нед, обогащение грудного молока или использование специальных смесей для детей с массой тела при рождении меньше 1750 г и/или сроком гестации 32 нед. Важна своевременность начала энтерального питания младенцев с массой тела при рождении меньше 1500 г и/или сроком гестации 32 нед. В заключение докладчик подчеркнула, что грудное вскармливание является «золотым стандартом» развития недоношенных детей.

Важные проблемы взаимодействия акушеров-гинекологов и неонатологов в определении перинатального риска беременности, ведении родов у беременных групп риска были озвучены в докладе профессора Е.Е. Шунько «Початкова та реанімаційна допомога при народженні – спільні дії акушерів-гінекологів та неонатологів щодо стабілізації стану дитини». Докладчик подчеркнула важность совместных действий для разрешения проблемных аспектов данной темы. Также отметила отсутствие соответствующих современных акушерских и неонатологических протоколов по ведению преждевременных родов, родов у беременных с факторами перинатального риска, недостаточное обеспечение медицинских учреждений и обучение медицинского персонала по оказанию начальной, реанимационной и постреанимационной помощи новорожденным детям. В Украине при отсутствии надлежащих технологий и стандартов транспортировки беременных, рожениц и новорожденных наблюдается высокий удельный вес транспортировки новорожденных в профильных стационарах.

Концепция начальной и реанимационной помощи при рождении в соответствии с международными стандартами и Приказом МЗ Украины № 225 предусматривает: стабилизацию состояния ребенка при рождении; использование современных методов дыхательной поддержки и мониторинга в родильном зале; пульсоксиметрию в родильном зале, СРАР-поддержку; лечебную гипотермию доношенных новорожденных, что лежит в основе концепций рекомендации ILCOR (Международный комитет, отвечающий за координацию всех аспектов сердечно-легочной реанимации). Важнейшим вопросом является определение необходимости вмешательства и неотложной помощи. Докладчик напомнила, что 85% детей, рожденных в срок, выполняют первый вдох в течение 10–30 с; 10% реагируют вдохом при проведении осушки и стимуляции; 3% начинают дышать после вентиляции под положительным давлением; 2% нуждаются в интубации для поддержки дыхательной функции; 0,1% нуждаются в компрессии грудной клетки и/или введении адреналина.

Согласно рекомендациям международного согласительного комитета по вопросам реанимации (ILCOR) оценка ЧСС при рождении является обязательной, акцентировала докладчик. Недавно полученные данные позволяют предположить, что результаты измерения ЧСС с помощью аускультации или пульсоксиметра являются неточными в течение первых минут жизни младенца, однако аускультация пока остается «золотым стандартом». ЭКГ может использоваться для обеспечения быстрой и точной оценки ЧСС у новорожденных, нуждающихся в реанимации. На сегодня доказана эффективность отсроченного пережатия пуповины – через 1 мин после рождения у доношенных и недоношенных новорожденных, нуждающихся в стабилизации состояния, однако пока нет достаточных доказательств, чтобы рекомендовать отсроченное время пережатия пуповины у новорожденных, требующих полной реанимации.

Общий объем крови в фетальной / плацентарной циркуляции в течение гестации составляет 110–115 мл/кг; на мо-

мент срочных родов 2/3 этого объема находится в сосудах плода и 1/2 – в плаценте. В 30 нед эти объемы примерно одинаковы, а немедленное пережатие пуповины приводит к «потере» 25–35 мл/кг.

Еще одним важным вопросом, по мнению докладчика, является поддержание температурного режима. Температура тела новорожденного без асфиксии должна поддерживаться в пределах 36,5–37,5 °С после родов и в период стабилизации. Остановилась профессор Е.Е. Шунько и на вопросах искусственной вентиляции легких (IPPV) у новорожденных. Основным преимуществом является первоначальное использование постоянного положительного давления в дыхательных путях (СРАР), а не интубация и вентиляция с перемежающимся положительным давлением (IPPV) для спонтанного дыхания у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Также не следует начинать реанимационную помощь новорожденным и недоношенным детям в сроке меньше 35 нед гестации при высоких концентрациях кислорода (65–100%).

Чрезвычайно интересным был доклад «**Беременность как окно возможностей для будущего здоровья**» профессора **Биргит Арабин (Швеция)**, представившей аспекты виртуальной ценности беременности и родов, генетических и эпигенетических последствий в поколениях. Беременность является окном будущего здоровья матери и ребенка, подчеркнула докладчик, поскольку сегодня доказано, что осложнения беременности коррелируют с более поздними сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями как матерей, так и детей.

Важнейшие акушерские синдромы, такие, как преэклампсия, преждевременные роды, сахарный диабет при беременности, отслойка плаценты, задержка роста плода, макросомия, перинатальная смерть, взаимосвязаны и отражают предыдущие риски и будущее здоровье потомства и матери и повторяются в семьях как неинфекционное заболевание.

К беременностям повышенного риска относят пациенток с гипертонией, преэклампсией в анамнезе, сахарным диабетом, отслойкой плаценты в анамнезе, ИМТ перед беременностью больше 30 kg/m<sup>2</sup>, мертворождением в анамнезе, материнским возрастом больше 40 лет, системной красной волчанкой, ЗВУР в анамнезе.

Для матери и ребенка физиологическая адаптация во время беременности может выявлять предрасположенность к хроническим заболеваниям, а согласно гипотезе Баркера, осложнения беременности могут привести к заболеванию и смерти у потомства. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что болезни беременности, наоборот, свидетельствуют о наличии хронических заболеваний у матери и даже бабушек (обратная гипотеза Баркера).

Также автор остановилась на важнейших вопросах плацентарной патологии при преэклампсии. Согласно предыдущей теории, нарушение ремоделирования материнских спиральных артерий и дефектных трофобластов приводит к гипоксии плаценты и поражениям ворсин и сосудов плаценты, а также к биохимическому каскаду, приводящему к синдрому, распознаваемому как преэклампсия. Но нарушение плацентарной перфузии предшествует развитию плацентарных поражений, что свидетельствует о том, что они являются следствием, а не причиной преэклампсии.

Докладчик отметила важность распространения рекомендаций Института медицины, основанных на доказательных данных, и увеличение грамотности населения в отношении заботы о здоровье. Так, занятия физическими упражнениями, оптимизация питания на основе консультаций диетолога приводят к снижению развития преэклампсии на 24–60% у страдающих ожирением первобеременных, а при

занятиях активной ходьбой наблюдается снижение развития гестационного диабета (ГД) у женщин с ожирением на 34%. Кроме того, снижение массы тела на 4,5 кг (исследование у 4000 матерей) вызывает снижение частоты ГД на 40% при следующей беременности.



**Профессор О.В. Булавенко в докладе «Новые подходы к оценке фимбрий фаллопиевых труб и стигмы овуляции у субфертильных женщин»** презентовала результаты исследования, целью которого была оптимизация алгоритма обследования, изучение фенотипических особенностей дистального отдела маточных (фаллопиевых) труб и стигмы овуляции в когорте субфертильных женщин с применением трансвагинального ультразвукового сканирования (ТВС) и техники мобильного гидроакустического окна (МГО). Авторами был предложен новый неконтрастный метод сонографической идентификации маточных труб: чувствительность метода ТВС+МГО при обнаружении сегментов маточных труб составила 0,76 в сравнении с 0,14 для рутинного ТВС (Doshchekyn V.V., 2016).

В представляемом исследовании с применением ТВС в технике МГО (ТВС+МГО) проводилось перекрестное исследование фенотипов фимбрий маточных труб и сонографических особенностей стигмы овуляции в когорте 96 субфертильных женщин. В задачи исследования входило изучение вероятных ассоциаций различных фенотипов фимбрий с патологическими состояниями в анамнезе и сонографической структуры стигмы овуляции. Группу исследования составили 96 пациенток с бесплодием неясного генеза в возрасте от 21 до 39 лет с продолжительностью бесплодия 3,2 года (СІ:1,0–5,0) и ИМТ  $\geq 18$  to  $\leq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Проходимость маточных труб подтверждена ретро- и проспективно у всех женщин. В качестве зеркала МГО при проведении сонографической идентификации маточных труб методом ТВС+МГО использовали излившееся содержимое фолликула в дни 1–3 по отношению ко дню овуляции (GE Logiq P5 Premium / Logiq 700 Expert). Для изучения сонографических характеристик стигмы овуляции в качестве МГО использовали жидкость возле апекса яичника – признак формирования стигмы, указанный в экспериментальной работе U. Zackrisson и соавторов (2011).

