

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я **Фармакотерапия** **в акушерстве и гинекологии**

№ 7
декабрь 2009

Негормональная коррекция
климактерических расстройств

Современные аспекты
невынашивания беременности

Тема номера:

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

СОХРАНИ КРАСОТУ ЗРЕЛОСТИ



Реклама

ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- ~ Негормональный состав
- ~ Быстро купирует нейровегетативные и психоэмоциональные симптомы
- ~ Нормализует гормональный статус
- ~ Не оказывает пролиферативного действия на матку и молочные железы



146-0000000-0000000



Инструкция по применению препарата

САГЕНИТ®

~ СОСТАВ

Сигетина – 0,1 г, вспомогательные вещества.

~ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Участвует в реализации положительной и отрицательной обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, оказывает стабилизирующее действие на гонадотропную функцию гипофиза и гипоталамический центр, не оказывая эстрогенного действия на органы-мишени.

~ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Климактерический синдром, проявляющийся приливами, потливостью, нарушениями сна, раздражительностью, депрессией, забывчивостью, дистрофическими изменениями кожи и слизистых (ломкость ногтей, истончение кожи, образование морщин, сухость слизистых оболочек мочеполовых путей).

~ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Гиперчувствительность, метроррагия.

~ СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Принимать внутрь, независимо от времени приема пищи, при климактерических расстройствах у женщин по 1 таблетке в сутки. Суточная доза – до 2-х таблеток в день. Курс лечения не менее 30–40 дней*.

~ ФОРМА ВЫПУСКА

Сигетин таблетки 0,1 г.

30 таблеток для приема внутрь в упаковке.

~ УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ

Список Б.

Хранить в сухом, недоступном для детей месте.

~ СРОК ГОДНОСТИ

2 года.

Не применять после истечения срока годности.

www.stada.ru
www.mezhdunami.ru

* Двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное многоцентровое исследование эффективности и безопасности препарата «Сагенит®», производства ОАО «НИЖФАРМ» в терапии климактерического синдрома у женщин. В.П. Сметник, д.м.н., профессор, президент Российской Ассоциации по менопаузе, г. Москва

Миссия журнала. Издание должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России. Журнал призван привлекать внимание социума (а не только медицинской общественности) к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с медико-демографическими факторами (рождаемость, смертность, распространение социально-значимых заболеваний, формирование повсеместной потребности в здоровом образе жизни).



Здравоохранение сегодня: государственная политика, экономика, менеджмент в области гинекологии, репродуктивного здоровья женщин и матерей России.

В центре внимания данной рубрики издания – женское здоровье, материнство и детство. Поддержка федеральных программ материнства и детства, планирования семьи, создание благоприятных условий для увеличения численности населения России, социально-экономические и медицинские проблемы планирования беременности, родов, лекарственная помощь и забота о красоте и здоровье женщин России.

В рамках этой рубрики будут публиковаться информационные материалы и интервью с политическими деятелями (руководителями комитетов, занимающихся социальными проблемами женщин и их здоровьем, депутатами Государственной думы, представителями МЗ и СР РФ, руководителями управлений здравоохранения).

– **Федеральные программы** в области материнства и детства, обеспечения здорового образа жизни женщины.

– **Здравоохранение регионов:** социально-экономические ориентиры в области акушерства и гинекологии, материнства и детства в регионах России.

– **Статистический и медико-эпидемиологический обзор заболеваемости** (по России, регионам) в области гинекологии (по выбранной нозологии).

– **Маркетинговый обзор применения** лекарственных средств в области акушерства и гинекологии (по группам и производителям), статистика производства и потребления.

– **Профилактика и качество жизни матери и ребенка**

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей
Наука
Компании и их продукция
Социальная ответственность бизнеса
Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям, аптечным сетям, дистрибьюторским фирмам, прямая адресная доставка лечащим врачам Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Ростова-на-Дону, Новосибирска с использованием базы данных редакции и технологий call-центров, раздача издания врачам и медицинским специалистам в обмен на заполненную анкету на всех специализированных медицинских мероприятиях.

Со второго полугодия 2006 года – включение в подписные каталоги. Подписка на почте во всех субъектах РФ через подписные агентства: «Роспечать», «Пресса России», Объединенный каталог, альтернативные и региональные агентства.

Специализированное распространение:

- Управления здравоохранения регионов России
- Главные акушеры-гинекологи 7 федеральных округов
- Главные акушеры-гинекологи 78 субъектов РФ
- "Реестр гинекологов России"
- ЛПУ (гинекологические отделения)
- Гинекологические больницы
- Женские консультации
- Центры планирования семьи
- Родильные дома
- Детские больницы и поликлиники
- Детские медицинские центры
- Медицинские НИИ
- Коммерческие медицинские центры
- Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)
- В рамках программы «Непрерывное образование врачей» (медицинские вузы, кафедры акушерства и гинекологии, курсы повышения квалификации врачей-гинекологов)

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

(мнения, экспертные оценки, практические рекомендации опинион-лидеров для акушеров и гинекологов)

- Современные методы контрацепции
- Вирусные инфекции в гинекологии
- Фитовитамиотерапия в акушерстве и гинекологии
- Гинекологическая эндокринология
- Урогенитальный хламидиоз
- Репродуктивное здоровье
- Физиотерапия в гинекологии
- Патология мочеполовой системы
- Патология шейки матки, влагалища и вульвы
- Экстрагенитальная патология и беременность
- Патология беременности
- Оперативная гинекология
- Ультразвуковая диагностика в гинекологии
- Эндометриоз
- Кандидоз
- Бактериальные вагинозы
- Антибактериальная терапия в акушерстве и гинекологии
- Остеопороз
- Коррекция железодефицитных состояний
- Лечение гинекологических заболеваний



Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**

(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**

(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **В. Маркова,**

В. Павлова

(e-mail: redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Г. Альперина**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**

(e-mail: podpiska@webmed.ru)

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

Редакционный совет

Н.В. Башмакова (Екатеринбург)

В.О. Бицадзе (Москва)

А.И. Гаспаров (Москва)

А.Л. Гриндич (Московская область)

А.Д. Макацария (Москва)

Л.И. Мальцева (Казань)

Л.Е. Мурашко (Москва)

В.И. Орлов (Ростов-на-Дону)

Т.Ю. Пестрикова (Хабаровск)

Н.М. Подзолкова (Москва)

В.Н. Прилепская (Москва)

В.Е. Радзинский (Москва)

Г. М. Савельева (Москва)

В.П. Сметник (Москва)

Г.В. Тамазян (Московская область)

А.Л. Тихомиров (Москва)

Контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр.3, офис 3515

Тел. (495) 234-07-34

www.webmed.ru

Тираж 17 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

N 106-7705Л от 08.09.2005 г.

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии

№ 7 декабрь 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: урогенитальные расстройства

А.В. Зайцев, К.Б. Колонтарев

Неосложненный цистит у женщин: решенная проблема или необходимость оптимизации лечебной тактики? **6**

менопауза

Н.А. Татарова, В.А. Линде, Е.В. Жидкова, Х.С. Сохадзе

Негормональная коррекция климактерических расстройств в пери- и постменопаузе **12**

форум (конференции, выставки, семинары)

Современные аспекты невынашивания беременности

Жан-Карло Дай Рензо. Роль прогестерона во время беременности **16**

Поль Пиетт. Клиническая практика использования натурального прогестерона в профилактике привычного невынашивания неуточненного генеза: исследование PROMISE **18**

В.О. Бицадзе. Место натурального прогестерона в медикаментозной профилактике повторных осложнений беременности у пациенток с тромбофилией **20**

Д.Б. Камилова. Особенности ведения беременности после ЭКО **22**

опыт регионов

«Хабаровский край весьма сложен в плане своевременного оказания квалифицированной экстренной помощи»

Интервью с главным внештатным акушером-гинекологом Хабаровского края, д.м.н., профессором Г.В. Чижовой **24**

Риск большинства пороков развития не повышается при лечении антибиотиками во время беременности

Как показало недавнее исследование, риск большинства пороков развития не повышается при лечении антибиотиками во время беременности. Но существует и ряд исключений.

