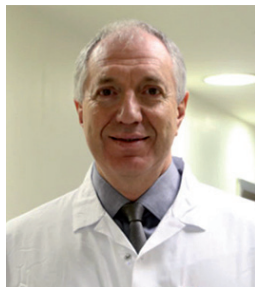


# III міжнародний конгрес «Репродуктивне здоров'я: мультидисциплінарний підхід в безперервному професійному розвитку лікарів»



**Геннадій Бітман**, директор урогінекологічного підрозділу, відділення акушерства та гінекології госпіталю «Мааупеі Наяешуа» Бней-Брак, Ізраїль, у своїй доповіді «**Використання ін'єкційних препаратів для лікування інконтиненції – Bulkamid**» розповів про сучасні методи лікування інконтиненції.

У сучасному світі, де позалонна уретропексія і трансобтураторне проведення слінгу залишилися за

бортом прогресу, виникає запитання – які є альтернативи? І у відповідь автор представляє порівняно новий метод – топічне введення м'якого гідрогелю, який складається з 2,5% поліакриламідом і 97,5% води. Це надає додаткового обсягу сечівнику і діє як каркас, через який проростають клітини, допомагаючи досягти тривалого полегшення симптомів при стресовій інконтиненції.

Доповідач наголосив, що даний метод підходить для жінок:

- старшого віку, яким вже не можна провести уретропексію через інвазивність процедури і небажаність використання загального знеболювання;
- з ізольованою недостатністю внутрішнього сфінктера сечівника;
- з нереалізованими репродуктивними планами;
- з відносними протипоказаннями до оперативних втручань;
- які віддають перевагу малоінвазивним процедурам;
- зі змішаною формою інконтиненції;
- з інконтиненцією de novo, імперативним нетриманням після проведення слінгу, імперативною стресовою інконтиненцією, а також стресовою інконтиненцією з недостатнім випорожненням сечового міхура;
- з неоптимальним зменшенням симптомів після оперативного лікування;
- у період постменопаузи;
- які перебувають на довгочасній антикоагулянтній терапії;
- які не здатні до обмеження фізичної активності у післяопераційний період;
- молодого віку, у яких процес не яскраво виражений;
- з аутоімунними запальними або сполучнотканинними захворюваннями.

Доповідач також окреслив наявні дослідження з оцінкою ефективності представленого методу. Дослідження G. Lose, L. Mouritsen, J.B. Nielsen (2006) встановило, що 81% пацієнтів не мали скарг або відчували значне поліпшення через 12 міс. Європейське дворічне мультицентрове дослідження (Toozs-Hobson P, Al-Singary et al., Int. J Urogynecol, 2012) засвідчило через 24 міс спостереження значне зменшення підтікання (89%) та епізодів нетримання сечі (83%), відсутність проблем з безпекою при рівні відповіді на лікування 64% зі збереженням поліпшення за шкалами ICIQ і VAS. У північноамериканському дослідженні Bulkamid (Sokol et al, Int., J.

Urology, 2014) було отримано наступні дані: 76,5% пацієток відчували поліпшення при застосуванні Bulkamid проти 70,6% при Contigen, не зафіксовано значних побічних ефектів від Bulkamid, а небажані прояви, пов'язані з апаратурою, були однакові в обох групах.

Підводячи підсумки, Геннадій Бітман зазначив, що згідно з останніми даними, цей метод рекомендується використовувати як метод першої лінії терапії у пацієнтів зі стресовою інконтиненцією.



У доповіді «**ЗГТ і рак молочної залози: За і проти**» професор **Марк П. Брінкат** окреслив актуальність питання ракової патології у всьому світі, у тому числі і раку молочної залози, та підкреслив, що за даними дослідження, проведеного у США, одна з восьми жінок буде мати епізод раку молочної залози протягом життя. Доповідач звернув увагу на так звані методи

ризик-лікування для жінок з групи високого ризику, до яких можна віднести:

- Періодичне обстеження
- Хіміопрофілактику
- Профілактичну мастектомію
- Профілактичну оофоректомію.

Професор наголосив на важливості зміни способу життя та детально зупинився на питаннях хіміопрофілактики і нагадав про її різні варіанти:

- Первинна: Запобігання розвитку раку у здорових жінок
- Вторинна: Запобігання розвитку раку у жінок з первинними змінами
- Третинна: Запобігання рецидиву раку у жінок з раком в анамнезі.

Доповідач наголосив, що дані з дослідження WHI свідчать, що:

- При монотерапії естрогенами жінки після гістеректомії не мають підвищеного ризику розвитку раку грудей до 7 років після початку МГТ.
- На противагу використанню комбінованої терапії естрогенами і прогестинами засвідчило, що жінки зі збереженою маткою мали підвищений ризик розвитку раку грудей протягом 5 років.
- Представлені результати свідчать, що монотерапія естрогенами була більш безпечною порівняно з комбінованою терапією (естроген плюс прогестин), принаймні, в короткій перспективі для жінок з гістеректомією в анамнезі.

Однак, підкреслив професор М. Брінкат, наведені дані в основному були зібрані до публікації результатів дослідження «Women's Health Initiative», а на сьогодні більшість схем МГТ відрізняються від тих, що використовувались у дослідженні WHI.

Професор наголосив, що ризик використання МГТ повинен оцінюватися для кожної жінки окремо, включаючи мож-

ливу тяжкість симптомів, а також потенційні переваги МГТ для здоров'я кісток і серцево-судинної системи.

На завершення доповідач навів висновок Британської спільноти менопаузи:

Перегляд результатів 58 досліджень, з яких 24 були проспективними, засвідчив зростання інцидентності раку грудей за відсутності зростання рівня смертності.