По результатам исследования маточные трубы были визуализированы посредством ТВС+МГО у 32 (33,3%) из 96 субфертильных женщин и идентифицированы четыре основных фенотипа фимбрий маточных труб:

- Fingerlike type (Пальцевидные) – у 19 (59,4%)
- Mastoid type (Сосцевидные) – у 7 ( 21,9%)
- Fimbriated type (Бахромчатые) – у 4 (12,5%)
- Combined type (Комбинированные) – у 2 (6,3%) женщин.

У 78 (81,3%) из числа 96 субфертильных пациенток была задокументирована овуляция, 48 (62%) женщин – с bulb-type-стигмой овуляции, 11 (14%) пациенток – с flat-type-стигмой овуляции, 19 (24%) – с неидентифицированной стигмой, но подтвержденной комплексом других признаков овуляцией.

Результаты проведенного исследования, заключила докладчик, подтверждают высокую диагностическую ценность применения метода ТВС+МГО для системной оценки дистального сегмента маточных труб, прогноза овуляции или персистенции фолликула у субфертильных женщин. Проведение ТВС+МГО позволяет сделать выбор между процедурой лапароскопии и внутриматочной инсеминацией при

уточнении алгоритма ведения бесплодной пары. Результаты ТВС+МГО могут оказаться решающим аргументом в расчете времени проведения внутриматочной инсеминации или аспирации яйцеклетки в естественном цикле, а процедура ТВС+МГО может использоваться в широкой практике репродуктивной медицины для поиска путей оптимизации фертильности. Профессор О.В. Булавенко подчеркнула, что изучение связи сосцевидного фенотипа фимбрий с воспалительным процессом требует проведения дальнейших исследований.

Актуальной проблеме гиперпролактинемии был посвящен доклад профессора О.В. Грищенко «Значимость гиперпролактинемических состояний для успешной реализации репродуктивных планов женщин».

Патологическая гиперпролактинемия (ГПРЛ) – устойчивое повышенное содержание пролактина в сыворотке крови у небеременных женщин и у мужчин. ГПРЛ является биохимическим маркером гипоталамо-гипофизарной дисфункции и наиболее распространенной нейроэндокринной патологией, поскольку частота патологической ГПРЛ в популяции составляет 17 человек на 1000 населения, чаще всего диагностируют у женщин 25–40 лет, реже – у мужчин того же возраста.

Повышение уровня пролактина выявляют при: аменорее у 15% женщин, галакторее+аменорее – у 75% женщин, бесплодии – у 33% женщин и у 15% мужчин, гипоплазии половых органов – у 95%, галакторее – у 10% женщин и у 99% мужчин, аденоме гипофиза. Патологическая ГПРЛ у женщин – это стабильное повышение концентрации пролактина в сыворотке крови при отсутствии беременности или послеродовой лактации, распространенность составляет 0,5–17%. При этом у каждой 4-й женщины выявляют аденому гипофиза (пролактинома), а у каждой 3-й женщины – в анамнезе беременность и роды.

У женщин пролактин обеспечивает развитие грудных желез (маммогенез), наряду с гонадотропными гормонами синхронизирует созревание фолликула и овуляцию, в период беременности совместно с другими гормонами стимулирует развитие секреторного аппарата грудной железы, поддерживает существование желтого тела и образование в нем прогестерона (гормона материнства), в послеродовой период стимулирует образование молока в грудных железах.

Докладчик особо отметила, что при всех формах ГПРЛ основным методом лечения является медикаментозный (фармакотерапия агонистами дофаминовых рецепторов), а хирургическое вмешательство и лучевая терапия в основном применяются при рефрактерности или непереносимости лечения агонистами дофамина.

В настоящее время существует 3 поколения агонистов дофамина. Наиболее широко применяемым и эффективным является каберголин, а одним из наиболее дискуссионных вопросов является применение каберголина при беременности. За период с 1987 по 1994 г. в 37 клиниках 6 стран Европы и 2 стран Америки проведена выборка и исследование 226 беременностей, наступивших на фоне приема каберголина. Продолжительность приема препарата каберголина составляла от 7 до 144 дней с начала беременности (из них в 154 случаях – 16–60 дней). Исходы беременностей показали, что частота самопроизвольных аборт, многоводия, многоплодия, аномалий развития плода, соотношения мальчик/девочка при приеме каберголина не отличалась от среднестатистических показателей. Не было выявлено тератогенного и эмбриотоксического влияния каберголина, а результаты двенадцатилетних наблюдений свидетельствуют, что лечение каберголином в период зачатия и/или во время

беременности не увеличивает риск невынашивания беременности и возникновения пороков развития плода.

В заключение профессор О.В. Грищенко подчеркнула, что имеющиеся данные свидетельствуют о безопасности карберголина и возможности его использования у женщин с гиперпролактинемией, планирующих беременность.

**В докладе «Ошибки при ультразвуковой диагностике заболеваний женской половой сферы» (Волик Н.К.)** освещались вопросы дифференциальной ультразвуковой диагностики.

Автор остановился на особенностях УЗ-диагностики пороков развития матки, охарактеризовал некоторые диагностические критерии (отклонение матки в сторону, уменьшение толщины и ширины тела матки, аномальная форма полости матки в поперечных срезах, эхо-изображение интерстициального отдела одной трубы) и подчеркнул необходимость проведения дифференциальной диагностики с определенной патологией. В дифференциации с аденомиозом значение имеют возраст, расположение очага, форма полости матки; с миомой матки с дегенерацией, субсерозной миомой на ножке – возраст, отсутствие циклического болевого синдрома, форма полости матки. Для дифференциации с «опухольями» яичника важна визуализация интактного яичника, с гипоплазией матки – форма полости матки.

Еще одним важным аспектом при УЗ-диагностике заболеваний женской половой сферы является оценка эндометрия в постменопаузе, а именно – дифференциация диффузного и очагового процессов. При этом важно помнить о симптоме дискретной экзогенной полоски, симптоме дискретной сосудистой ножки, наличии кистозных полостей.

Докладчик подчеркнул, что при проведении оценки кист придатков матки необходимо в первую очередь дифференцировать интраовариальные (опухолевидные образования и истинные опухоли) и экстраовариальные (генитальные и экстрагенитальные) образования и особо остановился на вопросе диагностики кист желтого тела, когда важно помнить о наличии имитаторов (свежая кровь, образование, ретракция, лизис сгустка) и о феномене неоваскуляризации и вариабельности внутренней структуры образования.

Особый интерес представлял доклад адвоката **О. Бабич «Состояние правового регулирования вспомогательных репродуктивных технологий в Украине и нерешенные проблемы»**. Докладчик напомнил, что сегодня использование репродуктивных технологий регулируется следующими нормативно-правовыми актами:

- Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV.
- Сімейний Кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III.
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII.
- Наказ МОЗ № 787 від 09.09.2013 р. «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».
- Наказ МОЗ № 579 від 19.11.2004 р. «Про затвердження порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показниками за бюджетні кошти».
- Согласно Гражданскому кодексу Украины (ч. 7, ст. 281):

«Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством».

Согласно Семейному кодексу Украины (ст. 123):

«У разі народження дружиною дитини, зачатой в результаті застосування ДРТ, здійснених за письмовою згодою її чоловіка, він записується батьком дитини.

У разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям (чоловіком та жінкою) в результаті застосування ДРТ, батьками дитини є подружжя.

Подружжя визнається батьками дитини, народженої дружиною після перенесення в її організм ембріона людини, зачатого її чоловіком та іншою жінкою в результаті застосування ДРТ».

Докладчик также отметил, что существуют и другие нормативные документы, регламентирующие применение ДРТ. «Застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці» (ст. 48 Семейного кодекса Украины); Приказ МЗ Украины № 787, который включает порядок и условия применения методик ВРТ, алгоритм осуществления лечения методиками ВРТ, медико-правовые вопросы (перечень документов, формы соглашений и т.д.).