Ученые проанализировали данные 13000 женщин, у которых родился ребенок с одним из 30 тяжелых пороков развития, и почти 5000 женщин, родивших здоровых детей. Около 30% женщин в каждой группе принимали во время беременности или за 3 месяца до нее антибиотики одной из 6 различных групп. В группе женщин, родивших детей с пороками, около 14% принимали антибиотики за месяц до беременности и в первом триместре — в критические сроки для развития плода. Но в группе матерей здоровых детей таковых оказалось 13%. В ходе исследования выяснилось, что такие антибиотики, как пенициллин, цефалоспорины, хинолоны и другие широко распространенные антибактериальные препараты при приеме во время беременности не повышают риска 30 рассмотренных пороков развития.

Однако ученые выявили две группы антибиотиков, действительно увеличивающих риск пороков больше остальных. Это производные нитрофурана, в частности нитрофурантоин, и сульфаниламиды — препараты, которые часто назначают при инфекциях мочевых путей. Первая группа связана с развитием 4 тяжелых пороков, вторая — 6, тогда как другие группы антибиотиков имели связь с 1 или 2 видами пороков.

Это исследование впервые установило связь между лечением мочевых инфекций у беременных определенными антибиотиками и риском пороков развития у новорожденных. В то же время бактериальная инфекция может нанести серьезный вред развивающемуся плоду, что делает прием антибиотиков необходимым. По словам исследователей, результатом их работы должно стать взвешивание врачами риска от инфекции и риска от приема антибиотиков при назначении их беременным на раннем сроке, а не полное прекращение их применения во время беременности.

Источник: Solvay-pharma.ru

Чрезмерные физические нагрузки повышают риск временного бесплодия у женщин

Чрезмерно высокие либо слишком частые физические нагрузки в тренажерном зале могут вызывать у женщин, особенно молодых, временное бесплодие — вывод ученых, сделанный по результатам масштабного многолетнего исследования. Физические упражнения имеют важный положительный эффект для здоровья, признают эксперты, однако перебарщивать здесь не рекомендуется, так как иначе тело оказывается лишено энергии, необходимой для успешной беременности. Обследовав 3000 женщин, ученые из Норвежского университета науки и технологии установили, что риск возникновения проблем с репродуктивным здоровьем увеличивается в 3 раза у женщин, посещающих тренажерный зал ежедневно либо тренирующихся до полного изнеможения.

Молодые женщины оказались наиболее подвержены этому риску. 25% изнурявших себя тренировками женщин в возрасте до 30 лет не смогли забеременеть в течение первого года попыток. Это намного больший процент при средненорвежском показателе в 7%. Установлено, что этот эффект является временным — в конечном счете у большинства женщин, участвовавших в исследовании, появились дети.

Источник: Ami-tass.ru

Ранний секс в два раза повышает риск возникновения рака шейки матки

Занятия сексом в юном возрасте повышают риск возникновения рака шейки матки в два раза, считает международная группа ученых.

Специалисты попытались выяснить, почему женщины с низким финансово-социальным уровнем чаще болеют раком шейки матки, чем их более обеспеченные сверстницы. Ранее считалось, что такая тенденция наблюдается из-за более низкого уровня медицинского обслуживания и редких обращений к врачам для осмотра малообеспеченными женщинами.

Однако в ходе нового исследования, в котором приняли участие более 20 тыс. женщин, выяснилось, что имел существенное значение возраст, в котором девушки получали свой первый сексуальный опыт, а также рожали первого ребенка. Риск был вдвое выше у женщин с низким достатком.

Специалисты выяснили, что в среднем обеспеченные женщины приобретают свой первый сексуальный опыт на четыре года позже, чем их менее богатые сверстницы. Результаты исследования были опубликованы в the British Journal of Cancer.

Источник: medicinform.net

Молочные продукты помогают предотвратить развитие миомы матки

Потребление большого количества молочных продуктов сокращает риск развития миомы матки — доброкачественной опухоли, часто образующейся у женщин после 30 лет.

Причины образования миомы плохо поняты, но предположительно половые стероидные гормоны и факторы роста играют важную роль в болезни. При этом известно, что этот диагноз среди темнокожих женщин встречается в 2-3 раза чаще. Исследование Бостонского университета (США) проводилось среди 59 тыс. темнокожих американских женщин, поскольку известно, что афроамериканки получают с питанием меньше кальция, магния и фосфора, в отличие от белых женщин. Медики изучили антиоксидантное влияние молочных продуктов на изменение работы эндогенных половых гормонов в женском организме.

В течение 10 лет обзора было зарегистрировано почти 6 тыс. случаев миомы матки. Гинекологи заметили, что высокие уровни молочных продуктов в рационе питания уменьшают вероятность заболевания. Риск образования фиброзной опухоли был сокращен на 30% среди тех женщин, которые ели в день по 4 или больше порций молочных продуктов. Высокие уровни потребления кальция и фосфора также были связаны с уменьшением риска опухоли. Хотя точный механизм положительного эффекта состава молочных продуктов на заболевание остается неясным, специалисты считают, что их регулярное употребление может защитить женское здоровье благодаря понижению процесса клеточной пролиферации или деления клеток опухоли.

Источник: Ami-tass.ru

Разработан метод определения пола плода на ранних сроках беременности

Отчет о работе исследователей из University of Amsterdam под руководством Петера Шеффера будет опубликован в январском выпуске журнала «Obstetrics and Gynecology». За период с 2003 по 2009 г. в исследовании приняла участие 201 беременная жительница Нидерландов. Ученым удалось провести анализы у 189 женщин, во всех случаях результаты исследований оказались верными и были готовы через 2-4 дня.

Одним из преимуществ нового метода является определение пола ребенка по образцам крови отца и матери уже на пятой неделе беременности. Ученые выделяли ДНК из крови беременных, а затем анализировали ее на наличие генов Y-хромосомы: SRY, который отвечает за развитие семенников, и гена DYS-14, также определяющего мужской пол ребенка.

Для установления женского пола плода Шеффер и его коллеги разработали технологию выявления в образцах материнской крови фрагментов ДНК, индивидуально

специфичных для отца, — так называемых участков генетического полиморфизма. Если такой фрагмент обнаруживается (и аналогичных специфических последовательностей не выявлено в собственной наследственной информации матери), но при этом фрагментов Y-хромосомы нет, можно утверждать, что развивающийся плод относится к женскому полу.

По словам Шеффера, новый метод позволит избежать осложнений, связанных с использованием традиционных способов определения пола ребенка (амниоцентез и анализ ворсин хориона), которые являются травматичными для матери, так как требуют пункции плодного пузыря.

Шеффер также отметил, что более раннее определение пола ребенка позволит, в случае необходимости, провести дополнительные исследования для выявления наследственных патологий, связанных с половыми хромосомами.

Источник: Medportal.ru

Уровни гонадотропина влияют на фертильность

Вспомогательные репродуктивные методики более вероятно будут успешны у женщин с высокими исходными уровнями лютеинизирующего гормона в комбинации с низкими исходными уровнями фолликулостимулирующего гормона, сообщают шведские исследователи в ноябрьском выпуске «Human Reproduction». В своем сообщении ученые описывают проведенное проспективное наблюдательное исследование, включившее 748 женщин, которые подверглись в общей сложности 1328 *in vitro* оплодотворениям и циклам внутритритулассматических инъекций спермы.

Самая высокая средняя норма беременности (39%) была достигнута женщинами с уровнями ЛГ больше чем 4,9 Е/л и уровнями ФСГ ниже 6,7 Е/л. Норма беременности была самой низкой (22%) у женщин с низкими уровнями ЛГ и высокими уровнями ФСГ. Более равномерно подобранные комбинации дали промежуточные результаты.