Серед результатів, як і згадувалося, була монотерапія естрогенами (системна), яка показала себе краще, ніж циклічне застосування Е + П, яке, у свою чергу, є кращим, ніж безперервне застосування Е + П.

Загальні результати свідчать, що пацієнти накопичують фактори ризику протягом всієї тривалості життя, спосіб життя є значним фактором, що збільшує ризики, а гормональна терапія може потенційно інгібувати фінальні стадії прогресії тканини до раку – запобігання на найвищому рівні спостерігалось серед тих, хто перебував на високих дозах естрогенів.

У своїй доповіді «**Перименопаузальна контрацепція. Які сучасні опції ми маємо?**»

**Крістіян Егартер**, завідувач кафедри гінекологічної ендокринології та репродуктивної медицини університету Вени, зазначив, що перименопаузальний період характеризується значними змінами в організмі жінки, а саме – появою ановуляторних циклів, недостатністю естрогенів тощо.



Однак це не означає миттєвої втрати жінкою здатності до запліднення. Відомі факти природної вагітності і пологів у віці 59 років, що зумовлює необхідність контрацепції в даний період життя.

За даними Ладера та Хопкінса, які досліджували використання методів контрацепції у різні вікові періоди, у віці 45–49 років 22% жінок використовують презервативи, 32% – стерилізацію партнера, 24% – хірургічну стерилізацію та 8% – протизаплідні таблетки. Доповідач наголосив, що здорові жінки можуть продовжувати вживання гормональних контрацептивів до п'ятдесяти років при лікуванні доброякісних гінекологічних захворювань.

Серед яскравих переваг комбінованих оральних контрацептивів (КОК) є значне зниження частоти госпіталізацій при таких станах, як маткові кровотечі, дисменорея, покращання стану при акне, передменструальному синдромі, масталгії. За даними Королівського коледжу сімейних лікарів та їхнього обсерваційного дослідження, у якому брали участь 46 000 пацієнок, у тих, хто вживав КОК, відзначено зменшення інцидентів раку будь-якої локалізації порівняно з пацієнтками, які ніколи не вживали КОК. Крім того, серед пацієнок, які використовували КОК, відзначено суттєве, більш ніж у два рази зниження частоти раку тіла матки та яєчників.

Професор також зазначив, що існує оборотна контрацепція довготривалої дії, до якої належать мідні внутрішньоматкові спіралі, внутрішньоматкові системи з прогестагенами, ін'єкційні препарати та підшкірні імплантати. До переваг даних методів належать висока ефективність, у тому числі відсутність помилок при вживанні з боку пацієнта; відсутність тромбоемболічних ризиків, хороше співвідношення ціна–якість, високий комплаєнс пацієнок. Доповідач також нагадав про бар'єрний метод контрацепції, який не має обмежень за віком та має додаткові переваги – захист від венеричних захворювань, можливість додаткового використання лубрикантів та кремів з естрогенами.

Професор **Марк П. Бринкат** у доповіді «**СПКЯ і ендометріоз**» відзначив, що СПКЯ є однією з найбільш поширених ендокринопатій серед жінок репродуктивного віку, діагностується приблизно у 10% всіх жінок і є головною причиною порушення менструального циклу і надлишку андрогенів у жінок. Діагностичні критерії СПКЯ продовжують уточнюватися протягом останніх десятиліть, однак вони все ще залишаються суперечливими.

Критерії NIH / NICHD (1990): олігоовуляція, ознаки надлишку андрогенів (клінічно або біохімічно), виключення інших патологій, які можуть призводити до порушення регулярності менструацій.

Роттердамські критерії ESHE / ASRM (2003): олигота(або) ановуляція, клінічні або біохімічні ознаки гіперандрогенії, полікістоз яєчників при трансвагінальній сонографії. Мають бути наявні 2 з 3 критеріїв.

Асоціація з вивчення СПКЯ (2006): клінічні або біохімічні ознаки гіперандрогенії, олиго- і(або) ановуляція і(або) полікістоз яєчників при УЗД, виключення інших причин гіперандрогенії й інших змін. Усі критерії повинні бути наявні.

Доповідач наголосив, що етіологія СПКЯ до кінця не вивчена, вибір лікувальної тактики залежить від репродуктивних планів пацієнтки.

Лікування жінок з СПКЯ, у яких немає репродуктивних планів, має бути спрямовано на боротьбу з основними симптомокомплексами:

- Ожиріння та інсулінорезистентність
- Аномальні маткові кровотечі
- Гіперандрогенія.

Згідно з керівництвом Товариства ендокринологів, зміна способу життя – це перша лінія лікування для пацієнок із надмірною масою тіла та ожирінням. Метформін рекомендується при порушенні толерантності до глюкози або змінах ліпідного профілю, які не можна скоригувати зменшенням маси тіла.

КОК розглядається як перша лінія медикаментозного лікування для жінок з СПКЯ і аномальними матковими кровотечами або шкірними ознаками гіперандрогенії (гірсутизм і(або) акне). Якщо гірсутизм або акне не зменшуються при застосуванні КОК, слід використовувати косметичні та фізичні методи зменшення оволосіння, а також антиандрогенну терапію.

- Лікування за бажання відновити фертильність передбачає:
- Нормалізацію маси тіла і фізичні вправи. Навіть втрата від 5% до 7% маси тіла приводить до зменшення рівня тестостерону і відновлює овуляцію у 80% пацієнок з ожирінням і надмірною масою тіла.
- Зменшення інсулінорезистентності.
- Індукцію овуляції з використанням кломіфен цитрату.
- Лікування гонадотропінами і ФСГ.
- ЕКЗ.

