



ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РФ ОТ 19 АПРЕЛЯ 2007 ГОДА, МУРМАНСК



Фото 1. Участники заседания Общества



Фото 2. Выступает Коваленко Л. Ф.



Фото 3. Выступает академик РАМН
Айламазян Э. К.

Тема: Актуальные вопросы акушерско-гинекологической практики

Выездное заседание Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона проходило в конгресс-отеле гостиницы Меридиан (фото 1).

Открыла заседание Общества начальник отдела лечебно-профилактической помощи матерям и детям Мурманской области Коваленко Л. Ф. (фото 2).

С основным докладом «Стратегия выбора способа родоразрешения у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения» выступил академик РАМН, профессор Айламазян Э. К. (фото 3). Он отметил, что наряду с повседневными проблемами кесарева сечения, неприемлемо высокая частота этой операции стала отдельной и очень важной проблемой. Так, за последние 10 лет ежегодно частота операции кесарева сечения возрастает на 1 %. Эти тенденции сохраняются в большинстве регионов Северо-Запада и других Федеральных округах страны. Это происходит за счет увеличения количества первородящих старше 30 лет, частоты сопутствующих соматических заболеваний и их тяжести, внедрения в клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий. Большое количество операций в настоящее время выполняется в интересах плода. В этом случае главенствующую роль играет объективная интерпретация данных доплерометрии и кардиотокографии при беременности и в родах. Большую роль играют социальные, экономические факторы, негативный процесс коммерциализации медицинских услуг и связанная с ней потеря профессионализма.

Ключевыми вопросами по проблеме кесарева сечения являются также показания и противопоказания, техника выполнения, методы обезболивания, профилактика осложнений со стороны матери и плода, ведение беременности и родов у женщин, имеющих рубец на матке после кесарева сечения. Так, сегодня методом выбора при проведении кесарева сечения является регионарная, в частности спинальная анестезия. Современным дискуссионным вопросом кесарева сечения является избрание способа ушивания разреза на матке. Используется как наложение однорядного непрерывного, так и отдельных 2-х-рядных швов и даже 3-х-рядный. Преимущества однорядного шва заключаются в меньшем нарушении перфузии и трофики тканей, более редком развитии отека и экономии. Что касается шовного материала, то практически во всех областях округа используются шовный материал, отвечающий всем требованиям (прочностью, стерильностью, ареактивностью, рассасываемостью, удобством для хирурга).

До сих пор нет единой схемы антибиотикопрофилактики, даже в рамках одного вида хирургического вмешательства. Установлены критерии выбора антибактериальных средств, соблюдение которых является обязательным. Во-первых, антибиотик должен быть эффективным в отношении основных возбудителей послеоперационной инфекции. Во-вторых, он должен вводиться своевременно и в течение определенного периода времени. В-третьих, антибиотик должен иметь соответствующие фармакологические характеристики. Для периоперационной профилактики при кесаревом сечении наиболее подходящими препаратами являются цефалоспорины I и II поколения или защищенные аминопенициллины. Основной способ введения препарата — внутривенный, после пережатия пуповины.

Какие же возможности следует использовать для правильного выбора способа родоразрешения беременной женщины, имеющей рубец на матке? Во-первых, это физиопсихопрофилактическая подготовка к родам беременных с рубцом на матке, как на стационарном этапе, так и на этапе женской консультации. Во-вторых, правильный выбор способа родоразрешения в очень большой степени зависит от грамотного и ответственного проведения клинко-анамнестического анализа. В-третьих, обоснованное применение эффективных и безопасных как медикаментозных, так и не медикаментозных способов подготовки мягких родовых путей. В-четвертых, проведение функциональной оценки состояния нижнего сегмента матки с помощью ультразвукового метода исследования.

В заключение Айламазян Э. К. напомнил известную акушерскую истину о том, что профессионализм врача определяется не числом интервенций, а числом здоровых детей, рожденных естественным путем.

В выступлении «Тромбофилия — как фактор риска развития гестоза» д. м. н. Зайнулина М. С. (фото 4) отметила, что в настоящее время такие

типичные акушерские осложнения, как привычное невынашивание, преждевременные роды, гестоз, преждевременная отслойка расположенной плаценты, синдром задержки внутриутробного развития плода и другие принято связывать с повышенным тромбообразованием.