Источник: Solvay-pharma.ru

Выключение одного гена во взрослом организме приводит к перерождению яичника в яичко

Немецкие ученые обнаружили, что выключение единственного гена во взрослом организме приводит к перерождению яичника в яичко, правда, не вырабатывающее сперматозоиды. Поэтому яичнику приходится постоянно подавлять эту возможность к «перевосплощению», сообщает EurekAlert. Такая способность взрослого органа к «транс-сексуализму» под влиянием единственного гена продемонстрирована впервые. Такая точка зрения базировалась на том, что для развития половых органов как яичек необходим фактор транскрипции SRY, обнаруженный в мужской Y-хромосоме. Этот фактор действует за счет активации гена Sox9, который и отвечает за развитие мужских половых органов.

Однако исследование, проведенное в Кельнском университете, показало, что Sox9 может быть активным и в женском организме, перерождая яичники в яички. Чтобы этого не происходило, функции Sox9 постоянно подавляются фактором транскрипции FOXL2. Дальнейшие исследования показали, что FOXL2 подавляет Sox9, взаимодействуя с рецепторами к женским половым гормонам эстрогенам. Поэтому, когда при климаксе выработка эстрогена снижается, часть яичника может приобрести схожую с яичком структуру.

По словам руководителя исследования Матиаса Трайера, результаты работы помогают понять механизмы некоторых половых нарушений у детей и преждевременной менопаузы у женщин. Со временем это может привести к созданию лекарств, лечащих подобные нарушения на генном уровне.

Источник: Medportal.ru

Блокаторы фолиевой кислоты повышают риск врожденных дефектов

Воздействие антагонистов фолиевой кислоты в первом триместре беременности увеличивает риск врожденных пороков развития, особенно нервной трубки или сердечно-сосудистых дефектов, сообщают израильские исследователи.

В исследовании, опубликованном в «British Journal of Clinical Pharmacology», были проанализированы две основные группы препаратов: ингибиторы дигидрофолат-редуктазы, блокирующие фолиевую кислоту от преобразования в ее активную форму (например, триметоприм, сульфасалазин и метотрексат), и другие антагонисты фолиевой кислоты (например, карбамазепин, фенитоин, вальпроевая кислота и холестирамин). «Клиницисты должны попытаться избежать использования этих препаратов у женщин, размышляющих о беременности», — советуют доктор Амалия Леви (Ben Gurion University of the Negev in Beer-Sheva) и коллеги.

Используя данные организации здравоохранения с 1998 до 2007 гг., доктор Леви

и ее коллеги выяснили, что за этот период родились 84823 младенца, было выполнено 998 аборт по медицинским показаниям, с 571 плодами и младенцами, мамы которых принимали, по крайней мере, один антагонист фолиевой кислоты в течение первого триместра. Женщинам, которые принимали антагонисты фолиевой кислоты, более вероятно будет предписана фолиевая кислота, отмечают исследователи. «Поскольку дополнительный прием фолиевой кислоты уменьшает риск врожденных пороков развития, связанных с воздействием антагонистов фолиевой кислоты, и многие из женщин без зарегистрированного дополнительного приема фолиевой кислоты фактически, возможно, получали фолиевую кислоту, истинное различие между нормами врожденных дефектов между группами женщин, подвергшихся и не подвергшихся воздействию антагонистов фолиевой кислоты, могло бы быть даже большим», — сообщают авторы.

Источник: Solvay-pharma.ru

А.В. ЗАЙЦЕВ,
К.Б. КОЛОНТАРЕВ
МГМСУ

Неосложненный цистит у женщин: решенная проблема или необходимость оптимизации лечебной тактики?

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) является наиболее распространенной бактериальной инфекцией, которая чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Примерно у половины взрослых женщин на протяжении жизни хотя бы один раз возникали клинические проявления ИМП (1-3). В течение последующих 6-12 месяцев у 25-40% из них развивается рецидивирующая неосложненная инфекция мочевыводящих путей (НИМП). Последняя нередко наблюдается при отсутствии факторов риска, таких как структурные или функциональные нарушения мочевыводящих путей (4).

Наиболее частым клиническим проявлением НИМП, сопровождающимся тазовыми болями, является цистит. Термин «цистит» применяется для описания воспаления в мочевом пузыре. Воспалительная реакция в мочевом пузыре возникает в различных клинических ситуациях и может быть как инфекционной, так и неинфекционной этиологии. По клиническому течению инфекционный цистит делят на острый и хронический, отдельно выделяют рецидивирующую мочевую инфекцию (5).

Заболевание характеризуется высокой степенью распространенности среди женского населения и представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему. В США ежегодно регистрируется свыше 7 млн обращений к врачу по поводу ИМП, при

этом более 2 млн составляют клинические проявления цистита (6). Около 20-25% женщин переносят цистит в той или иной форме, а 10% страдают хроническим рецидивирующим циститом. Частота рецидивирования после первого эпизода цистита составляет 50%, у некоторых женщин рецидивы отмечаются более 3 раз в год. В России, по расчетным данным, распространенность острого цистита составляет 26-36 млн случаев в год (7).

Этиология НИМП достаточно хорошо изучена: спектр этиологических агентов одинаков при инфекции как нижних, так и верхних мочевыводящих путей и представлен в 70-95% *Escherichia coli* и 5-10% *Staphylococcus saprophyticus*. Иногда могут быть выделены другие представители *Enterobacteriaceae*, например *Proteus mirabilis* и *Klebsiella* или энтерококки. Такие грампозитивные организмы, как стрептококки группы В и D, составляют около 1-2%. Примерно у 10-15% пациентов с клиническими проявлениями ИМП бактериурия не может быть выявлена с помощью рутинных методов (8).

Клиническое проявление заболевания зависит от типа уропатогенов, их вирулентности и резистентности к антимикробным агентам, а также в известной степени от общего состояния организма. Патогенез не всегда бывает достаточно ясен, а клиническое течение может быть неосложненным или осложненным. Многообразие специфических факторов, взаимодействующих между макроорганизмом и внедрившими-

ся микроорганизмами, определяет прогресс заболевания.

При остром цистите часто пациент испытывает значительные неудобства в связи с неожиданным началом, быстрым течением заболевания и социальной дезадаптацией, обусловленной дизурией. Каждый эпизод НИМП сопровождается клиническими проявлениями цистита в среднем в течение 6,1 дней, ограничением активности и потерей трудоспособности на протяжении 2,4 дней (9). Частота рецидива после первого эпизода цистита составляет 50%, у некоторых женщин рецидивы отмечаются более 3 раз в год.

Неосложненный цистит обычно не приводит к серьезному поражению почек, даже при неоднократных рецидивах заболевания. Вместе с тем выраженные расстройства мочеиспускания и тазовая боль существенно нарушают качество жизни женщин.

В проспективном плацебо-контролируемом исследовании 288 из 1443 пациенток с симптомами ИМП получали плацебо. В ходе исследования отмечено, что взаимосвязь между всеми симптомами заболевания и бактериурией, а также титром микроорганизмов в моче непредсказуема. Спонтанный регресс симптомов после первой недели наблюдения наступил в 28% случаев, а у 37% пациенток через 5-7 недель отсутствовали как симптомы заболевания, так и бактериурия (10).

В опубликованном недавно метаанализе 5 рандомизированных ис-

следований Falagas et al. (2009) проанализировали результаты сравнения эффективности антибиотиков и плацебо в лечении неосложненного цистита у женщин. Клиническая эффективность антибактериальной терапии была значительно выше, чем применения плацебо. В то же время количество побочных явлений в группе больных, получавших антибиотики, было также больше. Авторы пришли к заключению, что данные результаты важны для принятия решения о начале эмпирической терапии (11).

Вопрос об оптимизации лечения неосложненного цистита неразрывно связан с проблемой роста резистентности микрофлоры к антимикробным препаратам. Современные стандарты по лечению инфекционных заболеваний требуют обязательной идентификации патогена и определения его чувствительности к антибиотикам, по крайней мере, эмпирической терапии должен предшествовать забор материала для бактериологического исследования. При неосложненном цистите это правило нередко игнорируется по разным причинам, в том числе экономическим соображениям. Вместе с тем данные о чувствительности уропатогенов к антибиотикам необходимы в первую очередь для создания современных, оптимальных рекомендаций по лечению неосложненного цистита.