У своєму виступі професор Бринкат зупинився також на проблемі ендометріозу. Доповідач відзначив, що згідно зі статистичними даними, поширеність цієї патології у гінекологічних пацієнок, за даними різних джерел, коливається від 1 до 50%, в основному серед жінок у віці від 25 до 45 років. На сьогодні патогенез ендометріозу у повному обсязі не з'ясований, однак поліетіологічність та мультифакторність процесу не викликає сумнівів.

Серед симптомів ендометріозу найбільш часто спостерігаються біль, прогресивна дисменорея, диспареунія, біль під час дефекації, порушення менструального циклу, безпліддя. Діагностика ґрунтується на даних анамнезу, клінічних проявах, УЗД-діагностиці та підвищенні СА-125, однак «золотим стандартом» діагностики була і залишається лапароскопія. Професор наголосив, наскільки важливою є індивідуалізація

терапії, яка має залежати від тяжкості симптомів, віку пацієнтки, її бажання зберегти фертильність та подальших репродуктивних планів.

Якщо розглядати загальний підхід до лікування ендометріозу, то основними цілями є контроль больових відчуттів та збереження або відновлення фертильності. Однак пацієнтці має бути роз'яснено, що захворювання є хронічним і вимагає тривалого лікування.

На жаль, на сьогодні не визначено оптимального методу лікування ендометріозу. Для медикаментозного лікування застосовується широкий спектр засобів, у тому числі гестагени, аналоги гонадотропін-рилізінг-гормону, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом. Показаннями до хірургічного лікування є ендометріоми великих розмірів, хронічний тазовий біль та безпліддя. Серед методик хірургічного лікування виділяють органозберігальні методи, які передбачають збереження оваріальної функції і фертильності та радикальні операції (гістеректомія, сальпінгоофоректомія).

На завершення професор М. Бринкат представив лікувальні підходи, які використовує у своїй практиці:

1-а лінія терапії: нестероїдні протизапальні засоби/КОК/пероральні прогестагени.

2-а лінія терапії: внутрішньоматкова система з левоноргестрелом.

3-я лінія терапії: аналоги гонадотропін-рилізінг-гормону.

4-а лінія терапії: інгібітори ароматази +/- КОК/ ГтРГ/ прогестагени.

5-а лінія: гестринон / даназол.

Професор **Д.Г. Коньков** доповідь «Тяжка преєклампсія та еклампсія: алгоритм дій медперсоналу» розпочав з клінічного випадку:

«Вісімнадцятирічна дівчина доставлена у пологовий будинок каретою швидкої допомоги зі скаргами на сильний головний біль, нудоту, зменшення рухів плода, набряки на кінцівках. АТ – 160/70 мм рт.ст., пульс – 88 за 1 хв. Не пам'ятає дати останньої менструації, вагітність була діагностована на УЗД у 23 тиж гестації. На сьогодні – 37 тиж вагітності. При відвідуванні жіночої консультації АТ – 120/65–135/70 мм рт.ст., аналіз сечі в нормі. АТ останній раз вимірювали 1 тиж тому і він становив 130/70 мм рт.ст., білок у сечі відсутній.

Сьогодні вранці вона прокинулася з головним болем, який зберігався, незважаючи на вживання парацетамолу. З її слів, зір трохи розмитий. Пацієнтка також повідомляє про нудоту та біль в епігастрії, блювання не було. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Передлежання плода головне, головка притиснута до входу в малий таз. Визначаються набряки на обличчі, нижніх та верхніх кінцівках. У машині швидкої допомоги пацієнтці введено папаверин 4 мл внутрішньом'язово, фуросемід 2 мл внутрішньом'язово, магнезія 5 мл внутрішньом'язово.

З лабораторних досліджень: Нв – 106 г/л, тромбоцити –  $126 \times 10^9$ /л, загальний білок – 45 г/л, натрій – 141 ммоль/л, калій – 4,0 ммоль/л, сечовина – 3,8 ммоль/л, аланінтрансаміаза – 18,0 МО/л, креатинін – 92 мкмоль/л, лужна фосфатаза – 74 МО/л, білірубін – 12 мкмоль/л, альбумін – 20 г/л. Білок у сечі – 3 г/добу.

У приймальному покої – АТ 210/120 мм рт.ст.

- Ніфедипін 5 крапель (АТ через 5 хв – 200/115 мм рт.ст.)
- Урапідил 5 мл (190/105 мм рт.ст.) – 5 мл (175/105 мм рт.ст.) – 5 мл (160/105 мм рт.ст.)

- Магнезія 16+34 болюсно за 10 хв. Переведена на підтримувальну 30+220 (1 г/год)
- Кисень 6–8 л/хв.
- Через 30 хв стан стабільний. АТ 150/90 мм рт.ст., С/б плода 134 за 1 хв. Переведена у ВРІТ, розродження».

Професор нагадав критерії тяжкої преєклампсії, яка визначається як тяжка гіпертензія (САТ вище 160 або ДАТ вище 110 мм рт.ст.) з протеїнурією (більше 3 г/добу) або гіпертензія будь-якого ступеня у поєднанні з більш ніж одним з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- протеїнурія;
- порушення зору;
- набряк диску зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці;
- нудота, блювання;
- біль у правому підбер'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлекси;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез менший за 0,5 мл/кг на 1 год);
- кількість тромбоцитів нижче  $100 \times 10^9$ /л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ або АлАТ вище 70 МО/л).

Доповідач зазначив, що еклампсія – це один чи більше судомних нападів у хворой з преєклампсією, а HELLP-синдром характеризується гемолізом еритроцитів, підвищенням рівня печінкових ферментів та низьким рівнем тромбоцитів (нижче  $100 \times 10^9$ /л).