В последние годы стали рассматриваться и изучаться эффекты тромбофилии в патогенезе акушерских осложнений на этапе имплантации и плацентации. Имплантация, инвазия трофобласта и развитие плаценты представляется сложными процессами эндотелиально-гемостазиологического взаимодействия, который нарушается в случае приобретенных и врожденных тромбофилий, в частности, при нарушении функции фибринолитической системы, АФС и активации апоптоза.

Необходимо проводить тщательный отбор женщин, входящих в группы риска по развитию осложнений, связанных с повышенным тромбообразованием, своевременное и полноценное обследование с целью диагностики тромбофилии, в том числе обследование на наследственные дефекты системы гемостаза, патогенетическую терапию нарушений в свертывающей системе крови, а также профилактику грозных акушерских осложнений (ПОНРП, гестоз, хроническая плацентарная недостаточность), являющихся одной из причин материнской и основной причиной перинатальной смертности.

В докладе «Гемолитическая болезнь плода: возможности диагностики и лечения» профессором Павловой Н. Г. (фото 5) были представлены современные аспекты патогенеза гемолитической болезни плода и новорожденного. Изложены методические особенности антенатальной доплерометрической диагностики анемии у плодов при наличии аллоиммунизации. Представлен метод внутриутробной коррекции тяжелых анемических форм заболевания у плода, заключающийся во внутрисосудистом переливании отмытых эритроцитов донора.



Фото 4. Выступает д. м. н. Зайнулина М. С.



Фото 5. Выступает профессор Павлова Н. Г.

В выступлении «Проблемы диагностики и терапии репродуктивно-значимых инфекций» профессор Савичева А. М. (фото 6) изложила основные проблемы диагностики, включая преаналитический этап, когда врач формулирует диагноз инфекционного заболевания, берет клинический материал для исследования и доставляет его в лабораторию. Особое внимание было обращено на выбор методов диагностики гонореи, хламидиоза, папилломавирусной инфекции, а также трансплацентарных инфекций. При рассмотрении вопросов лечения репродуктивно значимых инфекций были отмечены основные проблемы, такие как лечение несуществующих заболеваний (лечение только на основании выполненных анализов), необоснованный выбор препаратов, схем терапии, путей введения, необоснованное применение неспецифической терапии (иммуномодуляторы, гепатопротекторы, биостимуляторы и т. д. и т. п.), неоправданная терапия половых партнеров. Представлены европейские и международные стандарты терапии основных заболеваний репродуктивных органов женщин.

В сообщении «Клиническое значение микоплазменной инфекции в урогенитальной патологии» профессор Соколовский Е. В. (фото 7) остановился на актуальности микоплазменной инфекции в урогенитальной патологии. Он разобрал клиническое значение каждого из видов микоплазм и уреаплазм. Подробно рассмотрел современную диагностику микоплазменной инфекции, при этом подчеркнул значение *Mycoplasma genitalium* как патогенного возбудителя инфекций репродуктивного тракта, при обнаружении которого обязательно проведение терапевтических мероприятий. Кроме того, специально отметил, что другие микоплазмы (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*) относятся к ус-

ловно патогенным видам, поэтому лечение назначается лишь по определенным показаниям.

В докладе «Гнойно-септические состояния в акушерстве» к. м. н. Кучеренко М. А. (фото 8) отметила, что при существующих методах профилактики и лечения послеродовые гнойно-септические осложнения сравнительно редко приводят к тяжелым осложнениям и смерти. Однако они занимают 3 место в структуре материнской смертности. Самым распространенным проявлением пуэрперальной инфекции является эндометрит, который при отсутствии адекватной терапии или поздней диагностики в 2 % случаев приводит к сепсису. В настоящее время послеродовые эндометриты отличаются более тяжелым течением в очаге первичного поражения, наличие стертых форм и резистентность к проводимой терапии. Наиболее частыми симптомами эндометрита являются: субинволюция матки, повышение температуры тела, патологический характер лохий. Выделяют два патогенетических варианта развития субинволюции матки.

В основе лечения послеродового эндометрита лежит хирургическая санация очага инфекции и рациональная антибактериальная терапия. Препаратами выбора являются ингибиторозащищенные пенициллины и сочетание линкосамидов с аминогликозидами («золотой стандарт» — эффективность 97 %). К альтернативным препаратам относятся цефалоспорины I–IV поколений в сочетании с метронидазолом. При поздних эндометритах — обязательное назначение макролидов. Эффективным методом удаления инфицированных тканей из полости матки является вакуум-аспирация.

В 1992 году разработана современная классификация сепсиса и определены критерии его диагностики. Выделяют синдром системной воспалительной реакции, сепсис, тяжелый сепсис, септический



Фото 6. Выступает профессор Савичева А. М.