Европейское мультицентровое исследование ECO-SENS чувствительности уропатогенов к антибиотикам при неосложненном цистите у женщин показало наличие низкого уровня резистентности в странах Северной Европы и Австрии и наибольший уровень – в Испании и Португалии (12, 13).

В другом исследовании – ARESC – приняли участие 9 стран Европы (включая Россию) и Бразилия (14). Чувствительность уропатогенов к 9 антибиотикам (назначаемым *per os*) у женщин с неосложненным циститом определялась согласно требованиям Института клинических и лабораторных стандартов (CLSI) (15). Наиболее часто выделяемым

уропатогеном была *Escherichia coli* (74,6%), далее *Enterococcus faecalis* (4,0%), *Staphylococcus saprophyticus* (3,6%), *Klebsiella pneumoniae* (3,5%) и *Proteus mirabilis* (3,5%). Штаммы *E. coli* оказались наиболее чувствительными к фосфомицину (98,1%), мециллиаму (95,8%), нитрофурантоину (95,2%) и ципрофлоксацину (91,8%). Наименьшая чувствительность установлена к ампициллину (45,1%) и котримоксазолу (70,5%). Уровень чувствительности к амоксицилаву (amoxicillin/clavulanic acid) (82,1%), цефуроксиму (82,5%) и налидиксовой кислоте (82,5%) был умеренный. Уровень чувствительности к антибиотикам значительно варьировал в разных странах (за исключением фосфомицина, мециллинама и нитрофурантоина).

В лечении ИМП важным аспектом являются фармакокинетические свойства антибиотиков, предпочтение отдается препаратам, обладающим высокой экскрецией с мочой. Это особенно актуально у больных неосложненным циститом, когда микроорганизмы находятся преимущественно в мочевом пузыре, а не в тканях организма.

За последние 20 лет проведено большое количество клинических исследований эффективности антибиотиков в лечении ИМП у женщин. Результаты этих исследований показали, что короткие курсы антибактериальной терапии неосложненного цистита могут рассматриваться как метод выбора по нескольким причинам: лучшая комплаентность, меньшее количество нежелательных явлений и коллатеральных эффектов, меньшая стоимость и равная эффективность по сравнению с обычной терапией. Вместе с тем не все антибиотики одинаково подходят для этого режима дозирования.

Основными нежелательными явлениями при применении антибиотиков у некоторых пациенток является вероятность развития вагинального кандидоза и дисбактериоза кишечника. Некоторые фторхинолоны перестали применяться в связи с выраженным гепатотоксическим эффектом.

Известна возможность развития синдрома Лайелла при применении сульфаниламидов (триметоприм-сульфаметоксазол) и легочной патологии и неврологических расстройств при применении нитрофуранов.

Коллатеральные эффекты обусловлены возможностью не только эрадикации возбудителя при антибактериальной терапии, но и селекцией резистентных мутантов как из патогенных микроорганизмов, так и из нормальной микрофлоры человека. Появившиеся резистентные мутанты могут вызывать развитие у этого пациента реинфекции или способствовать перекрестной контаминации в популяции. Это обстоятельство придает большое значение выбору антибиотика при лечении такого частого клинического проявления ИМП, как неосложненный цистит, при котором потенциальный риск развития серьезных осложнений невысок (16).

При назначении основных групп антибактериальных препаратов рассматривается вероятность развития следующих коллатеральных эффектов:

- аминопенициллины имеют ограниченное воздействие на *Enterobacteriaceae* в желудочно-кишечном тракте, однако благодаря их антиэнтерококковой активности наблюдается уменьшение количества *Enterococci*;
- цефалоспорины значительно уменьшают количество представителей грамотригативных *Enterobacteriaceae*, но способствуют селекции резистентных *Enterococci*. Этот механизм может также быть причиной усиленного роста *Clostridium difficile* и появления бактерий, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра действия (ESBL);
- фторхинолоны обладают высокой способностью приводить к эрадикации чувствительных штаммов микрофлоры ЖКТ и кожных покровов, а также вызывать селекцию резистентных бактерий, причем не только фторхинолон-резистентных, но и продуцирующих ESBL бактерий, *S. aureus* (MRSA) и *C. difficile*;
- фосфомицин несомненно об-



Таблица 1. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по эмпирической антимикробной терапии острого неосложненного цистита у женщин пременопаузального возраста (29)

Антибиотик	Режим дозирования	Продолжительность лечения	Авторы
Фосфомицина трометамол	3 г однократно	1 день	(17)
Нитрофурантоин	100 мг 3-4 раза в день	5-7 дней	(18)
Нитрофурантоин МС (макрокристаллический)	100 мг 2 раза в день	5-7 дней	(19)
Пивмециллин [*]	400 мг в день	3 дня	(20)
Пивмециллин [*]	200 мг 2 раза в день	7 дней	(21)
Ципрофлоксацин	250 мг 2 раза в день	3 дня	(22)
Левифлоксацин	250 мг в день	3 дня	(26)
Офлоксацин	200 мг 2 раза в день	3 дня	(26)
Норфлоксацин	400 мг 2 раза в день	3 дня	(23)
Цефпродоксим проксетил	100 мг 2 раза в день		(24)
Триметоприм/сульфаметоксазол (при наличии данных о локальной резистентности <i>E. coli</i> < 20)	160/800 мг 2 раза в день	3 дня	(25)

Примечание: ^{*} – применяется только в скандинавских странах, Нидерландах, Австрии и Канаде.

ладает низким уровнем воздействия на микрофлору желудочно-кишечного тракта;

- нитрофурантоин не концентрируется в желудочно-кишечном тракте (проблема селекции резистентных мутантов в ЖКТ, таким образом, не связана с применением препаратов этой группы);

- пивмециллин обладает низким уровнем воздействия на микрофлору желудочно-кишечного тракта;

- триметоприм и триметоприм/сульфаметаксазол обладают высоким уровнем воздействия на микрофлору желудочно-кишечного тракта, вызывают значительное снижение содержания грамотрицательных *Enterobacteriaceae*, легко происходит селекция резистентных штаммов *E. coli*.

С учетом этих аспектов в настоящее время рекомендации Европейской ассоциации урологов (2009) по антибактериальному лечению неосложненного цистита у здоровых женщин пременопаузального возраста выглядят следующим образом (таблица 1). Согласно структуре чувствительности уропатогенов во многих странах фосфомицина трометамол, пивмециллин и нитрофурантоин могут сегодня являться препаратами первого выбора. Сульфаметоксазол или триметоприм могут применяться в первую очередь только в странах,

в которых резистентность к ним штаммов *E. coli* составляет менее 20%. Альтернативными антибиотиками являются ципрофлоксацин, ципрофлоксацин ОД, левофлоксацин, офлоксацин и норфлоксацин. Эффективность всех препаратов из группы фторхинолонов сопоставима, однако переносимость может быть различной, что продемонстрировали проведенные исследования (26, 27). Обращает на себя внимание рост резистентности уропатогенов к фторхинолонам в разных регионах мира. Цефалоспорины 1 и 2 поколения не достаточно хорошо изучены в эквивалентных по статистической обработке исследованиях. Цефалоспорины 3 поколения могут быть альтернативными препаратами, однако отмечается рост распространенности штаммов *E. coli*, продуцирующих ESBL (24). Аминопенициллины (такие как ампициллин) не могут сегодня применяться для эмпирической монотерапии в связи с высокой резистентностью к ним уропатогенов. Аминопенициллины в комбинации с ингибиторами β-лактамазы (такие как амоксицилин) не подходят для коротких курсов антимикробной терапии, поскольку уступают по эффективности фторхинолонам (28). Стандартная терапия амоксицилином может быть альтернативным видом лечения, однако необходи-

мо учитывать данные о росте распространенности штаммов *E. coli*, продуцирующих ESBL.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ НЕОСЛОЖНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Рецидивирующей ИМП считается при наличии более 2 эпизодов инфекции в течение 6 месяцев или 3 эпизодов в течение 12 месяцев. Рецидивирующая инфекция может быть результатом *реинфекции* (причем разными микроорганизмами) или *бактериальной персистенции* (инфекция того же вида из очага внутри мочевыводящих путей).