В заключение докладчик особо акцентировал внимание на неразрешенных проблемах в законодательстве:

1. Определение терминологии:
  - Бесплодие
  - Эмбрион
  - Суррогатное материнство (СМ)
  - Генетические (биологические) родители
  - Другие.
2. Предельный возраст лица для применения ВРТ (от – до).
3. Статус эмбриона.
4. Статус криоэмбриона (судьба криоэмбрионов в случае развода, смерти и т.д.).
5. Постмортальная репродукция:
  - эмбрион, яйцеклетки, сперма;
  - смерть генетических родителей в программе СМ.
6. Транспортировка биологического материала:
  - между медицинскими центрами на территории Украины;
  - между медицинскими центрами за пределы Украины;
  - пациентами.
7. Донация (спермы / яйцеклеток / эмбрионов)
  - анонимность;
  - круг лиц неанонимных доноров.
8. Донация (гамет) – финансовая компенсация
  - Разрешено / запрещено;
  - Процедура;
  - Объект «купли–продажи».
9. Ответственность за донора.
10. Proceduralные вопросы оформления программы СМ:
  - между участниками программы;
  - договор;
  - регламентация участия агентств;
  - права суррогатных матерей;
  - права генетических родителей;
  - другие.
11. Интересы детей в случае смерти генетических родителей в программе СМ.
12. Регламентация научных исследований с использованием эмбрионов человека:
  - разрешено / запрещено;
  - процедура.

13. Государственный орган контроля в данной сфере.

14. Применение ВРТ отдельным категориям лиц:

- онкобольные;
- ВИЧ-инфицированные;
- законодательные инициативы;
- предельный возраст женщины;
- ограничения в применении СМ к иностранцам;
- СМ.

**Профессор С. Дубров в докладе «Сепсис і септичний шок в акушерсько-гінекологічній практиці»** представил современные аспекты данной проблемы, актуальность которой не вызывает сомнений. Так, по данным SOAP-study (2006) из 3147 больных у 37,4% выявили сепсис, тогда как по данным отчетов главных областных внештатных анестезиологов Украины (2013) из 440 853 больных сепсис диагностирован у 0,08%.

Докладчик отметил, что, согласно определению, синдром системного воспалительного ответа (ССВО, SIRS) – это ответ организма на раздражитель, который может быть как механическим (травма, ожог и т.д.), так и инфекционным (воспаление), характеризующимся двумя или более признаками: температура тела выше 38 °С или ниже 36 °С; частота сердечных сокращений более 90 в 1 мин; частота дыхательных движений более 20 в 1 мин или рСО<sub>2</sub> менее 32 мм; количество лейкоцитов более 12×10<sup>9</sup> или менее 4×10<sup>9</sup> или количество незрелых форм более 10%.

Докладчик обратил внимание слушателей, что в 2016 году классификация была пересмотрена с целью обновить определение сепсиса и септического шока, а также способствовать более ранней диагностике сепсиса.

Так, согласно классификации 2001–2015 гг. сепсис – это наличие инфекции + 2 критерия ССВО, тяжелый сепсис – это сепсис с развитием полиорганной недостаточности, а септический шок – это развитие устойчивой гипотензии несмотря на достаточную инфузионную поддержку.

В классификации 2016 г. сепсис – это угрожающая жизни органная дисфункция вследствие нарушения ответа на инфекцию, а септический шок – это гипотензия на фоне адекватной инфузионной поддержки и присоединении вазопрессоров и уровень лактата ≥2 ммоль/л.

Автор особо подчеркнул важность проблемы акушерского сепсиса, поскольку сегодня в 15% случаев материнской смертности во всем мире причиной являются инфекционные осложнения. Ежегодно в мире регистрируют более 6 900 000 случаев акушерского сепсиса (данные ВОЗ) и 75 000 случаев материнской смертности в год от сепсиса в странах с низким уровнем дохода.

Акушерский сепсис обычно ассоциируется с полимикробной микст-инфекцией, отражая колонизацию половых путей, а распространенность резистентных микроорганизмов, в том числе MRSA и резистентных грамотрицательных бактерий (БЛРС), неуклонно растет.

Докладчик особо остановился на важности соблюдения этапности оказания помощи пациентам с акушерским сепсисом.

**А.** Начальная реанимация (initial resuscitation) включает неотложное начало мероприятий интенсивной терапии, внутривенное введение растворов кристаллоидов, по меньшей мере, 30 мл/кг в течение первых 3 ч. После начальной реанимации – переоценка объема дальнейшей инфузионной терапии на основе гемодинамического статуса больного. Начальное целевое САТ – 65 мм рт.ст. у пациентов с септическим шоком (СШ), требующих вазопрессорной поддержки. Рост уровня лактата является маркером гипоперфузии тканей, его нормализация определяет эффективность мероприятий интенсивной терапии.

**Д.** Антибактериальная терапия (antimicrobial therapy) должна начинаться как можно быстрее с внутривенного введения антибактериальных препаратов после определения инфекционного агента (в течение 1 ч). Стратегии дозирования препаратов должны основываться на фармакокинетике/фармакодинамике и специфических свойствах антибиотика. Кроме того, возможно назначение эмпирической комбинированной антибактериальной терапии, направленной на наиболее вероятного возбудителя / возбудителей на начальном этапе лечения СШ (применение не менее 2 препаратов различных классов). Докладчик особо подчеркнул, что комбинированная терапия не может заменяться рутинно при лечении большинства других инфекций, в том числе при бактериемии. Длительность антибактериальной терапии 7–10 дней является адекватной для большинства инфекций, связанных с сепсисом и СШ. Более длительные курсы показаны больным, у которых зафиксированы медленный клинический ответ, очаги инфекции, MRSA-бактериемия, некоторые грибковые или вирусные инфекции, иммунодефицит, в том числе нейтропения. Уровень прокальцитонина может быть использован с целью принятия решения о прекращении антибактериальной терапии у пациентов с начальными проявлениями сепсиса, у которых впоследствии фиксируют ограниченные клинические проявления инфекции.

**Е.** Контроль очага (control source) имеет важнейшее значение при курации пациентов с ССВО и СШ. Специфический анатомический диагноз источника инфекции должен быть как можно скорее установлен или исключен у пациентов с сепсисом или септическим шоком. После того как источник установлен, необходимо медицинское вмешательство с целью контроля источника инфекции.

**Ф.** Инфузионную терапию (fluid therapy) следует продолжать до тех пор, пока гемодинамические показатели не улучшатся. Использование кристаллоидов имеет преимущество по сравнению с желатином у пациентов с сепсисом или септическим шоком. Не рекомендуется использовать гидроксипропилкрахмалы (HESs) для внутрисосудистого замещения объема у больных с сепсисом или септическим шоком.

**Г.** Среди вазоактивных препаратов (vasoactive medications) норэпинефрин (norepinephrine) является препаратом выбора первой линии вазопрессоров. Дофамин в качестве альтернативного вазопрессорного препарата можно применять только у пациентов с низким риском развития тахикардии и абсолютной или относительной брадикардией.

**Н.** Согласно последним данным, рутинная терапия кортикостероидами (corticosteroids) не предлагается для лечения пациентов с септическим шоком, если адекватная инфузионная реанимация и терапия вазопрессорами способны стабилизировать гемодинамику. Если это не достигнуто, предлагается использование внутривенного гидрокортизона в дозе 200 мг/день.

**И.** Препараты крови (blood products). Трансфузия эритроцитарной массы показана, когда концентрация гемоглобина снижается менее 7,0 г/дл у взрослых при отсутствии отягчающих обстоятельств, таких, как ишемия миокарда, тяжелая гипоксемия или острая кровопотеря. Не рекомендуется использование эритропоэтина для лечения анемии, связанной с сепсисом. Также не рекомендуется использовать свежезамороженную плазму для коррекции нарушений свертываемости крови при отсутствии кровотечения или планируемых инвазивных процедур. Профилактическую трансфузию тромбоцитов проводят, когда их число менее 10×10<sup>9</sup>. При контроле гликемии (glucose control) применяют протоколы по контролю уровня глюкозы

крови у больных с СШ и сепсисом: использовать артериальную кровь, если у пациента стоит артериальный катетер, а не капиллярную кровь, и его определение с помощью глюкометров.

**Р.** Профилактика тромбозов осложняется (venous thromboembolism prophylaxis) проводится нефракционированным гепарином (НФГ) или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) при отсутствии противопоказаний к применению этих препаратов.

**Доцент С.Ю. Вдовиченко в докладе «Тактика семейно ориентированных технологий в частном родильном доме «Адонис»** остановился на важных моментах партнерских родов.

Согласно принципам доказательной медицины, роды – это процесс, требующий чистоты, а не стерильности, что предполагает отказ от излишнего, необоснованного использования инвазивных, неприятных и/или ограниченных процедур, обеспечение непосредственного физического контакта между матерью и ребенком сразу после родов и использование исключительно грудного вскармливания, совместное пребывание новорожденного и матери в период нахождения в роддоме.