Фото 7. Выступает профессор Соколовский Е. В.



Фото 8. Докладывает к. м. н. Кучеренко М. А.

шок. Патофизиология септического процесса при грамположительной и грамотрицательной инфекции отличается и имеет разные гемодинамические характеристики. В 70 % случаев септический шок осложняется течением гнойно-инфекционных процессов, вызываемых грамотрицательной флорой. Исключая антибиотики, инфузионную терапию, инотропную поддержку, вазопрессоры, все остальные средства лечения сепсиса являются экспериментальными. Использование внутривенных иммуноглобулинов в терапии тяжелого сепсиса является единственным, реально доказанным методом. Новое в лечении сепсиса — использование моноклональных антител к липиду А, снижающего летальность в 1,5 раза. Наиболее распространенными ошибками ведения больных с септическим шоком являются: промедление с радикальной санацией первичного очага и неадекватный объем оперативного вмешательства, отсутствие в комплексной терапии вазопрессоров, неадекватная антибиотикотерапия, ранняя экстубация.

В докладе «Новые подходы к хирургическому лечению стрессового недержания мочи» д. м. н. Беженарь В. Ф. (фото 9) привел анализ оценки эффективности полипропиленового имплантата TVT-O® при хирургическом лечении стрессового недержания мочи (СНМ) за период с 2004 по 2007 гг., когда было обследовано и пролечено 60 пациенток с жалобами на СНМ.

У всех пациенток обследованных групп после операций отмечалось полное излечение. Средняя длительность операции TVT-O® составила $15 \pm 3,2$ мин. Следует подчеркнуть, что изолированная операция выполнена только 19 (31,6 %) больным, в остальных также случаях корригировали сопутствующую патологию. Так, гистерэктомия симультанно произведена у 28 (46,6 %) женщин, в 15 случаях (25 %) вагинальная, в 9 (15 %) лапароскопическая, в 3 (5 %) LAVH и у 1 больной

(1,6 %) абдоминальная. У 5 пациенток (8,3 %) производили лапароскопические вмешательства на придатках матки. В 22 случаях (36,6 %) устраняли генитальный пролапс, при этом MESH трансплантаты применяли у большинства женщин — 20 (33,3 %). В 13 случаях (21,6 %) использовали систему Prolift™ и в 7 (11,6 %) полипропиленовую сетку «GyneMESH PS®».

В течение 1-х суток после операции в мочевом пузыре оставляли катетер Фоллея, влагалище туго тампонировали. Самостоятельное мочеиспускание отмечали со вторых суток после операции. Не было осложнений во время проведения уретропексий. В послеоперационном периоде отмечено два случая (3,3 %) развития эрозии стенки влагалища, без клинических проявлений. При проведении контрольного УЗИ уретровезикального сегмента после операции признаков его гипермобильности и (или) везикализации уретры не было отмечено. Все пациентки отметили улучшение качества жизни. При динамическом наблюдении в течение 2 лет рецидивов заболевания не отмечали.

Анализируя полученные результаты, автор отметил высокую эффективность, безопасность и техническую простоту в установке проленовых имплантатов TVT-O® при лечении СНМ. Отсутствие необходимости проведения интраоперационной цистоскопии, а также безопасность в отношении ранения мочевого пузыря, определяет основные преимущества данной операции. Проведение симультанных операций при патологии матки и опущении стенок влагалища с применением MESH, не ухудшает результатов коррекции СНМ и не приводит к достоверному увеличению интра- и послеоперационных осложнений.

В выступлении «Заместительная гормональная терапия и сердечно-сосудистая система» профессор Тарасова М. А. (фото 10) отметила, что в России число женщин старше 45 лет приближается к 26



Фото 9. Выступает д. м. н. Беженарь В. Ф.



Фото 10. Выступает профессор Тарасова М. А.

миллионам. Климактерический синдром диагностируется у 30–40 % женщин в перименопаузе и у 20 % — в первые года постменопаузы. Нейро-вегетативные, психо-соматические, урогенитальные и метаболические проявления климактерического синдрома, патогенетически связанные с дефицитом эстрогенов, существенно влияют на качество жизни женщин старшего возраста. Гормональная заместительная терапия (ГЗТ) является наиболее эффективным методом профилактики и коррекции климактерических расстройств, обусловленных гипозестрогенией. По данным литературы в проведении ГЗТ нуждается 20–25 % женщин перимено- и постменопаузального возраста.