Внутренними и внешними факторами риска для рецидивирующей ИМП у женщин являются:

- в пременопаузальном возрасте:
 - предшествующие эпизоды цистита;
 - сексуальная активность;
 - контрацепция с помощью спермицидов;
 - наличие в анамнезе циститов у матери;
 - циститы в детском возрасте;
- в постменопаузальном возрасте:
 - сахарный диабет;
 - недержание мочи;
 - эпизоды цистита в пременопаузальном возрасте;
 - отсутствие секреции антигенов своей группы крови.

Существуют различные подходы к профилактике рецидивирующей ИМП у женщин:

- изменение внешних факторов риска;
- антимикробная профилактика низкими дозами препаратов (ежедневная или посткоитальная);
- иммуноактивная профилактика;
- неспецифическая профилактика;
- местное применение эстрадиола в постменопаузальном периоде.

Профилактическое применение антибиотиков остается основным и наиболее эффективным методом снижения частоты рецидивов ИМП, не лишенным вместе с тем определенных побочных явлений. Рекомендации по антибиотикопро-



Меткий удар по циститу



Zambon
1906

Представительство АО «Замбон СП.А.» (Италия):

Россия, 121002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17

Тел.: (495) 933-38-30/32. Факс: (495) 933-38-31

Таблица 2. Рекомендации по антибиотикопрофилактике рецидивирующих неосложненных ИМП у женщин (29)

Препарат (прием на ночь)	Режим дозирования	Авторы исследований
Стандартный режим		
Нитрофурантоин	50 мг/сут	(31)
Триметоприм/сульфаметоксазол	40/200 мг/сут или 3 раза в неделю	(32)
Фосфомицина трометамол	3 г каждые 10 дней	(33)
Во время беременности		
Цефалексин	125 мг/сут	(34)
Цефаклор	250 мг/сут	(35)
Примечание: триметоприм/сульфаметоксазол назначается однократно ежедневно или 3 раза в неделю. Необходимо учитывать региональную резистентность к этому препарату, которая может превышать 20%. Фосфомицина трометамол – 3 г каждые 10 дней в течение 6 месяцев. Цефалоспорины – <i>per os</i> , особенно во время беременности.		

филактике рецидивов неосложненных ИМП у женщин приведены в таблице 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование ARESC продемонстрировало сохраняющуюся *in vitro*

антимикробную активность фосфомицина, мециллинама и нитрофурантоина в отношении основных возбудителей неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин, что позволяет считать их эффективными средствами

для эмпирической терапии бактериальных циститов. Другие антибиотики, такие как котримоксазол, фторхинолоны, цефалоспорины и амоксициллин/клавулановая кислота должны рассматриваться в качестве препаратов второй линии и назначаться с учетом региональной резистентности уропатогенов, переносимости и возможности развития коллатеральных эффектов.

Антибиотикопрофилактика остается наиболее эффективным средством уменьшения числа пациентов, страдающих рецидивирующей неосложненной инфекцией мочевыводящих путей. Вместе с тем эта мера профилактики должна рассматриваться индивидуально в зависимости от вероятности нежелательных явлений. 

Литература

- Nicole L. Epidemiology of urinary tract infections. *Infect Med* 2001; 18: 153-62.
- Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003 Feb; 49(2): 53-70.
- Bishop M.C. Uncomplicated urinary tract infection. *EUA Update Series 2* (2004) 143-150.
- Hooton T.M. Recurrent urinary tract infection in women. *Int J Antimicrob Agents* 17. 2001; 259-268.
- Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Давидьянц А.А. Диагностика и лечение различных форм цистита у женщин. *Клиническая урология*. М., 2002. 39 с.
- Warren J.W., Abrutyn E., Hebel J.R. et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Clin Infect Dis*. 1999; 29: 745-758.
- Материалы международного симпозиума «Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных». М., 1999.
- Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11: 551-581.
- Foxman B., Frerichs R.R. Epidemiology of urinary tract infection. *Am J Public Health* 1985; 75: 1308-1313.
- Ferry S.A., Holm S.E., Stenlund H. et al. The natural course of uncomplicated lower urinary tract infection in women illustrated by a randomized placebo controlled study. *Scand J Infect Dis* 2004; 36:296-301.
- Falagas M.E., Kotsantis I.K., Vouloumanou E.K., Rafailidis P.I. Antibiotics versus placebo in the treatment of women with uncomplicated cystitis: a metaanalysis of randomized controlled trials. *J Infect* 2009; 58: 91-102.
- Kahlmeter G. An international survey of the antimicrobial susceptibility of pathogens from uncomplicated urinary tract infections: the ECO. SENS Project. *J Antimicrob Chemother* 2003; 51: 69-76.
- Kahlmeter G. Prevalence and antimicrobial susceptibility of pathogens in uncomplicated cystitis in Europe. The ECO. SENS study. *Int J Antimicrob Agents* 2003; 22 (Suppl 2): 49-52.
- Naber K.G., Schito G., Botto H. et al. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol* 2008; 54: 1164-1175.
- Institute CaLS. Methods for dilution antimicrobial susceptibility testing. PA, USA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2007.
- Wagenlehner F.M.E., Weidner W., Naber K.G. An update on uncomplicated urinary tract infections in women. *Curr Opin Urol* 2009; 19: 368-374.
- Lecomte F., Allaert F.A. Single-dose treatment of cystitis with fosfomycin trometamol (Monuril): analysis of 15 comparative trials on 2048 patients. *Giorn It Ost Gin* 1997; 19: 399-404.
- Gupta K., Hooton T.M., Roberts P.L., Stamm W.E. Short-course nitrofurantoin for the treatment of acute uncomplicated cystitis in women. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2207-2212.
- Spencer R.C., Moseley D.J., Greensmith M.J. Nitrofurantoin modified release versus trimethoprim or co-trimoxazole in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in general practice. *J Antimicrob Chemother* 1994; 33 (Suppl A): 121-129.
- Nicoll L.E., Madsen K.S., Debeek G.O. et al. Three days of pivmecillinam or norfloxacin for treatment of acute uncomplicated urinary infection in women. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 487-492.
- Menday A.P. Comparison of pivmecillinam and cephalexin in acute uncomplicated urinary tract infection. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 13: 183-187.
- Arredondo-Garcia J.L., Figueroa-Damian R., Rosas A. et al. Comparison of short-term treatment regimen of ciprofloxacin versus long-term treatment regimens of trimethoprim/sulfamethoxazole or norfloxacin for uncomplicated lower urinary tract infections: a randomized, multicentre, open-label, prospective study. *J Antimicrob Chemother* 2004; 54: 840-843.
- Pimentel F.L., Dolgner A., Guimaraes J. et al. Efficacy and safety of norfloxacin 800mg once-daily versus norfloxacin 400 mg twice-daily in the treatment of uncomplicated urinary tract infections in women: a double-blind, randomized clinical trial. *J Chemother* 1998; 10: 122-127.
- Kavatha D., Giamarellou H., Alexiou Z. et al. Cefpodoxime-proxetil versus trimethoprim-sulfamethoxazole for short-term therapy of uncomplicated acute cystitis in women. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 47: 897-900.
- Warren J.W., Abrutyn E., Hebel J.R. et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis* 1999; 29: 745-758.
- Richard G.A., DeAbate C.A., Ruoff G.E. et al. A double-blind, randomised trial of the efficacy and safety of short-course, once-daily levofloxacin versus ofloxacin twice daily in uncomplicated urinary tract infection. *Infect Dis Clin Pract* 1998; 9: 323-329.
- Rafalsky V., Andreeva I., Rjabkova E. Quinolones for uncomplicated acute cystitis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD003597.
- Hooton T.M., Scholes D., Gupta K. et al. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 949-955.
- Grabe M. (Chairman), Bishop M.C., Bjerklund-Johansen T.E., Botto H., Çek M., Lobel B., Naber K.G., Palou J., Tenke P., Wagenlehner F. Guidelines on Urological Infections (UPDATE MARCH 2009).
- Naber K.G., Cho Y.H., Matsumoto T., Schaeffer A.J. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a meta-analysis. *Int J Antimicrob Agents* 2009; 33: 111-119.
- Bailey R.R., Roberts A.P., Gower P.E., De Wardener H.E. Prevention of urinary tract infection with low-dose nitrofurantoin // *Lancet*, 1971; 2: 1112-1114.
- Stamm W.E., Wagner K.F., Amsel R. et al. Causes of the acute urethral syndrome in women // *N Engl J Med*, 1980; 303: 409-415.
- Rudenko N., Dorofeyev A. Prevention of recurrent lower urinary tract infections by long-term administration of fosfomycin trometamol. *Drug Res* 2005; 55: 420-427.
- Gower P.E. The use of small doses of cephalexin (125 mg) in the management of recurrent urinary tract infection in women. *J Antimicrob Chemother* 1975; 1 (3 Suppl): 93-98.
- Brumfitt W., Hamilton-Miller J.M. A comparative trial of low dose cefaclor and macrocrystalline nitrofurantoin in the prevention of recurrent urinary tract infection. *Infection* 1995; 23: 98-102.