Докладчик подчеркнул, что организационно-функциональная модель родовспоможения, основанная на семейно ориентированных технологиях, предполагает:

- Технологии, ориентированные на семью
- Репродуктивное здоровье женщины и мужчины
- Подготовку персонала
- Экономическую удовлетворенность учреждения и персонала
- Удовлетворенность пациентки и ее мужа
- Готовность учреждения родовспоможения
- Структуру, стадии развития и функции семьи.

Докладчик озвучил результаты исследования, в котором было проанализировано 34 627 родов, из которых 23 635 проведены на базе городского родильного дома и 10 992 – в центральной районной больнице в 2009–2015 гг. Также было проанализировано 578 родов после ВРТ за период с 2010 по 2016 г., из которых 121 роды проведены в частном родильном доме «Адонис». Полученные результаты позволили автору сделать выводы об увеличении частоты партнерских родов и их положительном влиянии на показатели материнских и неонатальных исходов. Однако докладчик особо подчеркнул, что для полных позитивных результатов необходима специальная подготовка как персонала, так и самой структуры родильного учреждения.

**В докладе доцента С. Шурпяка «Відновлення репродуктивної функції: нові стратегії реабілітації пацієнок»** были освещены различные аспекты гинекологического гиперпластического синдрома. Докладчик отметил, что в структуре общей гинекологической заболеваемости доброкачественные пролиферативные заболевания женской репродуктивной системы – миома матки, генитальный эндометриоз, гиперплазия эндометрия, мастопатия – занимают ведущее место, при этом сочетанную патологию диагностируют в 60% случаев и объединяют термином «гиперпластический синдром». Ключевыми проблемами у пациенток с гиперпластическим синдромом, которые требуют эффективного решения, являются маточные кровотечения, болевой синдром, невынашивание, бесплодие, снижение качества жизни. На сегодня оценка качества жизни – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Докладчик

акцентировал внимание на том, что сегодня актуальным является не просто вопрос, как лечить определенную патологию, а обеспечение пациентке выполнения репродуктивных планов и/или улучшение качества жизни после лечения. Ключевым моментом является разработка принципов комплексной реабилитации, которая, в свою очередь, должна быть персонализированной.

В настоящее время, отметил докладчик, установлено, что сложные гормональные взаимоотношения, которые возникают у женщин с дисфункцией щитовидной железы, создают предпосылки для возникновения не только монополичных гиперпластических процессов, но и одновременного поражения большинства гормонозависимых органов репродуктивной системы. Доказано, что витамин D участвует в регуляции пролиферации и дифференцировке клеток всех органов и тканей, в том числе клеток крови и иммунокомпетентных клеток. Антипролиферативная и стимулирующая дифференцировку клеток активность витамина D позволяет предположить его роль в развитии и подавлении пролиферативных процессов ряда органов, в том числе репродуктивных (грудной железы, яичников и т.д.). Витамин D регулирует экспрессию генов в тканях репродуктивных органов, как и половые гормоны, модулирует репродуктивные процессы у женщин, в том числе влияет на синтез эстрадиола, прогестерона и антимюллерова гормона (АМГ), поскольку является промотором гена этого гормона. In vitro доказано прямое влияние витамина D на синтез АМГ и развитие фолликулов, а также выявлена связь между уровнями АМГ и витамина D у женщин в возрасте более 40 лет.

Докладчик представил некоторые моменты разработанного лечебно-реабилитационного комплекса, в основу которого положены персонализированный подход со стратификацией рисков, возраста, репродуктивных планов, коррекция коморбидных состояний, изменение образа жизни, физическая и социальная активность и дифференцированная комплексная медикаментозная терапия в зависимости от репродуктивных планов пациентки.

**В докладе профессора Р.А. Ткаченко «Профилактика и терапия периоперационной и перипартальной кровопотери. Что нового?»** были рассмотрены новейшие данные, касающиеся возможности профилакировать интраоперационное кровотечение.

Докладчик отметил, что рекомендуется использовать структурированное интервью или анкету пациента, в которых сообщается о клиническом и семейном анамнезе кровотечений и подробная информация о лекарствах, принимаемых пациентом, до операции или инвазивных процедур (Уровень доказательств: 1С).

При плановых операциях рекомендуется использование стандартизированных анкет, оценивающих кровотечение и историю приема лекарственных средств, что предпочтительнее рутинного использования обычных скрининговых тестов коагуляции, таких, как АЧТВ, РТ и количество тромбоцитов (Уровень доказательств: 1С).

Докладчик подчеркнул, что в 2/3 случаев акушерских кровотечений нет прогнозируемых факторов риска, а в 70% случаев отслойка плаценты возникает при беременности низкого риска.

При рассмотрении перипартальных кровотечений рекомендуется осуществлять лечение периродовых кровотечений силами многопрофильной бригады. Должен быть предусмотрен протокол лечения с учетом эскалации, включающий утеротонические препараты, хирургические и/или эндоваскулярные вмешательства и прокоагулянты (Уровень доказательств: 1С).

Автор особо подчеркнул, что время – приоритетная цель в борьбе с кровотечением, а не объем кровопотери!

Также, отметил докладчик, необходимо помнить, что гемостатическая ресусцитация предусматривает:

- улучшение прочности сгустка: концентрат фибриногена, криопресипитат;
- уменьшение лизиса сгустка: транексамовая кислота;
- сокращение времени до начала образования сгустка: концентрат протромбинового комплекса;
- улучшение функции тромбоцитов: десмопрессин;
- улучшение фибринового сгустка: рекомбинантный фактор VIIa.

Автор рекомендует назначение транексамовой кислоты при акушерских кровотечениях для уменьшения потери крови, продолжительности кровотечения и количества переливаемых единиц (Уровень доказательств: 1B). Введение транексамовой кислоты должно быть рассмотрено до проведения кесарева сечения (Уровень доказательств: 2C). Также назначение транексамовой кислоты должно быть рассмотрено при дородовом кровотечении (Уровень доказательств: 2B).

Докладчик отметил, что у пациентов, получающих терапию оральными антикоагулянтами, рекомендуется применять концентрат протромбинового комплекса и витамина К в случае возникновения тяжелых периоперационных кровотечений (Уровень доказательств: 1B). Также рекомендуется рассматривать гFVIIa только в качестве терапии последней линии из-за риска тромбоза (Уровень доказательств: 1B), а концентрация фибриногена и количество тромбоцитов должны быть оптимизированы до введения гFVIIa (Уровень доказательств: 2C).

**Профессор Ю.П. Серняк в докладе «Ятрогенная травма урологического тракта при оперативных вмешательствах в акушерстве и гинекологии»** подчеркнул актуальность данной проблемы, поскольку травма мочевого пузыря и мочеточников в акушерской и гинекологической практике – это нечастое, но грозное осложнение, которое может привести к инвалидности, тяжелым психоэмоциональным расстройствам и даже явиться причиной летального исхода.

Профессор отметил, что травму мочеточника регистрируют при гинекологических операциях в 0,5–11% случаев в зависимости от объема и радикализма вмешательства, повреждение мочевого пузыря в ходе выполнения гинекологических операций происходит в 0,8–12,3% случаев. Акушерские и гинекологические травмы составляют 73% всех повреждений мочеточника и 52–61% травм мочевого пузыря, но только 11,5% повреждений мочеточника и 52% травм мочевого пузыря выявляют и ликвидируют непосредственно после травмы.

Факторами риска повреждения мочеточника, акцентировал докладчик, являются увеличенная матка, предшествующие операции или лучевая терапия, распространенный опухолевый процесс, эндометриоз, спаечный процесс в области малого таза, измененная анатомия таза, существующая травма мочевого пузыря, массивное кровотечение. Наиболее часто повреждения мочеточника происходят в нижней трети (80%), тогда как в средней трети – в 19%, а верхней – в 1% случаев.

Клинические проявления травматизации могут быть разнообразны:

- Гематурия (только в 50% случаев)
- Боль
- Повышение температуры тела
- Выделение мочи по дренажам или из влагалища
- Наличие жидкости в брюшной полости.

Лечение ятрогенных травм урологического тракта, подчеркнул докладчик, осуществляется только хирургическим путем, при этом коррекция непосредственно после травмы позволяет достичь оптимальных результатов. Однако выбор вида операции зависит от характера повреждения, тяжести, протяженности и локализации поражения.