В выступлении освещены принципы ГЗТ в перимено- и постменопаузе. Рассмотрены вопросы индивидуального выбора режимов и длительности заместительной терапии с учетом показаний, противопоказаний и факторов риска. Подчеркнуто, что длительность ГЗТ, не должна превышать 5 лет, а при необходимости более длительного применения требуется максимально объективная индивидуальная оценка соотношения «риска и пользы».

Особый акцент сделан на проблему влияния препаратов на сердечно-сосудистую систему. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает первое место в мире, в том числе у женщин постменопаузального возраста. Важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является артериальная гипертензия (АГ), частота которой значительно возрастает в женской популяции с наступлением менопаузы. Эстрогены, с одной стороны, вызывают патофизиологические эффекты, снижающие риск сосудистой патологии — повышение антиатерогенных липопротеидов высокой плотности, снижение уровня атерогенных фракций липопротеидов, усиление эндотелий-зависимой вазодилатации, увеличение активности фибринолиза. С другой стороны, эстрогены имеют тромбофилический эффект и стимулируют выработку ангиотензиногена, увеличивая тем самым уровень ангиотензина II и ренина. Ангиотензин II оказывает прямое вазоконстрикторное действие на артерии и является стимулятором выработки альдостерона в коре надпочечников.

Применение монофазного эстроген-прогестагенного препарата «Анжелик» (1 мг 17β-эстрадиола и 2 мг дроспиренона производного 17α-спиронолактона) у женщин с артериальной гипертензией кроме эффективного лечения нейро-вегетативных проявлений климактерического синдрома, сопровождается достоверным снижением массы тела и уровня артериального давления.

Представлены данные, свидетельствующие о том, что первичная профилактика возрастных изменений в сердечно-сосудистой системе у здоровых женщин эстроген-содержащими препаратами во время перименопаузы может снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В тоже время в проведенных в последние годы исследованиях не подтверждена роль ГЗТ для вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии.

В сообщении «Воспалительные заболевания почек и симфизионит у беременных» д. м. н. Мозговая М. А. (фото 11) отметила, что среди экстрагенитальной патологии у беременных заболеваний почек и мочевыводящих путей занимают второе место по частоте (после заболеваний сердечно-сосудистой системы), при этом главенствующую роль играют воспалительные заболевания. Основной путь инфицирования — восходящий, причины высокой частоты данной патологии — высокая вирулентность уропатогенной флоры, изменение гормонального фона и рост частоты пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса, анатомические особенности вследствие роста беременной матки. Трудности диагностики и лечения гестационного пиелонефрита обусловлены снижением тонуса мочевыводящих путей и снижением болевой чувствительности, снижением иммунитета, ограниченностью в выборе инвазивных диагностических методов и в выборе антибактериальной терапии.

В настоящее время при пиелонефрите у беременных антибиотиками выбора являются ингибитор-защищенные β-лактамы аминопенициллины и цефалоспорины 2–3 поколения, с целью супрессивной терапии эффективен фосфомицин трометалол (монурал). Обязательная инфузионная, антиоксидантная, гемостимулирующая терапия, фитотерапия, применение мочегонных средств, контроль ежедневного стула. В связи с нарушенной реабсорбцией кальция в тубулярной системе почек



Фото 11. Выступает д. м. н. Мозговая М. А.

и частым развитием симфизиопатии у данной категории больных, показан прием больших доз кальция и витамина Д.

В докладе «Кольпоскопическая диагностика воспалительных заболеваний нижних отделов гениталий» профессор Сафронова М. М. (фото 12) привела классификацию воспалительных заболеваний нижнего отдела женских половых органов, обратила внимание на увеличение частоты выявления папилломавирусной инфекции, особенно ее онкогенных типов. На слайдах представила и детально охарактеризовала кольпоскопическую картину при трихомониазе, хламидиозе, микоплазмозе, генитальном герпесе, папилломавирусной инфекции, а также кольпоскопические изменения вызванные условно-патогенными микроорганизмами.

В заключение отметила, что диагностика эпителиальных изменений на шейке матки должна оставаться общепринятой и включать: цитологический скрининг, кольпоскопию и гистологическое исследование.