11-12 ФЕВРАЛЯ 2010 ГОДА

**Четвертая Всероссийская научно-практическая
конференция с международным участием**



Рациональная фармакотерапия в урологии-2010

Всероссийская междисциплинарная школа для урологов, терапевтов, семейных врачей, гинекологов, дерматовенерологов, заместителей главных врачей ЛПУ, микробиологов, иммунологов, специалистов по антимикробной химиотерапии и клинических фармакологов России

Организаторы конференции:

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российское общество урологов
- ФГУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ»

Организатор выставочной экспозиции:



В программе конференции

Проблемные вопросы лечения инфекции почек, мочевых путей и мужских половых органов

- Новое руководство Европейской Урологической Ассоциации по ведению больных с мочевой инфекцией
- Роль биопленок в патогенезе мочевой инфекции
- Кишечная палочка, как возбудитель мочевой инфекции и асимптоматической бактериурии – разные штаммы? Связь клинического течения заболевания со свойствами микроорганизма-возбудителя
- Уропатогенная кишечная палочка – угроза распространения бета-лактамаз расширенного спектра действия
- Трудности в лечении неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Выбор антибактериального препарата
- Принципы дозирования антибактериальных препаратов
- Хронический простатит – роль воспаления в генезе рака простаты
- Бактериемия и Уросепсис – причины и возможности терапии
- Пиелонефрит у детей, беременных и на фоне сахарного диабета: особенности течения и ведения пациентов
- Инфекции, передаваемые половым путем: роль внутриклеточных микроорганизмов
- Микоплазмы – истинная роль в генезе уретрита
- Антибактериальная профилактика урологических заболеваний
- Современные антимикробные и антимикотические средства
- Бактериофаготерапия мочевой инфекции
- Оптимизация антибактериальной политики в урологическом отделении

Медикаментозная терапия урологических заболеваний:

- Роль фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов при лечении урологических заболеваний
- Пути введения лекарственных средств
- Расчет дозы лекарственных средств
- Принципы дозирования лекарственных средств
- Нежелательные побочные действия лекарственных средств
- Значение фармакоэкономических исследований для практического врача, для пациента, для больницы и для здравоохранения
- Расстройства мочеиспускания у мужчин и женщин
- Доброкачественная гиперплазия простаты – фармакотерапия или операция? 20 летний опыт
- Фитотерапия урологических заболеваний
- Эректильная дисфункция – что нового в фармакотерапии?
- Метафилактика уrolитиаза
- Андрогендефицитные состояния у мужчин
- Недержание мочи (гиперактивный мочевой пузырь)
- Метаболический синдром как причина урологических заболеваний
- Новые технологии, медицинская техника и диагностическое оборудование в госпитальном секторе, средства ухода за урологическими пациентами

В работе конференции примет участие президент Международного общества по антимикробной и противоопухолевой химиотерапии профессор Курт Набер.

Проводится конкурс молодых ученых: принимаются научные работы по рациональной фармакотерапии урологических заболеваний от ученых до 35 лет. Объем работы – не более 14 тыс. знаков с пробелами.

Работы принимаются до 10 декабря 2009 г. по адресу: imp2006@bk.ru

Место проведения: Москва, Центральный дом ученых РАН, ул. Пречистенка, д.16

Оргкомитет: НИИ Урологии: 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д.51, сайт: www.uro.ru

тел.: (499) 367-17-17; 165-88-55; 165-09-11; (495) 234-07-34

Прием тезисов до 10 декабря 2009 г. по адресу: medforum2008@mail.ru

**По вопросам участия в выставочной экспозиции и спонсорской поддержки
обращаться в компанию «Медфорум». Телефон: (495) 234-07-34**

Генеральный информационный спонсор:



Информационные спонсоры:



**ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Н.А. ТАТАРОВА,
д.м.н., профессор,

В.А. ЛИНДЕ,
д.м.н., профессор,

Е.В. ЖИДКОВА,

Х.С. СОХАДЗЕ

Санкт-Петербургская
государственная
медицинская академия
им. И.И. Мечникова

Негормональная коррекция климактерических расстройств в пери- и постменопаузе

Значительное увеличение продолжительности жизни привело к тому, что треть, а возможно, и половину жизни женщина проводит после наступления менопаузы. Увеличение числа женщин постменопаузального возраста связано также с общей тенденцией к старению населения. В США за последние 15 лет число женщин старше 50 лет возросло с 30 до 43 млн. В Германии 95% женщин достигают возраста менопаузы, в Австрии 13% женщин находится в возрасте постменопаузы (8).

Периоды жизни женщины определяются состоянием половой системы. Если возраст 75 лет, составляющий среднюю продолжительность жизни современной женщины, принять за 100%, то длительность периодов функциональной активности репродуктивной системы можно выразить так: пубертатный период – 16%, репродуктивный – 44%, пременопаузальный – 7%, постменопаузальный – 33% и далее сенильный период (свыше 75 лет). С увеличением продолжительности жизни особое медико-

социальное значение приобретают аспекты, которые определяют качество жизни женщин этого возраста.

Наступление менопаузы является нормальным физиологическим процессом, однако снижение уровня эстрогенов приводит к выраженному ухудшению самочувствия и снижению качества жизни, вызывая приливы, раздражительность, бессонницу, снижение памяти и познавательной функции, урогенитальные расстройства, а также повышает риск развития остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний и болезни Альцгеймера.

Частота климактерического синдрома (патологического комплекса симптомов, в основном психоэмоциональных и вегетососудистых), по данным разных авторов, варьирует от 40 до 80% (4, 8).

Частота осложненных форм климактерического синдрома (КС) составляет 55%. Тяжесть течения КС усугубляется за счет сопутствующей экстрагенитальной патологии. С другой стороны, развитие КС усугубляет тяжесть этой патологии. У трети больных КС возникает на фоне гипертонической болезни.

При этом подавляющее число больных гипертонической болезнью (57%) отмечают ее обострение – частые гипертонические кризы, выраженная лабильность артериального давления. У 10% женщин декомпенсируется сахарный диабет. Учащение приступов желчекаменной и мочекаменной болезни отмечают до 30% пациенток.

По современным представлениям, в основе инволюции репродуктивной системы лежит возрастная гормональная перестройка в гипоталамо-гипофизарной структуре головного мозга, влекущая за собой необратимые изменения циклической функции гипофиза и, как следствие, изменения в циклической функции яичников (1, 5).