Одним з найважливіших моментів у веденні пацієнток із тяжкою преєклампсією, на думку професора, є своєчасне прийняття рішення про розродження вагітної, показаннями до якого є:

- Тяжка форма ЗВУР
- Скопрометований стан плода
- Термін гестації, більший або рівний 37 тиж
- Еклампсія
- Відшарування плаценти
- Гострий набряк легенів
- Неможливість контролювати гіпертензію, незважаючи на адекватну антигіпертензивну терапію
- Зменшення кількості тромбоцитів
- Ознаки печінкової недостатності
- Ознаки ниркової недостатності
- Стійкі неврологічні симптоми
- Постійний біль в епігастрії, нудота або блювання з підвищенням рівня трансаміназ.

Важливою є стабілізація пацієнтки до пологів, яка передбачає контроль або профілактику еклампсії, контроль тяжкої гіпертензії, корекцію коагулопатії тощо.

Доповідач наголосив, що можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках преєклампсії, за відсутності показань до кесарева розтину та при задовільному стані плода. Однак кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, терміну вагітності, стану матері та плода, можливостей лікувального закладу, досвіду лікарів.

*Термін менше ніж 34 тиж*

- Прагнєть продовжити вагітність, де можливо, щоб покращити прогноз для плода.
- Антенатальні кортикостероїди – для профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода.
- Сульфат магнею – для нейропротекції при вагітності менше 30 тиж.

Підготовлена неонатальна команда (можливе залучення неонатальної реанімації).



### Термін 34–36<sup>+</sup> тиж

- Для жінок з помірним збільшенням АТ негайне розродження може зменшити і без того невеликий ризик несприятливих наслідків для матері, однак ризик виникнення синдрому респіраторного дистресу новонароджених значно збільшується.
- Розгляньте можливість очікувальної тактики та моніторингу, поки клінічна ситуація не погіршиться.
- Консультація спеціалістів вищого рівня (у разі потреби).

### Термін 37 тиж і більше

- Заплануйте пологи з урахуванням потреб у ресурсах.
- При тяжкій преeklampsії не відкладайте пологи (за винятком випадків, коли можливе досягнення стабілізації).

Доповідач особливо наголосив, що при HELLP-синдромі очікувальна тактика підвищує частоту відшарування плаценти та вірогідність материнської смерті, що вимагає планування розродження якнайшвидше.

Професор **В.І. Медведь** виступив з доповіддю «**Контраверсійні положення Рекомендацій ESC-2018 щодо ведення серцево-судинних хвороб у вагітних: давайте обговоримо**». Згідно зі статистичними даними, поширеність хвороб системи кровообігу серед вагітних в Україні збільшується з кожним роком, а кардинальними питаннями кардіоакusherської тактики є:



- Припустимість виношування вагітності.
- Медикаментозне і хірургічне лікування під час вагітності.
- Термін, спосіб і місце розродження.

Доповідач зупинився на деяких положеннях рекомендацій ESC-2018 і прокоментував їх.

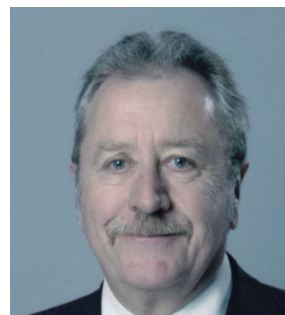
*Легенева артеріальна гіпертензія є протипоказанням до виношування вагітності.* На думку доповідача, в цьому питанні не можна бути настільки категоричними, оскільки пацієнтки з легким та середнім ступенем тяжкості патології цілком можуть вагітніти та виношувати вагітність під наглядом відповідних спеціалістів.

Схожа ситуація і з *мітральним стенозом*, оскільки, згідно з рекомендаціями, вагітність при цій патології протипоказана. Однак, на думку професора, через те, що протипоказань до хірургічного або інтервенційного втручання під час вагітності немає, а власний досвід спостереження налічує понад 150 успішно проведених випадків, то переривання вагітності, особливо першої, є не виправданим.

Водночас із *неоперованими ціанотичними вродженими вадами серця* ситуація є протилежною. Тоді як рекомендації говорять про можливість виношування вагітності, доповідач приводить дані, які переконливо свідчать про високу імовірність материнської смерті, та зазначає, що неоперовані ціанотичні вади серця є протипоказанням до виношування вагітності.

Також професор Медведь зупинився на інших недоліках та суперечностях модифікованої класифікації материнського кардіоваскулярного ризику ВООЗ, а саме – зазначив відсутність у ній ІХС та її ускладнень, дилатаційної кардіоміопатії та наявності категорій ризику II–III без жодних додаткових вказівок.

**Джон К. Стівенсон** у своїй доповіді «**Гормональна контрацепція і інфаркт міокарда**» навів статистичні дані стосовно інцидентності інфаркту міокарда серед жінок, зазначивши її зростання з віком до 40 випадків на 100 000 пацієнток у віці 45–49 років. Доповідач нагадав, що статеві стероїди впливають на ліпідний обмін: підвищують рівень ЛПВЩ-Х, зменшують рівень ЛПНЩ-Х та збільшують рівень тригліцеридів (при використанні пероральних форм). Однак ці впливи можуть бути скориговані при додаванні прогестерону.



Крім того, доповідач зазначив, що КОК впливають на рівні глюкози й інсуліну залежно від типу естрогену: збільшення/зменшення відповіді на глюкозу та збільшення/зменшення відповіді на інсулін. І знов таки відзначив, що ці впливи можуть бути змінені при додаванні прогестерону.

Доповідач нагадав, що серед небажаних ефектів КОК на серцево-судинну систему відзначається підвищення рівня тригліцеридів, інсулінорезистентність, активація каскаду коагуляції, судинне запалення та негативне ремоделювання судин. Автор звернув увагу, що інцидентність інфаркту міокарда у жінок у пременопаузі вкрай низька. І хоча КОК може підвищити ризик виникнення інфаркту міокарда, інцидентність залишається вкрай низькою, однак жінки з попередньо існуючими факторами ризику ІХС знаходяться в групі найвищого ризику при використанні КОК. Доповідач також підкреслив, що прогестагени у складі КОК можуть впливати на зазначені ризики, тому слід орієнтуватись на третє покоління КОК, яке має найнижчий рівень ризику.