В выступлении «Опыт применения препарата «Мифепристон» в качестве неадекватной терапии больных миомой матки» д. м. н. Беженарь В. Ф. рассказал о проведенном исследовании, целью которого была оценка клинической эффективности и переносимости «Гинестрила» («Мифепристона», «Мир-Фарма», Россия) в качестве неадекватной терапии больных миомой матки размером до 12 недель беременности в течение 3-х месяцев до консервативной миомэктомии лапароскопическим или мини-лапаротомным доступом за период с октября 2005 года по март 2007 года. Было проведено обследование и лечение 20 пациенток.

В течение 1 месяца после окончания лечения «Гинестрилом» пациенткам было предложено хирургическое лечение для выполнения миомэктомии. Из 20 обследованных 2 пациентки отказались от операции в связи с отсутствием клинических симп-

томов миомы матки и существенным уменьшением размеров узлов миомы, 14 пациенткам выполнена диагностическая гистероскопия и лапароскопическая миомэктомия, 3 больным после выполнения диагностической гистероскопии и лапароскопии и оценки размеров и локализации миоматозных узлов для миомэктомии избирался мини-лапаротомный доступ под лапароскопическим контролем, 1-й пациентке произведена дистанционная ультразвуковая термоабляция узлов миомы. Всем оперированным больным удалось выполнить консервативную миомэктомию. При этом средняя кровопотеря составила 66,6 мл, а койко-день 7 дней. В 14 случаях ложе узлов ушивалось при лапароскопии или мини-лапаротомии, а у 11 больных с целью профилактики послеоперационных спаек швы на матке покрывали противоспаечным барьером «INTERCEED»®. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечалось. При гистологическом исследовании удаленных препаратов узлов миомы в 16 случаях выявлена лейомиома, в том числе у 4 пациенток с явлениями склероза, а в 1 случае — фибромиома. При изучении, выполненных интраоперационно, соскобов эндометрия — норма выявлена 13 случаях, в двух — железисто-кистозная гиперплазия эндометрия и в двух — железисто-кистозный полип эндометрия. В послеоперационном периоде у всех 20 больных в течение 30 суток восстановился менструальный цикл, далее с целью контрацепции больным рекомендовали комбинированные оральные контрацептивы на сроки от 6 до 12 месяцев. В периоде наблюдения в течение 3 месяцев после операции рецидивов миомы матки отмечено не было.

В докладе «Современные методы лечения микотических вульвовагинитов (новые препараты, старые принципы)» к. м. н. Симчера И. А. (фото 13) представил частоту, основные методы диагностики, клинику острых и хронических (рецидивирующих) микотических вагинитов. Разобрал осо-



Фото 12. Выступает профессор Сафронова М. М.



Фото 13. Докладывает к. м. н. Симчера И. А.

бенности (достоинства и недостатки) местного и системного применения противогрибковых препаратов. Доложил результаты проведенного клинического исследования терапии острых и хронических (рецидивирующих) микотических вагинитов. Эффективность лечения в виде монотерапии гинофортом составила 81%, а при сочетанном применении «гинофорта» и «микосиста» — 88 %.

В заключение отметил, что лечение микотических вульвовагинитов проблема актуальная и непростая. Будущее за сложными многокомпонентными и высокотехнологичными препаратами.

В выездном заседании приняли участие компании «Мир-Фарма», «ETICON Women's Health and Urology, Johnson & Johnson», «Гедеон Рихтер», «Шеринг», «Берлин Хеми», «Глаксо Смит Кляйн», «Сагмел», «Астеллас», «Плива», «Медикор», «Фик Медикаль» которые представили выставки медицинских препаратов и оборудования (фото 14, 15).

Участники выездного заседания посетили памятные места г. Мурманска, побывали с экскурсией на ледоколе «Ямал» (фото 16, 17).

Президент Общества академик РАМН главный акушер-гинеколог Северо-Западного Федерального округа Эдуард Карпович Айла-мазян выразил глубокую признательность благодарность начальнику отдела лечебно-профилактической помощи матерям и детям Мурманской области Коваленко Л. Ф., главному акушеру-гинекологу области Арефьевой Н. Е., и всем врачам акушерам-гинекологам за приглашение, гостеприимство, организацию и проявленный интерес ко всем выступлениям и пригласил их участвовать в работе 3-го Международного научного конгресса «Новые технологии в акушерстве и гинекологии», посвященного 210-летию НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН в Санкт-Петербурге в октябре 2007 года.

*Секретарь Общества
акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга
и Северо-Западного региона РФ
к. м. н. И. А. Симчера*



Фото 14, 15. Выставка медицинских компаний



Фото 16. На берегу Кольского залива



Фото 17. Экскурсия на ледокол «Ямал»