Возраст наступления менопаузы в значительной степени зависит от яичникового резерва, а именно от числа примордиальных фолликулов (3). Иницирующим климактерическую перестройку фактором является, по всей видимости, постепенное истощение фолликулярного аппарата яичников, в результате чего яичники перестают адекватно реагировать на все возрастающую стимуляцию со стороны гипофиза и, в первую очередь, на увеличение им секреции ФСГ.

Заслуживает внимания гипотеза о роли ингибина в фолликулогенезе. Ингибин вырабатывается гранулезными клетками яичников, его секреция увеличивается по мере развития предовуляторных фолликулов яичников, что по механизму отрицательной обратной связи приводит к подавлению секреции

Экстракт красного клевера (Феминал) эффективно купирует проявления климактерического синдрома, устраняя нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у пациенток, что позволяет рекомендовать Феминал в качестве альтернативного средства у пациенток с синдромом дефицита эстрогенов. Фитотерапия препаратом Феминал значительно уменьшает психоэмоциональные проявления климактерического синдрома независимо от степени его тяжести.

ФСГ. С приближением к менопаузе происходит уменьшение продукции ингибина (2, 3), что приводит к более выраженному повышению уровня ФСГ, чем ЛГ. Полагают, что снижение уровня ингибина в фолликулиновую фазу у женщин старше 36 лет следует рассматривать как самый ранний биохимический маркер ускоренного истощения фолликулов и репродуктивного старения (2).

Для лечения КС в настоящее время используется заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Однако из-за наличия противопоказаний, побочных эффектов, недостаточной эффективности в отношении психоэмоциональных расстройств и большого спектра обследований этот вид терапии не всегда возможно использовать. В связи с этим понятен поиск альтернативных методов лечения КС. Цель альтернативной терапии заключается в положительном терапевтическом эффекте и отсутствии риска развития злокачественных образований и побочных эффектов.

Таким образом, **целью настоящего исследования** явилась оценка возможностей негормональной коррекции психоэмоционального компонента и вегетососудистых нарушений КС с помощью фитоэстрогенов – экстракта красного клевера – препарата Феминал.

Фитоэстрогены – класс нестероидных веществ, которые получают из растений или продуктов их метаболизма. Выделяют 6 категорий фитоэстрогенов. Из них изофлавоны обладают наибольшим сходством с эстрогенами человека. Самым насыщенным источником изофлавонов в природе является красный клевер.

Фитоэстрогены обладают уникальным избирательным действием на эстрогеновые рецепторы. Они способны путем воздействия на рецепторы эстрогенов, расположенные в сосудах, головном мозге и костной ткани, оказывать следующие положительные эффекты:

- корректировать психоэмоциональные расстройства;
- снижать уровень тревожности;
- снижать риск сосудистых заболеваний;
- уменьшать вегетативную симптоматику;
- осуществлять профилактику остеопороза.

При этом фитоэстрогены не повышают риск развития онкологических заболеваний органов репродуктивной системы.

Фитоэстрогены оказывают слабый эстрогенный эффект и антиэстрогенный эффект, который обусловлен способностью связывать эстрогеновые рецепторы и затем блокировать эстроген, образующийся в организме (22). Поскольку фитоэстрогены обладают очень слабым действием, то общий их эффект значительно меньше эстрогенной стимуляции органов-мишеней. Однако если общий уровень эстрогена в организме низкий, как при менопаузе, то фитоэстрогены будут способствовать общему повышению эффекта эстрогенов (2, 3).

Феминал – капсулы, изготовленные на основе экстракта красного клевера (*Trifolium pratense*, *Leguminosae*), действующим веществом которых являются изофлавоны красного клевера. Экстракт красного клевера содержит сразу 4 изофлавоны: биоканин А (*Biochanin A*), формонетин (*Formononetin*), дейдзеин (*Daidzein*), генистеин (*Genistein*). Каждая капсула содержит не менее 40 мг изофлавонов в чистом виде. ➡

Феминал



Капсулы «Феминал» предназначены для женщин, которые желают:

- Устранить неприятные симптомы менопаузы
- Сохранить здоровье костей
- Сохранить здоровье сердечно-сосудистой системы

Рекомендуется принимать по одной капсуле «Феминал» в день.

Одна оригинальная упаковка рассчитана на 30 дней.

JGL

Представительство АО «Ядран»
Галенский Лабораторий в России
119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, офис 3, 30
Тел.: (495) 970-18-82, e-mail: jadran@jgl.ru
www.jadran.ru

Реклама

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленных задач проведено обследование женщин пери- и постменопаузального возраста, обратившихся за медицинской помощью с жалобами, характерными для КС.

Критериями включения в исследование были:

- возраст старше 45 лет;
- длительность постменопаузы не более 5 лет;
- наличие жалоб, характерных для КС.

Критериями исключения являлись:

- установленное злоупотребление алкоголем или психотропными препаратами;
- кровотечение из половых путей неясного генеза;
- рак молочных желез в анамнезе, в настоящее время или подозрение на него;
- наличие или подозрение на эстрогензависимые опухоли;
- наличие другого онкологического заболевания, проведение курса химиотерапии и рентгенотерапии;
- нелеченая гиперплазия эндометрия;
- венозная тромбоэмболия в анамнезе или в настоящее время;
- артериальная тромбоэмболическая болезнь в анамнезе или в настоящее время;
- некомпенсированная артериальная гипертензия;

• тяжелые хронические заболевания (болезни печени, почек, туберкулез, эпилепсия, бронхиальная астма, предполагаемые хирургические вмешательства), которые могли бы помешать проведению исследования;

- лекарственная аллергия на фитоэстрогены и компоненты ЗГТ;
- психические расстройства;
- прием гормональных препаратов (ЗГТ, комбинированные контрацептивы) в течение 6 месяцев до начала исследования;
- лечение психотропными препаратами за 4 недели до начала исследования.

Для определения критериев включения и исключения проводили общесоматическое и гинекологическое обследование женщин, определяли критерии и тяжесть КС по шкале Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (6, 14). Всем больным проводили ультразвуковое исследование органов малого таза, маммографию, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, липидограмма, глюкоза), гормональное обследование (ФСГ, ТТГ), онкоцитологическое исследование, измерение артериального давления.

В исследование были включены 75 женщин, которые соответствовали критериям включения и исключения. Для каждой пациентки было запланировано 3 визита в клинику.

Основная группа (43 пациентки) получали препарат Феминал в дозе

1-2 капсулы в день (в зависимости от тяжести проявлений симптомов климакса); контрольную группу (32 пациентки) составили женщины с КС, получавшие ЗГТ.

Средний возраст пациенток составил $50,6 \pm 0,3$ года.

Данные опроса и физического обследования заносили в анкету, включающую следующие показатели: жалобы больной, менопаузальный индекс Куппермана, менопаузальный статус.

В ходе объективного обследования проводились: измерение роста и веса, вычисление индекса массы тела (ИМТ), осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, оценка характера оволосения, пальпаторное исследование молочных желез, гинекологическое обследование.

О степени тяжести КС судили по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (6, 14). Каждый симптом оценивался по степени выраженности от 0 до 3 баллов, после чего по общей сумме баллов определяли степень тяжести КС.

По степени тяжести КС женщины распределились следующим образом: легкая степень – 22 пациентки (29,3%), средняя степень – 36 пациенток (48%), тяжелая степень – 17 пациенток (22,7%).

Среднее значение индекса Куппермана было $27,2 \pm 1,3$ балла, при этом на долю его психоэмоциональной составляющей пришлось $10,8 \pm 2,0$ балла. У большинства пациенток до начала терапии были зарегистрированы высокий (44,1%) и средний (35,1%) уровни ситуативной тревожности.

Препарат расценивали как эффективный, если индекс Куппермана снижался на 15 и более процентов от исходного уровня.