Надзвичайно актуальною і практично спрямованою була доповідь «**Особливості антибактеріальної терапії під час вагітності**» професора **В.І. Медведя**, у якій він навів основні показання до системного призначення антибактеріальних засобів вагітним:

- Безсимптомна бактеріурія
- Гострі інфекції сечових шляхів
- Пневмонія
- Токсоплазмоз (первинне інфікування)
- Наявність або підозра на стрептокок групи В
- Кесарів розтин (інтра- чи періопераційна профілактика)
- Група ризику інфекційного ендокардиту (перипартальна профілактика)
- Туберкульоз
- Сифіліс.

Доповідач наголосив на важливості дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії в період вагітності:

- Антибіотики підбирають з урахуванням можливого впливу на ембріон, плід, новонародженого
- Застосовують дози вищі, ніж рекомендовані поза вагітністю
- Інтервал між уведеннями скорочують (для часозалежних антибіотиків)
- Оцінювання клінічної ефективності проводять через 48 год після початку лікування.

Доповідач також нагадав про особливості фармакокінетики антибіотиків під час вагітності, до яких належать збільшення об'єму розподілу, зниження біодоступності при вжи-

вані *per os*, збільшення частки вільного, не зв'язаного з альбумінами препарату, прискорення метаболізму та елімінації і трансплацентарний перехід.

Професор наголосив, що прямі фармакокінетичні дослідження довели:

- зменшення концентрації у плазмі крові ампіциліну, метициліну, диклоксациліну, оксациліну, цефалексину, цефалотину, цефтазидиму, гентаміцину, канаміцину, тобраміцину, сизоміцину, еритроміцину, нітрофуранів;
- відсутність відмінностей у концентрації цефалоридину, кліндаміцину, хлорамфеніколу, метронідазолу, триметоприму.

Автор також наголосив на необхідності розуміння можливості застосування антибактеріальних засобів під час вагітності та навів класифікацію FDA щодо безпечності їхнього використання:

Категорія А – не має;

Категорія В – Пеніциліни, цефалоспорини I–IV генерації, монобактами, макроліди (крім кларитроміцину), меропенем, фосфоміцину трометамол, ніфуроксазид;

Категорія С – Сульфаніламід (у тому числі у поєднанні з триметопримом), нітроксолін, метронідазол, ізоніазид, піразинамід, етамбутол, фторхінолони;

Категорія D – Аміноглікозиди (крім гентаміцину), тетрацикліни, хлорамфенікол;

Категорія X – не має.

Остаточно не встановлено приналежність до категорій FDA наступних препаратів: спектиноміцин (B?), ванкоміцин (B?), поліміксини (C?), лінкозаміди (C?), хінолони (C?), тейкопланін, тіамфенікол, тнідазол, орнідазол, фузидієва кислота, протіонамід, етіонамід, цефалоспорини V генерації (B?), оксазолідинони.

У своїй доповіді «**Дисфункція ендометрія у жінок із синдромом полікістозних яєчників: інсулінорезистентність і сучасні підходи до лікування**» Мар'яна Полсон тезисно нагадала, що синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є одним з найбільш поширених ендокринологічних порушень серед жінок фертильного віку, частота становить 5–10%, призводить до безпліддя та порушень менструальної функції. Приблизно 75% жінок з СПКЯ мають інсулінорезистентність та гіперінсулінемію. Жінки з СПКЯ та інсулінорезистентністю демонструють нижчу частоту імплантації та настання вагітності порівняно з жінками з СПКЯ та нормальним рівнем інсуліну.

Автор звернула увагу, що інсулін здійснює вплив на ендометрій, а саме – гіперінсулінемія знижує рівень добре відомого фактора децидуалізації ендометрія, інсуліноподібного фактора росту-1 (IGFBP-1) і таким чином впливає на рецептивність ендометрія та імплантацію. У той самий час інсулін впливає на рівень прокінетицину-1 (Prokineticin-1 – PROK-1), який бере участь у процесі імплантації ембріона, що може призводити до порушення плацентації і у подальшому – до ускладнень вагітності.

Доповідачка озвучила гіпотезу, що індивідуально підібрана дієта та фізичні тренування можуть покращити як загальну чутливість до інсуліну, так і стан ендометрія у жінок з СПКЯ. На підтримку даної гіпотези було проведено декілька досліджень, за результатами яких зроблено наступні висновки:

- У жінок з СПКЯ та надмірною масою тіла рівень молекул інсулінової сигнальної системи нижчий, ніж у здорових жінок з такою самою масою тіла.
- Дієта та фізичні навантаження підвищують рівень молекул інсулінової сигнальної системи ендометрія у жінок з СПКЯ та надмірною масою тіла.

- Підвищення рівня IRS1 (Insulin receptor substrate 1) і GLUT1 у жінок з СПКЯ та надмірною масою тіла може позитивно впливати на гомеостаз глюкози в ендометрії та покращення його стану.

*(Insulin receptor substrate 1 (IRS1) є критично важливим елементом в сигнальних шляхах інсуліну, і, як повідомляється, мутації гена IRS1 відіграють роль у визначенні сприйнятливості до ознак, пов'язаних з діабетом 2-го типу (інсулінорезистентність).*

*Glucose transporter 1 (GLUT1) – транспортер глюкози 1, є білком-уніпортером, який у людини кодується геном SLC2A1. GLUT1 полегшує транспорт глюкози через плазматичні мембрани клітин.)*



Професор **Р.О. Ткаченко** у своїй доповіді «**Кесарів розтин. Рекомендації PROSPECT 2019**» зазначив, що кесарів розтин – найбільш часте хірургічне втручання у світі.