Докладчик представил анализ за период с 2002 по 2017 г. результатов оперативных вмешательств у 151 пациентки в возрасте 21–72 года с травмой мочеточника. Ранние осложнения имели место у 8 (5,3%) пациенток, которым выполняли реимплантацию мочеточника в мочевой пузырь. У 4 (2,6%) женщин наблюдалось выделение мочи по дренажу на протяжении 5–8 сут, что привело к увеличению пребывания в стационаре до 21 дня. У 2 (1,3%) пациенток фиксировали некроз зоны анастомоза с развитием мочевого перитонита, что потребовало выполнения повторного открытого вмешательства с дренированием брюшной полости и повторным наложением анастомоза. У 2 (2,6%) пациенток выполнена нефрэктомия в связи с развитием гнойного пиелонефрита. Все больные находятся под регулярным диспансерным наблюдением, им каждые 6 мес проводят УЗИ, экскреторную урографию, контроль анализов крови, мочи, биохимических показателей.

Также автор сообщил, что в период с 2002 по 2017 г. прооперирована 61 пациентка в возрасте 31–65 лет с травмой мочевого пузыря. Рецидив заболевания возник у 9 (14,7%) больных, в 3 (4,9%) случаях была проведена консервативная терапия, у 6 (9,8%) пациенток потребовалось повторное вмешательство.

В заключение автор еще раз подчеркнул, что ятрогенные повреждения мочеточника и мочевого пузыря являются редким, но тяжелым осложнением тазовой хирургии. Хирургическое вмешательство, при условии строгого соблюдения современных принципов лечения, является единственно возможным путем устранения этих осложнений с хорошими функциональными результатами.

**В докладе Е. Н. Сусидко «Методы диагностики трубного бесплодия»** представлен анализ достижений в аспекте решения важной проблемы, поскольку, по данным разных авторов, частота трубно-перитонеальных форм бесплодия колеблется от 35 до 60%. Выделяют две основные формы трубного бесплодия: нарушение функции маточных труб и органическое поражение маточных труб, среди причин возникновения которых выделяют: хронический стресс по поводу бесплодия, нарушение синтеза простагландинов, нарушение глюкокортикоидной функции коры надпочечников, воспалительные заболевания половых органов, аппендиэктомия в анамнезе, оперативные вмешательства на внутренних половых органах (миомэктомия, резекция яичников и др.), после родовые осложнения, эндометриоз.

В докладе отмечено, что согласно Приказу МЗ Украины № 787 от 09.09.2013 г. «Об утверждении порядка применения вспомогательных репродуктивных технологий в Украине» объем обследования женщины включает обследование матки и маточных труб.

Докладчик остановился на характеристике прямых (лапароскопическая гистеросальпингография, фертилоскопия) и косвенных (ультразвуковая гистеросальпингоскопия, рентгеноконтрастная гистеросальпингография) методах визуализации маточных труб, подчеркнув, что консервативные методы в 13–25% случаев дают как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты по сравнению с эндоскопическими методами.

«Золотым стандартом» считается лапароскопия с хромогидротубацией, однако метод имеет как плюсы (точность – 95–98%, два в одном – диагностика и лечение), так и минусы

(общий наркоз, пребывание в стационаре, время восстановления 2–3 дня, послеоперационные шрамы, отсрочка планирования беременности в данном менструальном цикле, дороговизна).

Докладчик охарактеризовал достоинства и недостатки других методов.

К плюсам трансвагинальной гидролапароскопии с хромогидротубацией (фертилоскопия) относят точность метода – 90–95%, возможность совмещать с гистероскопией, к минусам – общий наркоз, пребывание в стационаре, время восстановления 2–3 дня, отсрочку планирования беременности в данном менструальном цикле, дороговизну.

Рентгеноконтрастная гистеросальпингография имеет как плюсы – точность метода 70–85%, чувствительность 65%, специфичность 83%, отсутствие общего наркоза, наличие рентгенограммы, так и минусы – лучевая нагрузка, запрет в данном менструальном цикле планировать беременность, аллергия на контраст, транспортировка пациентки в рентген-кабинет после введения катетера, болевые ощущения – до 7,4 балла по десятибалльной шкале.

Ультразвуковая гистеросальпингоскопия: плюсы – это точность метода 50–85% (зависит от УЗ-аппарата), чувствительность от 58% до 95%, специфичность от 50% до 98%, два в одном – диагностика и лечение, отсутствие общего наркоза в амбулаторных условиях, аллергических реакций, необходимость предохраняться после процедуры, болевые ощущения – 4,2 балла по десятибалльной шкале, однако ограничением являются низкая диагностическая точность по сравнению с другими методами и необходимость подготовки (анализы на RW, ВИЧ, HbsAg; мазок на флору влагалища не позднее 7 дней до исследования матки, предварительная консультация с УЗИ (на 3–4-й день менструального цикла), прием спазмолитиков и НПВП за 30–40 мин до манипуляции), а также присутствие акушера-гинеколога, прошедшего специализацию по ультразвуковой диагностике.

Докладчик также отметил важность оценки противопоказаний для проверки состояния маточных труб: обострение воспалительных гинекологических и общих заболеваний; маточные кровотечения; изменение чистоты влагалища без проявлений воспалительного процесса; острые инфекционные заболевания; кисты, опухоли, сактосальпинксы; туберкулез.

Внимание слушателей привлекли доклады, посвященные роли недостаточности витамина D в развитии различной патологии человека.

**В докладе профессора Павла Плутовски (Польша) «Чи потрібно гінекологам та акушерам знати про вітамін D?»** обсуждалась важность витамина D для организма.

Докладчик привел данные последних исследований, свидетельствующие о чрезвычайной важности витамина D для обеспечения разных процессов в организме человека. Так, костная минерализация повышается, а риск переломов уменьшается при уровне 25(OH)D >24 нг/мл и приеме витамина D в дозе 700–1000 МЕ/сут на 19%. Уровень 25(OH)D >24 нг/мл и прием витамина D в дозе >800 МЕ/сут снижает риск переломов бедренной кости на 37%, других переломов – на 31%.

Докладчик представил анализ рандомизированных исследований, посвященных различным аспектам влияния витамина D на иммунитет, развитие сахарного диабета 1-го и 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний, общую смертность.

Так, при концентрации 25(OH)D >38 нг/мл в 2,7 раза ниже риск заболеваний, вызванных респираторными вирусными инфекциями (*Сабетта, PLoS One 2010*). Кроме того, на 36% снижается риск заражения при регулярном приеме витамина D (*Бергман, PLoS One 2013, анализ 11 РКИ*). При-

ем витамина D в дозе 1000 МЕ/сут у детей школьного возраста снижает риск гриппа типа А на 67% (*Am J Clin Nutr 2010*), а прием 1600 МЕ/сут для больных с иммунодефицитными уровнями 25(OH)D менее 30 нг/мл значительно сокращает применение антибиотиков (*PLoS One 11 сентября 2016 (9): e0163451*).

Назначение витамина D в дозе 2000 МЕ/сут новорожденным на 85% снижает риск развития сахарного диабета 1-го типа (*Гиттон, Лансет 2001, n=12 000*). В то же время низкие уровни 25(OH)D коррелируют с более высокими уровнями гликозилированного гемоглобина A1c (HbA1c%), тогда как у пациентов, принимавших витамин D, обнаруживаются лучшие показатели гликемического контроля (*Minerva Endocrinol, декабрь 2016 г.; 41 (4): 445–55; Савастуо С., PLoS One 8 сентября 2016 г.; 11 (9): e0162554*). Также достижение уровня 25(OH)D 40 нг/мл на 33% снижает риск развития сахарного диабета 2-го типа (*Сонг, Diabetes Care 2013, мета-анализ 18 исследований*).

На сегодня доказан повышенный риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, если уровень 25(OH)D <24 нг/мл (*Ванг, Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2012, мета-анализ, n=65 994*). Дефицит витамина D (уровень 25(OH)D <17 нг/мл у детей в возрасте 10±5 лет) связан с высоким риском возникновения инфаркта миокарда в возрасте 37±5 лет (OR=1,70; 95% CI : 1,15–2,31; p=0,0007) (*Джонсала М., J Clin Endocrinol Metab; апрель 2015 г., 100 (4): 1469–1476; n=2148*). Прием витамина D в дозе 4000 МЕ/сут в течение года у пациентов с хронической сердечной недостаточностью связан со значительным улучшением сердечной функции (фракция выброса левого желудочка (ЛЖ)+6,07% [95% CI: 3,20–8,95; p<0,0001] и обратного ремоделирования ЛЖ (конечный диастолический диаметр ЛЖ-2,49 мм (95% CI: от -4,09 до -0,90; p=0,002) и конечный систолический диаметр ЛЖ -2,09 мм (95% CI: от -4,11 до -0,06; p=0,043) (*Исследование VINDI-CATE, Витте К.К. Журнал Американского колледжа кардиологии, июнь 2016*).