На сьогодні оптимальним варіантом анестезії для кесарева розтину є комбінована спінально-епідуральна анестезія або спінальна анестезія. Немає ніяких доказів корисності анагетиків для рекомендації загальної анестезії порівняно з нейроаксіальною анестезією (тобто епідуральною анестезією, спінальною анестезією і комбінованою спінально-епідуральною анестезією) через відсутність прямих порівняльних досліджень. Проте методи нейроаксіальної анестезії рекомендуються з міркувань безпеки. Так, наприклад, нейроаксіальна анестезія усуває необхідність маніпулювання дихальними шляхами і дозволяє уникнути післяопераційних седативних ефектів загальних анестетиків.

Одним із методів покращення контролю післяопераційного болю є інтратекальна опіоїдна аналгезія. Інтратекальний морфін у дозі менше 200 мкг рекомендується, якщо пацієнт отримав спінальну анестезію, однак через побічні ефекти, пов'язані з опіоїдами, включаючи пригнічення дихального центру, слід розглядати альтернативні методи знеболювання.

До хірургічних методів, які рекомендується використовувати для зменшення болю у післяопераційний період після кесарева розтину, належать використання поперечного розрізу черевної стінки і відмова від зашивання очеревини.

Доповідач також навів низку рекомендацій щодо аналгезії у післяопераційний період:

- Післяопераційне призначення НПЗП рекомендується на підставі фактичних даних, навіть у жінок, які годують груддю.
- Рекомендується застосування парацетамолу у післяопераційний період.
- Системні опіоїди забезпечують ефективну аналгезію (Go R, LoE 1), однак рекомендуються тільки у якості екстрених анагетиків через побічні ефекти.
- Рекомендується безперервна інфузія місцевих анестетиків у ділянку післяопераційної рани.

Професор окремо виділив втручання, які не рекомендуються у разі проведення кесарева розтину:

- Доопераційне введення дексаметазону не може бути рекомендовано сьогодні на підставі обмежених доказів.
- Нейроаксіально клонідин не рекомендується через побічні ефекти (гіпотонія), хоча дані свідчать, що він забезпечує чудову аналгезію.

- Кетамін не може бути рекомендований сьогодні на підставі суперечливих доказів.
- TENS (Transcutaneous electrical nerve stulation, «черезшкірна електронейростимуляція») не рекомендується на підставі обмежених доказів.
- Інфільтрація рани за допомогою НПЗП сьогодні не рекомендується через обмежені дані.



**Олег Чабан** у своїй доповіді «Тривожний пацієнт переляканого лікаря у наляканому світі, або Як «коронастрес» впливає на соматичне здоров'я» зазначив, що для стресових розладів більш значущим є хронічний невротичний фон, ніж сам стрес. Будь-який пацієнт лікаря-інтерніста, що виявляє ознаки патологічних емоцій (тривожність, паніка, фобії, депресія тощо) стає проблемним для лікування та відновлення, знецінює зусилля лікаря. Це

поступово призводить до синдрому професійного вигорання лікаря.

Доповідач перерахував основні ознаки стресового напруження: неможливість зосередитися на чомусь, надто часті помилки в роботі, погіршення пам'яті, надто часте виникнення почуття втоми, дуже швидке мовлення, частий біль (спина, голова, ділянка шлунка), підвищена збудливість, робота не приносить попереднього задоволення, втрата почуття гумору, різко збільшена кількість випалюваних цигарок, потяг до алкогольних напоїв, постійне відчуття голоду, втрата апетиту, взагалі втрачений смак їжі, неможливість вчасно завершити роботу.

Найчастішими проявами стресу у жінок є головний біль, аж до мігренозного, прив'язка до передменструального періоду, спазми в животі, важкість ковтання, печія та/або нудота, втрата волосся, незрозумілий біль у грудях, спині, шиї, часті позиви до сечовипускання, хронічна втома, зниження (аж до відсутності) лібідо, порушення менструального циклу (аж до аменореї), висока тривожність, безсоння, сльозливість.

О. Чабан пояснив, чому тривожність заважає ефективно лікувати соматичного пацієнта:

- Неврахований емоційний розлад буде суттєво впливати на терапевтичну відповідь основного захворювання.
- Прогноз завершення основного захворювання стає непередбачуваним.
- Не повністю відновлюється працездатність пацієнта.
- Пацієнт незадоволений лікуванням.
- Лікар незадоволений лікуванням пацієнта, що призводить до професійного вигорання лікаря.

Доповідач на завершення дав декілька порад для психологічної стабілізації:

- Знайдіть собі нову діяльність.
- Створіть відповідальність за когось.
- Емоції можна творити.
- Приведіть своє життя до фізіологічної норми.
- Правильно харчуйтеся.
- Обов'язкові фізичні навантаження – і це не прибирання, прання, догляд за дітьми.
- Додайте яскравості в одязі.
- Зустрічайтесь з подругами або регулярно «виходьте у народ» – сьогодні у віртуальному варіанті.
- Не «підвисайте» на телевізорі, картинки повинні бути залежними від вас, а не навпаки.



Професор **Є.М. Шифман** у своїй доповіді «Критичний аналіз сучасних рекомендацій з антитромботичної терапії і профілактики в акушерстві» зазначив, що клінічні рекомендації, як вітчизняні, так і міжнародні, не можуть створюватись на довгі роки і мають переглядатись через певний термін, оскільки всі вони мають слабкі місця. Як приклад,

доповідач зазначив різницю між рекомендаціями щодо ВТЕ (венозна тромбоемболія) у Великій Британії та США. Так, у Великій Британії рекомендується короткотермінове післяпологове введення гепарину на основі факторів ризику, тоді як у США рекомендують гепарин лише за наявності тромбофілії або попередніх епізодів ВТЕ. У той самий час, наголосив доповідач, ризик тромбоемболічних ускладнень з та без спадкової тромбофілії є однаковим.