Прием витамина D и поддержка уровня 25(OH)D в пределах 30 нг/мл, как представляется, связана с сокращением общего риска смертности на 9–28% (*Зиттерман; Am J Clin Nutr 2012, анализ 14 РКИ*). Изучение соотношения риска смерти от всех причин для низких (0–9 нг/мл) и высоких (>30 нг/мл) категорий 25(OH)D составило 1,9 (95% CI: 1,6–2,2; p<0,001).

Кроме того, докладчик акцентировал внимание на роли витамина D в акушерско-гинекологической практике. Так, доказано, что витамин D снижает уровень сыровоточного фактора роста эндотелия сосудов VEGF, что коррелирует с клиническим улучшением состояния у женщин с СПКЯ, которые имеют дефицит витамина D (*рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Нутриенты, 2017*). Причина развития СПКЯ остается неясной, исследования показывают, что дерегулирование VEGF, вероятно, играет роль в его развитии. Женщины с СПКЯ имеют значительно более высокие уровни VEGF, чем женщины без СПКЯ.

Данные имеющихся РКИ указывают на то, что витамин D может положительно влиять на развитие фолликулов и регулирование менструального цикла у больных с СПКЯ, а применение препаратов витамина D в сочетании с метформинном превосходит эффективность только метформина в восстановлении регулярного менструального цикла.

Докладчик отметил, что, по данным различных исследований, женщины с 25(OH)D ≥40 нг/мл имели на 59% более низкий риск возникновения преждевременных родов, чем при концентрации ≤20. Скорректированные коэффициенты риска развития преэклампсии (95% доверительные интервалы) для 25(OH)D <10 нг/мл составили 2,4 (1,2–4,8) по срав-

нению с уровнем 25(OH)D 30 нг/мл и выше. При этом подобная корреляция наблюдалась при преэклампсии различной степени тяжести.

В выводах докладчик подчеркнул, что прием витамина D следует рассматривать как важный дополнительный фактор в терапии первой линии многих заболеваний, расстройств и их осложнений, в том числе женской репродуктивной системы. Поэтому применение витамина D должно базироваться на соответствующих руководящих принципах. Женщины, которые планируют беременность, и беременные женщины должны безотлагательно начать прием витамина D.

**В докладе профессора В.И. Прохоровой «Дефицит витамину D і проблема ускладненні вагітності»** были проанализированы важнейшие аспекты недостатка витамина D в акушерской практике. Докладчик отметила, что около 95% витамина D<sub>3</sub> (холекальциферола) синтезируется в коже под воздействием ультрафиолетового излучения. Холекальциферол взаимодействует с сывороточным витамином D-связывающим белком и через двухступенчатый ферментативный путь с участием 25-гидроксилазы печени и 1 $\alpha$ -гидроксилазы (CYP27B1) экстракренальных тканей и тканей почек превращается в биологически активный гормон кальцитриол – 1 $\alpha$ -25(OH)2D<sub>3</sub>. В различных органах и тканях витамин D действует путем связывания с рецептором витамина D (VDR). Регуляция экспрессии VDR является одним из основных механизмов, с помощью которых клетки-мишени реагируют на кальцитриол и меняют режим функционирования. Поскольку VDR и 1 $\alpha$ -гидроксилаза обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, очевидна ассоциация витамина D с репродуктивным здоровьем. Витамин D имеет отношение к «истокам развития», воздействуя на программирование развития плода и новорожденного и дальнейший риск заболеваний в детстве и взрослой жизни. Эта зависимость обусловлена эпигенетическим программированием развития плода, что обуславливает риск формирования заболеваний в течение всей жизни.

Профессор обратила внимание, что в течение многих лет считалось, что дефицит витамина D в организме человека наблюдается тогда, когда его концентрация в крови составляет менее 8 нг/мл. Однако недавние исследования привели к переоценке параметров адекватного статуса витамина D в организме и продемонстрировали высокую распространенность его нехватки у населения многих стран мира. Согласно последним данным, оптимальным уровнем витамина D считается концентрация 25(OH)D в крови 30–50 нг/мл, недостаточностью – 20–29 нг/мл, дефицитом – <20 нг/мл, тяжелым дефицитом – уровень 25(OH)D <10 нг/мл. Большинство экспертов, отметила профессор, изучающих влияние витамина D на обменные процессы в организме, сходятся во мнении, что при дефиците 25(OH)D его концентрация ниже 20 нг/мл, а при недостаточности уровень 25(OH)D в сыворотке крови находится в пределах 21–29 нг/мл.

Однако, отметила докладчик, существуют контраргументы в рекомендациях по приему витамина D. Так, определение уровня 25(OH)D в сыворотке крови в настоящее время в Украине не входит в стандарты антенатального сопровождения беременности, а в Приказе МЗ Украины № 417 от 15.07.2011 г. «Об организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» указано: «Предоставление беременной развернутой информации по рациональному



питанию с особым упором на отсутствие необходимости рутинного приема витамина D ... (1-й визит)». Хотя в то же время в «Рекомендациях относительно поведения во время беременности» (Приказ МЗ Украины №417) содержится информация, что «во время беременности и лактации рекомендуется потреблять 10 мкг или 400 МЕ витамина D. Женщинам с недостатком витамина D и невозможностью находиться под солнечным освещением рекомендуется назначать препараты витамина D», а также, «что некоторые витамины, такие, как A, D, B<sub>12</sub>, могут накапливаться в организме и стать токсичными в больших дозах». Для практических врачей это затрудняет принятие решения о назначении витамина D.

Также докладчик акцентировала внимание на том, что дети матерей с низким уровнем витамина D в сыворотке крови во время беременности чаще болеют хроническими заболеваниями, такими, как астма, рассеянный склероз, сахарный диабет 1-го типа, у них диагностируют резистентность к инсулину, шизофрению. А уровень 25(OH)D<sub>3</sub> менее 20 нг/мл в 16 нед беременности связан с 2,7-кратным увеличением риска развития гестационного сахарного диабета на поздних сроках беременности. Рандомизированное контролируемое исследование с участием 350 женщин различных расовых и этнических групп установлено, что прием 4000 МЕ витамина D в день является наиболее эффективным в улучшении состояния здоровья беременных с дефицитом витамина D, при этом циркулирующий уровень 25(OH)D должен достигать 40 нг/мл.

В заключение докладчик привела собственные данные о течении беременности у женщин, которым корректировали недостаток и дефицит витамина D. Дифференцированная коррекция недостатка и дефицита витамина D с этапа прегравидарной подготовки и в течение всего периода гестации позволяет снизить частоту ранних и поздних осложнений гестационного процесса. Частота поздних осложнений беременности у женщин с корректируемым дефицитом витамина D была в 4,2 раза ниже, чем у беременных без коррекции D-статуса, что подчеркивает важность коррекции недостатка и дефицита витамина D с этапа прекоцепции и в течение всего гестационного процесса.

**В докладе «Сахарный диабет как глобальная медико-социальная проблема» поднимались важнейшие вопросы данной патологии. Профессор Б.Н. Маньковский** акцентировал внимание на актуальности этой проблемы. По данным 7-го Атласа (IDF, 2015), в мире зафиксировано 415 млн больных сахарным диабетом, а по прогнозам к 2040 году это количество увеличится до 642 млн.

Также автор обратил внимание слушателей на ключевые моменты (IDF, 2015) проблемы: гестационный сахарный диабет диагностируют у каждой 7-й беременной; каждые 6 с 1 человек умирает от осложнений сахарного диабета (5 млн смертей в год), 1 из 11 человек страдает сахарным диабетом, а к 2040 году будет болеть каждый 10-й человек на планете. Кроме того, по последним данным (США) распространенность диагностированного и недиагностированного сахарного диабета выросла с 5,5% в 1988–1994 гг. до 9,3% в 2005–2010 гг., предиабета – с 6 до 12%, ожирения – с 44 до 61%.

Вместо выводов докладчик охарактеризовал неотложные задачи, решение которых имеет важнейшее значение. А именно:

- Улучшение диагностики сахарного диабета 2-го типа
- Введение системы «реимбурсации» в обеспечении больных сахарным диабетом инсулином
- Устранение административных барьеров при выборе оптимальных индивидуализированных методов терапии лечащим врачом
- Создание системы референтного ценообразования
- Организация системы обучения больных сахарным диабетом по общим программам

- Обеспечение возможности самоконтроля заболевания
- Проведение скрининга на выявление ранних стадий развития диабетической нефропатии, диабетической ретинопатии, нейропатии
- Создание сети подиатрических кабинетов
- Обеспечение контроля сахарного диабета на основании определения уровня гликозилированного гемоглобина 2–4 раза в год
- Улучшение возможности заместительной почечной терапии и трансплантации почки у больных сахарным диабетом
- Организация скрининга всех беременных для своевременного выявления гестационного сахарного диабета
- Проведение медицинских, организационных мероприятий по улучшению контроля сахарного диабета у беременных с целью достижения исходов беременности при сахарном диабете, сопоставимых с таковыми в общей популяции.

**В докладе М.Ф. Аникусько «Оцінювання гормональної терапії з позиції стану грудної залози»** обговорювалися важливі питання взаємодії акушерів-гінекологів і онкологів. Докладчик зауважив, що при оцінці можливості менопаузальної гормонотерапії (МГТ) з позиції стану грудної залози існує конфлікт інтересів гінекологів і онкологів.

Роль гінеколога: призначення МГТ, визначення її тривалості, типу, оцінювання її ефективності і безпеки. Крім того, гінеколог може модифікувати ризик розвитку раку грудної залози (РГЖ).

Роль онколога: навчити гінеколога розпізнавати загрози для жінки при МГТ, зменшити ймовірність розвитку РГЖ.

Докладчик зауважив, що згідно з усіма рекомендаціями перед призначенням МГТ необхідно провести маммографію. Мета маммографії перед ініціацією МГТ – виключити оккультний РГЖ і передракові захворювання.

Захворювання грудної залози, зауважив докладчик, можна розділити на:

- Не підвищують ризик – аденоз, апокринні зміни, ектазія протоків, м'яка епітеліальна гіперплазія звичайного типу. При цій патології МГТ не протипоказана.
- Деякі підвищують ризик (в 1–2 рази) – гіперплазія звичайного типу, середня або виражена, папіллома, склерозуючий аденоз. При цій патології МГТ не протипоказана, однак тільки при активному динамічному спостереженні.
- Середні підвищують ризик (в 4–5 рази) – атипична гіперплазія або пограничні захворювання, атипична протокова гіперплазія, атипична долькова гіперплазія. МГТ – протипоказана!
- Сильно підвищують ризик (в 8–10 рази) – долькова карцинома *in situ* однієї або обох залоз, протокова карцинома *in situ* одностороння, локальна. МГТ категорично протипоказана!

Докладчик привів дані про оцінку п'ятирічного ризику розвитку РГЖ в залежності від щільності тканин грудної залози (BIRADS), віку, менопаузального статусу, призначення МГТ.

Ризик розвитку РГЖ був *найменшим* при низькій щільності залози (I):

- вік 55–59 років, п'ятирічний ризик розвитку РГЖ: 0,8% (95% CI: 0,6–0,9%) – для непринимавших МГТ і 0,9% (95% CI: 0,7–1,1%) – для приймалих ЗГТ – естрогени (Е), Е+прогестерони (Пр).

Ризик розвитку РГЖ був *найвищим* при високій щільності залози (IV):

- вік 55–59 років, п'ятирічний ризик розвитку РГЖ: 2,4% (95% CI: 2,0–2,8%) – для непринимавших МГТ, 3,0% (95% CI: 2,6–3,5%) – для приймалих монотерапію МГТ (Е) і 4,2% (95% CI, 3,7–4,6%) – для приймалих комбіновану МГТ (Е + Пр).

Автор зауважив, що дані досліджень вказують, що Е+Пр асоціювалися з більшим ризиком розвитку РГЖ у жінок з щільною тканиною грудної залози порівняно з не приймалими МГТ; Е в менопаузі не збільшували захворюваність РГЖ; Е підвищили ризик розвитку РГЖ у жінок в менопаузі з щільною тканиною грудної залози порівняно з не приймалими МГТ (але в меншій ступені, ніж Е+Пр); Е незначительно збільшували ризик розвитку РГЖ в менопаузі при середній щільності залози.

Підводячи підсумки, докладчик акцентував увагу на практичній цінності маммографії в визначенні щільності тканин грудної залози для можливості оцінки ризику МГТ, оптимізації діагнозу, скринингу, профілактичного лікування.

**В доповіді д-ра мед. наук Н.Ю. Педаченко «Ожиріння та ризик розвитку патології молочних залоз. Погляд дослідника»** розглядалися питання діагностики і лікування метаболічного синдрому в акушерстві і гінекології.

Сьогодні експерти ВОО оцінюють метаболічний синдром як пандемію ХХІ століття, його поширеність становить 25–35%. За прогнозами ВОО, в 2025 році в світі кількість людей з ожирінням досягне 300 000 000 осіб (ВОО, 2000; Чубриєва, 2008). В акушерстві і гінекології проблема метаболічного синдрому актуальна завдяки високій частоті овариально-менструальної дисфункції з наступним розвитком безпліддя і невиношування. Докладчик зауважив, що в даний час пріоритетним напрямком сучасної медицини є збереження фертильності і запобігання гормонозалежній онкологічній патології матки і грудної залози у жінок з метаболічним синдромом (Gross A., 2013; Hogn L.C., 2017), оскільки метаболічний синдром не тільки є фактором ризику розвитку кардіоваскулярних захворювань і цукрового діабету 2-го типу, але і предиктором гормонозалежній онкологічній патології, такої, як рак ендометрія і рак грудної залози.

Автор акцентувала увагу на тому, що найбільше вплив на формування ризику виникнення доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) має гіперінсулінізм: при підвищенні концентрації інсуліну вище 17,5  $\mu\text{IU/ml}$  ймовірність розвитку доброякісної патології груди збільшується майже в одинадцять разів, зниження рівня ліпокаліна менше 49  $\text{ng/ml}$  збільшує ймовірність розвитку ДЗГЗ в три рази, а зниження рівня адипонектину нижче 14,6  $\text{cg/ml}$  підвищує ймовірність розвитку ДЗГЗ в два рази.

Висновок докладчик нагадала, що вже доведено – дисфункція жирової тканини негативно впливає на жіночу фертильність і якість життя. Тому з метою своєчасного виявлення патології репродуктивної системи всім пацієнткам з метаболічним синдромом цілеспрямовано проводити скринингове ультразвукове дослідження статевих органів і грудних залоз, визначення рівня інсуліну, ліпокаліна і адипонектину для оцінки ймовірності розвитку ДЗГЖ.

**В докладе профессора В.А. Потапова «Неожиданные и ожидаемые результаты терапии микронизированным прогестероном гиперплазии эндометрия: клиническое и иммуногистохимическое исследование»** обсуждались дискуссионные вопросы патологии.

По данным докладчика, терапия гиперплазии эндометрия без атипии неэффективна при низкой экспрессии рецепторов прогестерона в клетках эндометрия (гормонорезистентные формы гиперплазии). Следовательно, при принятии решения о назначении препаратов прогестерона для терапии гиперплазии эндометрия желательнее провести исследование экспрессии рецепторов прогестерона в клетках эндометрия для уточнения точек фармакологического эффекта. Профессор В.А. Потапов также отметил, что максимальный терапевтический эффект микронизированного прогестерона в дозе 200 мг/сут при гиперплазии эндометрия с достаточно высоким уровнем экспрессии рецепторов прогестерона наблюдается только к 6-у месяцу терапии.

Докладчик отметил, что фармакологический антипролиферативный механизм микронизированного прогестерона связан с повышением дифференцировки клеток и снижением их способности к делению и, в меньшей степени, с блокадой эстрогеновых рецепторов и восстановлением контроля генов-супрессоров за клеточным циклом, нормализацией процесса апоптоза, баланса вновь образованных и отмерших клеток, что является патогенетическим обоснованием выбора микронизированного прогестерона для терапии гиперплазии эндометрия.

**В докладе профессора В.С. Свинцицкого «До питания диагностики нормы шейки матки»** были рассмотрены важные вопросы диагностики патологии шейки матки, при этом диагностика нормы включает цитологическое исследование (РАР-тест), ВПЧ-тестирование, кольпоскопию.

Докладчик остановился на практическом применении цитологической классификации, которая получила название «система Bethesda» (1989, 1991, 20014) и была предложена Национальным Институтом Рака в США:

- NILM (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy) – отрицательный на интраэпителиальные поражения и злокачественные новообразования;
- ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) – атипичные клетки плоского эпителия неопределенного происхождения;
- ASC-H (atypical squamous cells can not exclude HSIL);
- LSIL (Low-grade Intraepithelial Lesion) – поражение эпителия легкой степени или CIN-I;
- HSIL (High-grade Intraepithelial Lesion) – поражение эпителия тяжелой степени, термин объединяет дисплазию умеренной степени, дисплазию тяжелой степени и внутриэпителиальный рак (CIN2I и CIN3I соответственно); плоскоклеточная карцинома.