Окремим важливим питанням, на думку професора, залишається епідуральна анестезія при використанні тромбoproфілактики, оскільки, за даними світових досліджень, частота виникнення епідуральних гематом становить 1 на 250 000 анестезій. Доповідач зазначив, що підвищення частоти тромбоемболій під час вагітності може пояснюватись як фізіологічними, так і унікальними змінами під час вагітності (зокрема, вагітності притаманна гіперкоагуляція, яка зберігається до 8 тиж після пологів).

Однак є фактори, які підвищують цю частоту, – наприклад, при кесареву розтині ризик тромбозу глибоких вен збільшується у 10–15 разів. Крім того, порушення жирового обміну також є фактором ризику розвитку тромбоемболії. За даними популяційного когортного дослідження «Індекс маси тіла до вагітності та частота ВТЕ», виявлено збільшення ризику ВТЕ у жінок з недостатньою масою тіла з 2 до 3,1 на 100 000 пологів, з нормальним ІМТ – до 3,9, з надмірною масою тіла – до 5,6 та до 9–13,2 – у жінок з ожирінням I–III ст.

Доповідач особливо акцентував увагу на тому, що за дефіциту фактора антитромбіну-3 ризик ВТЕ збільшується у 5–28 разів, а при попередніх епізодах ВТЕ – на 50%. Крім того, професор зазначив, що на сьогодні не рекомендується орієнтуватись тільки на Д-димер як показник тромбозу глибоких вен, оскільки він збільшується при вагітності в нормі.

Водночас професор відзначив, що згідно з європейськими рекомендаціями, тромбoproфілактика рекомендується після всіх операцій кесарева розтину, крім планових у жінок з низьким ризиком, хоча чітких критеріїв для цієї групи немає.

Професор **Н.А. Володько** у своїй доповіді «Ендометріальна інтраепітеліальна неоплазія. Діагностика та лікування» зазначила, що на сьогодні відсутня система скринінгу, яка може забезпечити стовідсоткове виявлення цієї патології. Професор окремо відзначила, що для встановлення діагнозу ендометріальної інтраепітеліальної неоплазії недостатньо матеріалу після пайпель-біопсії, має бути проведена або біопсія при гістероскопії або кюретаж стінок порожнини матки.





Одним з важливих моментів є уніфікація класифікації патологічних процесів ендометрія, у тому числі класифікації гіперплазії та введення поняття інтраепітеліальної неоплазії.

Доповідач підкреслила, що у разі виявлення ендометріальної інтраепітеліальної неоплазії всі пацієнтки мають бути проконсультовані онкогінекологом, оскільки при плануванні лікування потрібно оцінити вірогідність інвазії та погіршення перебігу процесу. Це особливо актуально для молодих пацієнток, які планують зберегти фертильність.

Н.А. Володько представила критерії відбору пацієнток для гормонального лікування:

- Точний морфологічний діагноз.
- Відсутність інвазії в міометрії.
- Відсутність синхронних пухлин яєчника.
- Скринінг щодо синдрому Лінча (спадкова неполіпозна колоректальна карцинома).
- Вік до 45 років.
- Сильне бажання зберегти фертильність.
- Відсутність протипоказань до майбутньої вагітності та лікування прогестагенами.
- Розуміння пацієнткою того, що це не є стандартне лікування.

Лікування, зазначила доповідачка, має тривати мінімум пів року. Однак через три місяці необхідно оцінити ефективність – провести біопсію ендометрія. У разі прогресування патологічного процесу рекомендується збільшити дозу гормонів або хірургічне лікування. У разі персистенції процесу через 12 міс лікування пропонується хірургічне лікування. Потрібно також пам'ятати, що кожна третя пацієнтка має ризик захворювання.

Однак наша мета у даному випадку – дати можливість пацієнтці виконати свої репродуктивні плани. Після виконання репродуктивної функції пацієнтці має бути запропонована гістеректомія. У разі відмови пацієнтки біопсію ендометрія необхідно проводити кожні пів року протягом, як мінімум, двох років.

Професор **Є.М. Шифман** у доповіді «**Інтенсивна терапія масивних післяпологових кровотеч**» нагадав, що серед причин материнської смертності кровотечі посідають друге місце, а частота масивних післяпологових кровотеч у світовому масштабі підвищилась з 68% у 1990 році до 80% і більше у 2015. На жаль, не останню роль у цьому підвищенні відіграють самі акушери-гінекологи, оскільки, за даними останніх досліджень, якщо перша вагітність завершилась операцією кесарева розтину до початку пологової діяльності, то під час наступної вагітності ризик передлежання, врослення плаценти або кровотечі під час пологів зростає вдвічі, а при повторних операціях зростає ще більше.

Доповідач окремо наголосив, що не можна сліпо копіювати європейські чи американські рекомендації, оскільки рівні та специфіка медицини відрізняються.

Професор також торкнувся теми реінфузії крові і привів дані дослідження SALVO, яке не виявило суттєвої різниці між використанням донорської крові та рутинним використанням реінфузії крові при кесареву розтині, і зазначив, що апаратна реінфузія має використовуватись у жінок із факторами ризику виникнення кровотечі.

На думку доповідача, одним з найважливіших моментів є оцінювання кровотрати під час операції, оскільки на сьогодні візуальне оцінювання кровотечі не може використовуватись. При порівнянні гравіметричного методу та візуального методу оцінювання кровотрати похибка становить 4% та 37% відповідно. Професор акцентував увагу слухачів на тому, що пріоритетом у боротьбі з масивними післяполого-

вими кровотечами є не обсяг крововтрати, а час, коли встановлено правильний діагноз.