Автор акцентировал внимание на правилах подготовки к проведению цитологического исследования:

- оптимально 10–20-й день менструального цикла;
- нежелательно при воспалительных процессах;
- за 24 ч исключить использование любых вагинальных средств, половые контакты;
- забор материала не ранее чем через 24 ч после осмотра гинекологом и кольпоскопии;
- забор материала не ранее чем 5–6 нед после родов;
- забор материала не ранее чем через 3 нед после предыдущего цитологического забора;
- забор материала не ранее чем через 3 мес после хирургического вмешательства на шейке матки.

Докладчик отметил факторы, которые негативно влияют на качество цитологического мазка: менструация, воспаление, тяжелая атрофия, беременность, послеродовой период, кормление грудью, радиотерапия, и привел данные о заболеваемости раком шейки матки в США и Канаде, которая составляет 8,1 (6,6) и 8,1 (6,3) соответственно.

Докладчик представил принципы скрининга рака шейки матки в этих странах. До возраста 21 год скрининг рака шейки матки не проводят; ВПЧ-тестирование в этой группе не проводят с целью скрининга, а также с целью менеджмента патологических мазков. В возрасте 21–29 лет проводят исключительно цитологическое исследование один раз в три года; ВПЧ-тестирование в этой группе с целью скрининга не проводят. В возрастной группе 30–65 лет проводят ко-тест – цитологическое обследование и ВПЧ-тестирование один раз в пять лет (желательно) или цитологическое исследование каждые 3 года (допустимо). В этой группе только ВПЧ-тестирование как скрининговый метод в клинических условиях не рекомендуется. У женщин старше 65 лет скрининг не проводят при условии нормальных предыдущих цитологических мазков. В случае наличия в анамнезе CIN2 и более, проводят рутинный скрининг в течение следующих 20 лет. Вакцинированные женщины подлежат скринингу на общих условиях.

**В докладе «Преждевременные роды: лечение и профилактика» профессора Meile Minkauskiene (Литва)** обсуждались причины и возможности профилактики данной патологии.

Преждевременные роды (ПР) являются одним из главных синдромов в акушерстве и характеризуются разнообразной этиологией, взаимодействием генов и окружающей среды, длинным латентным периодом, клиникой часто адаптивного характера, активным участием плода.

Докладчик отметила, что полезными интервенциями при преждевременных родах являются: измерение длины шейки матки ультразвуком, когда есть симптомы или факторы риска; введение стероидов, краткосрочный токолиз; отсроченное пережатие пуповины.

Сегодня, по словам докладчика, одним из важных вопросов является применение сульфата магния, поскольку его нейропротекторное действие уменьшает число погибших нейронов, блокирует глутаматные N-метил-D-аспаратат (NMDA)-рецепторы и тем самым препятствует притоку кальция в клетку, уменьшает высвобождение воспалительных цитокинов, образование свободных радикалов и оксида азота при ишемии, проявляет антиапоптотическое действие. Применение сульфата магния производит вазодилатирующий эффект: улучшает мозговое кровообращение, уменьшает гипоксически-ишемическое повреждение, стабилизирует артериальное давление; кроме того, не влияет на частоту оценки меньше 7 по шкале Апгар через 5 мин или на потребность ИВЛ. Однако, отметила докладчик, в группе применения больших доз сульфата магния фиксировали повышение перинатальной смертности и увеличение числа случаев некротического энтероколита, что диктует применение сульфата магния только в активной фазе ПР, а длительное применение (>48 ч) противопоказано (FDA – категория D).

Докладчик также акцентировала внимание на том, что применение стероидов снижает перинатальную смертность на 50%.

Отдельно докладчик остановилась на применении прогестерона, который имеет токолитический, противовоспалительный эффекты, ингибирует созревание шейки матки, предотвращает ПРПО. Его применение снижает (Кокрановский мета-анализ, 2010): частоту ПР на 50%, если в анамнезе были спонтанные ПР и на 45% – при укороченной шейке

матки; на 50% – неонатальную смертность и заболеваемость, частоту желудочковых кровоизлияний и респираторного дистресс-синдрома. Автор отметила, что для того, чтобы предотвратить 1 преждевременные роды до 33 нед, надо назначать прогестерон 12 беременным с укороченной шейкой матки (10–20 мм) (*мета-анализ 2016: 5 исследований, n=974, OPTIMUM*).

Однако, отметила докладчик, существуют нерешенные вопросы применения прогестерона:

- одинаково ли эффективен прогестерон в дозе 90, 100 и 200 мг/день;
- не доказана эффективность лечения активных ПР или после эпизода ПР в сроке 24–34 нед беременности;
- не определена эффективность при очень короткой шейке матки.

Еще одним дискуссионным вопросом, которому уделила внимание докладчик, является применение антибиотиков при ПР. По последним данным, назначение антибиотиков до ПРПО не снижает частоты инфекций новорожденных, и даже может увеличить неонатальную смертность и смертность до 7 лет. В то же время, заключила профессор, эпизод ПР, индуцированный инфекцией или другими факторами, подавляется антибиотиками (иммунный ответ ослаблен), беременность и, следовательно, воспаление и инфицирование плода продолжается, что увеличивает риск поражения мозга плода.

**Профессор Sonia Andersson (Швеция) в докладе «Эпидемиология рака шейки матки»** остановилась на ключевых аспектах проблемы.

Сегодня рак шейки матки является основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Каждый год его диагностируют приблизительно 540 000 женщин, из них умирает около 275 000 человек, 88% из которых – в развивающихся странах (2008 г.). Частота рака шейки матки в Швеции составляет 7,5/100 000 женщин. Рак шейки матки в Швеции является относительно редким событием. Ежегодно регистрируют около 500 новых случаев заболевания и 200 смертей, а пятилетняя выживаемость составляет 62%. Такая низкая частота рака шейки мат-



ки в Швеции обусловлена в первую очередь профилактикой путем скрининга. Шведским женщинам в возрасте от 23 до 50 лет предлагается сдавать мазок по Папаниколау каждые три года, а для лиц в возрасте от 50 до 64 лет – каждые 7 лет.

Целью является выявление ранних поражений шейки матки и их лечение до развития рака шейки матки. Из приблизительно одного миллиона мазков по Папаниколау, ежегодно проводимых в Швеции, около 8% (54 000 образцов) показывают признаки атипии.

Докладчик напомнила, что папилломавирус человека вызывает около 5% всех видов рака в мире (10% у женщин) и является самой распространенной в мире инфекцией, передающейся половым путем. Исследования показывают, что более 80% сексуально активных женщин были инфицированы ВПЧ в возрасте до 50 лет. Докладчик показала, что ВПЧ 16-го и 18-го типа вместе наблюдаются в 70% всех случаев карциномы шейки матки, 70% предраковых и 50% случаев потенциально предраковых изменений клеток шейки матки.

Автор акцентировала внимание на тех женщинах, которые должны проходить тестирование на ВПЧ. Это женщины с незначительными цитологическими нарушениями, ВПЧ-тест при первичном скрининге, женщины, прошедшие лечение по поводу CIN, пожилые женщины.

Докладчик отметила, что по их данным, 50% всех случаев плоскоклеточной карциномы шейки матки выявляют у женщин старше 50 лет, хотя только <10% поражений прекурсоров обнаруживают с использованием цитологии в этой возрастной группе, то есть у женщин в период менопаузы эффективность цитологии снижается, а частота случаев рака повышается. В период менопаузы ВПЧ-тест обнаружил в три раза больше женщин с CIN2+ по сравнению с цитологией. В исследовании из Швеции было установлено, что образцы мазков женщин с CIN2+ при биопсии составляли 0,75% (10/1329) от всех образцов, а соответствующая цифра для выборки клеток с помощью мазка по Папаниколау составляла всего 0,25% (15/5943). Таким образом, отметила докладчик, тест на ВПЧ имеет значительно более высокую чувствительность, а также более высокую специфичность.

В заключение докладчик акцентировала внимание на том, что ВПЧ-скрининг более чувствительный к CIN2+ во всех возрастных группах, а после отрицательного теста на ВПЧ наблюдается более длительный период низкого риска развития рака шейки матки.