Окрім цього, важливим питанням є температурний режим, попередження гіпотермії, адже при зниженні температури на 1 градус активність факторів згортання крові знижується на 10%. Гіпотермія знижує чутливість рецепторів матки до окситоцину та спричинює локальний фібриноліз. Слід пам'ятати, що на фоні нейроаксіальної анестезії температура тіла знижується на 0,5–1 градус у перші 30 хв операції, тому температура розчинів, які використовуються під час операції, має бути 39–40 градусів.

На завершення доповідач наголосив, що сьогодні не вважається необхідною і не рекомендується катетеризація центральної вени, достатньо мобілізації двох периферійних вен. Окрім того, шоківий акушерський індекс має використовуватись рутинно, оскільки породіллі можуть втрачати до 25% ОЦК без клінічних проявів гіповолемії.

Професори **Н.Ю. Педаченко** та **Головач І.Ю.** у доповіді «**Контрацепція у пацієнтів з екстрагенітальною патологією**» наголосили на важливості та необхідності надійної контрацепції у пацієнтів із екстрагенітальною патологією.

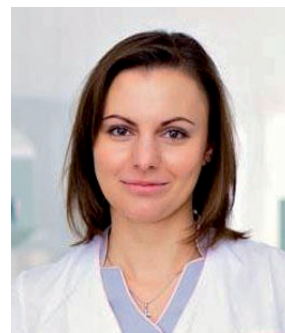
Зокрема, зупинившись на ревматоїдних захворюваннях, доповідачі зазначили, що естрогени відіграють важливу роль у розвитку аутоімунних захворювань, а жінки, які вживали КОК, на 15% рідше хворіють на ревматоїдний артрит. Крім того, більше 70% пацієнток репродуктивного віку з ревматоїдними захворюваннями вживають хоча б один фетотоксичний препарат, а серед них лише 8% використовують надійні методи контрацепції. Для пацієнток з ревматоїдним артритом немає обмежень для використання КОК.

Системний червоний вовчак (СЧВ) напряму пов'язаний з періодами гормональної перебудови, а вагітність на фоні

СЧВ є вагітністю високого ризику. До настання вагітності пацієнтки з СЧВ мають бути проконсультовані для виявлення та оцінювання наявних факторів ризику, оскільки, наприклад, за наявності антифосфоліпідних антитіл вагітність протипоказана. Водночас пацієнтки з СЧВ за відсутності антифосфоліпідних антитіл можуть використовувати гормональну контрацепцію КОК без обмежень, в той час як за наявності антитіл КОК протипоказані.

У пацієнток з бронхіальною астмою коливання рівнів естрогенів та прогестерону під час менструального циклу спричиняють посилення нападів. Відповідно при використанні КОК спостерігається покращення перебігу захворювання, при цьому ефект є кращим при безперервному режимі вживання.

Доповідачі зазначили, що необхідність контрацепції при цукровому діабеті насамперед зумовлена тим, що вагітності, які настають на фоні неконтрольованої гіперглікемії, характеризуються значною частотою ускладнень,



підвищення частоти передчасних пологів та мертвородження. Для пацієнок без судинної патології КОК не протипоказані.

Аналогічно немає протипоказань для вживання КОК при аутоімунних захворюваннях щитоподібної залози.

Завершуючи доповідь, автори навели висновок одного з найбільших досліджень стосовно гормональної контрацепції: «Порівняно з жінками, які ніколи не вживали КОК, жінки, які використовують цей метод, мають достовірно менший ризик смерті від усіх причин».

Професор **Геннадій Бітман** у доповіді «Гістеректомія з відновленням. Роль нових методів лапароскопії» акцентував увагу на тому, що трансвагінальна гістеректомія має багато переваг перед іншими доступами, і зазначив, що хотів би поговорити про ендоскопічну хірургію з використанням природних отворів. Це дозволяє отримати доступ до черевної порожнини через трансвісцеральні розрізи. На сьогодні, відзначив доповідач, ця техніка операцій стає все більш по-

пулярною у світі, при цьому спектр можливих операцій є надзвичайно широким.

Найбільш часто використовується трансвагінальний доступ, який має свої переваги – відсутність розрізів на животі, низька частота виникнення гриж, швидке відновлення, менша необхідність в анальгезії. Водночас, зазначив доповідач, необхідно визнати, що метод має і певні недоліки: довготривале навчання хірурга, зменшений простір для маневру, незвичний ракурс, відсутність специфічних інструментів, і відносні протипоказання: ендометріоз, операції на прямій кишці в анамнезі, попередні операції з приводу теперішньої патології, злоякісні новоутворення.

Доповідач зазначив, що використовує для проведення операцій з трансвагінальним доступом спеціальний пристрій, який блокує піхву і дозволяє провести накачку газу та введення інструментів.

На завершення професор звернув увагу, що правильний вибір доступу – це безпека операції.

*Підготував С.О. Шурняк*

**IV МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС  
«РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: мультидисциплінарний підхід  
в безперервному професійному розвитку лікарів»**

*відбудеться 16-17 КВІТНЯ 2021 року*

<https://icrh.com.ua/>



**IV МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС «РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД  
В БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ»**  
16–17 квітня 2021 року  
КИЇВ, УКРАЇНА



**4<sup>th</sup> INTERNATIONAL CONGRESS «REPRODUCTIVE HEALTH: MULTIDISCIPLINARY APPROACH  
TO CONTINUING MEDICAL EDUCATION OF DOCTORS»**  
16–17 April 2021  
KYIV, UKRAINE