Влияние препарата на показатели качества жизни пациентки регистрировали, если средний балл по шкале качества жизни SF-36 изменялся на 5 и более баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У большинства пациенток основной группы – 39 человек (90,7%) –

При оценке влияния Феминала на климактерические симптомы были получены положительные результаты: женщины отметили снижение уровня тревожности и раздражительности, нормализацию сна, повышение способности сосредоточиться на работе, уменьшение количества и тяжести приступов приливов и потливости. Эффективность препарата была подтверждена данными индекса Куппермана: по окончании 8-недельного курса лечения среднее количество баллов снизилось в среднем на 70%, при этом значительное улучшение было достигнуто уже через 2 недели приема Феминала. Отмечено положительное влияние Феминала на параметры качества жизни: средний показатель общего здоровья увеличился на 25,5 балла и психического здоровья – на 10,8 балла.

на фоне терапии Феминалом был достигнут быстрый клинический эффект в течение 2 недель приема препарата. Модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) на фоне применения Феминала достоверно снизился ($p < 0,05$):

- при легкой степени КС – с $16,1 \pm 0,23$ до $8,31 \pm 0,21$ балла по нейровегетативному симптомокомплексу;
- при средней степени КС – с $27,04 \pm 0,22$ до $19,31 \pm 0,35$ балла по нейровегетативному симптомокомплексу и с $12,37 \pm 0,24$ до $7,48 \pm 0,28$ балла по психоэмоциональному симптомокомплексу.

При оценке влияния Феминала на климактерические симптомы были получены положительные результаты: женщины отметили снижение уровня тревожности и раздражительности, нормализацию сна, повышение способности сосредоточиться на работе, уменьшение количества и тяжести приступов приливов и потливости. Эффективность препарата была подтверждена данными индекса Куппермана: по окончании 8-недельного курса лечения среднее количество баллов снизилось в среднем на 70%, при этом значительное улучшение было достигнуто уже через 2 недели приема Феминала.

У всех пациенток основной группы Феминал не оказывал влияния на динамику артериального давления (систолическое

давление до приема препарата составило $118,3 \pm 13,3$ мм рт. ст., после приема – $117,2 \pm 12,0$ мм рт. ст.). Не было выявлено достоверных изменений ИМТ: до приема Феминала ИМТ составил $26,6 \pm 3,9$ кг/м² и через 8 недель приема препарата – $26,8 \pm 4,5$ кг/м². При УЗИ органов малого таза на фоне приема Феминала не обнаружено гиперпластических процессов в эндометрии. Высота эндометрия до приема препарата составила $3,8 \pm 1,5$ мм, через 8 недель приема – $3,2 \pm 1,3$ мм.

При применении Феминала было отмечено его положительное влияние на параметры качества жизни: средний показатель общего здоровья увеличился на 25,5 балла и психического здоровья – на 10,8 балла.

Результаты, полученные в группе ЗГТ, соответствовали международным данным.

Использование ЗГТ у женщин с легким течением КС способствовало достоверному снижению ММИ до уровня показателя женщин с нормальным течением климактерия (с $16,02 \pm 0,31$ до $7,91 \pm 0,21$ балла) по нейровегетативному симптомокомплексу. На фоне лечения женщин со средней степенью КС достоверно снижался ММИ до значений, характерных для легкого течения КС (с $25,28 \pm 0,33$ до $13,92 \pm 0,21$ балла), однако это относилось только к ней-

ровегетативному симптомокомплексу.

Показатели, относящиеся к психоэмоциональному симптомокомплексу, после лечения, несмотря на снижение, оставались на уровне показателей средней степени КС (до лечения – $10,80 \pm 0,23$ балла, после лечения – $9,11 \pm 0,13$ балла). При лечении ЗГТ у женщин с тяжелым течением КС показатели ММИ по психоэмоциональному симптомокомплексу не отличались от показателей до лечения (до лечения – $21,14 \pm 0,13$ балла, после – $19,96 \pm 0,21$ балла). Но достоверно снижались ММИ по нейровегетативному симптомокомплексу до значений, характерных для средней степени тяжести КС (до лечения $35,84 \pm 0,26$ балла, после – $25,11 \pm 0,31$ балла).

Таким образом, ЗГТ как метод лечения КС более эффективна в отношении вегетососудистых симптомов и недостаточно корригирует психоэмоциональные нарушения.

Экстракт красного клевера (Феминал) эффективно купирует проявления КС, устраняя нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у пациенток, что позволяет рекомендовать Феминал в качестве альтернативного средства у пациенток с синдромом дефицита эстрогенов.

Фитотерапия препаратом Феминал значительно уменьшает психоэмоциональные проявления КС независимо от степени его тяжести. 

Литература

1. Бабичев В.Н. Нейроэндокринология репродуктивной системы // Пробл. эндокринологии. 1998; №1: 3-13.
2. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического синдрома // Акуш. и гин. 1995; №3: 5-9.
3. Беневоленская Л.И. Остеопороз в климактерии // Остеопороз и остеопатии. 1998; №1: 4-7.
4. Бескровный С.В., Цвелев Ю.В., Ткаченко Н.Н., Рудь С.А. Гормональный профиль женщин в перименопаузальном периоде // Вестник Рос. ассоц. акуш. гин. 1998; №2: 32-36.
5. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: МИА, 2006. С. 603-650.
6. Дюкова Г.М., Сметник В.П., Назарова Н.А. Состояние психоэмоциональной и сексуальной сфер у женщин в перименопаузе. Руководство по климаксу: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова, В.П. Сметник. М.: МИА, 2001. С. 361-380.
7. Зайдиева Я.З. Гормонпрофилактика и коррекция системных нарушений у женщин в перименопаузе. Дис. д-ра мед. наук. М., 1997.
8. Крыжановская И.О. Системные механизмы старения у женщин в пери- и постменопаузе, патогенетическое обоснование стратегии менопаузальной терапии: Дис. д-ра мед. наук. Ростов-на-Дону, 2000.
9. Лесиовская Е.Е., Коноплева Е.В. Возможности фитотерапии климактерических расстройств // Фиторемедиум. 2007; №1: 5-9.
10. Леон Ванье. Курс клинической гомеопатии / Под ред. В.М. Захаренковой. Смоленск: Гомеопатическая медицина, 2000. С. 173-185.
11. Медицина климактерия / Под ред. В.П. Сметник. М., 2006.
12. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и ЗГТ) / Под ред. В.И. Кулакова. М.: Медицина, 1996.
13. Практическая гинекология (Клинические лекции) / Под ред. акад. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
14. Репина М.А. Состояние гемостаза в перименопаузе и ЗГТ // Журнал акушерства и женских болезней. 2001; №1: 74-78.
15. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: Медицинское информационное агентство, 2002.
16. Руководство по климактерию / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М.: МИА, 2001.
17. Серов В.Н., Сметник В.П., Балан В.Е. и др. // Клиническая эффективность заместительной гормональной терапии. М., 2001. С. 1-9.
18. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.: МИА, 2001.
19. Bainton D., Miller N., Bolton C.H. et al. Plasma triglyceride and high density lipoprotein cholesterol as predictors of ischemic heart disease in British men // Br. Heart J. 1992; Vol. 68: 60-66.
20. Barry G.W. Society, the menopause and hormone replacement therapy / Postgraduate Medicine, A special Report. 1990. P. 9-13.
21. Burger H.G. Menopause (Biology and Pathobiology) / Eds.: R.A. Lobo, J. Kelsey, R. Marcus. 2000. P. 147-155.
22. Ericson G.F. Ovarian Anatomy and Physiology // Menopause (biology and pathobiology) / Eds.: R.A. Lobo, J. Kelsey, R. Marcus. Academic Press. 2000. P. 13-31.
23. Velde E.R., Van Leu Sden. Hormone treatment for the climacteric: alleviation of symptoms and prevention for postmenopausal disease // Lancet. 1994; Vol. 343, №12: 654-657.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

30 сентября 2009 г. в рамках X Всероссийского форума «Мать и дитя» – крупнейшего в нашей стране проекта в области акушерства, гинекологии и неонатологии – состоялся научный симпозиум под председательством проф. А.Д. Макацария, Л.И. Мальцевой, организованный компанией «Безен Хелскеа». По словам проф. А.Д. Макацария, сегодня быть просто акушером-гинекологом, наверное, неправильно – если в действиях акушера-

гинеколога нет мотивов перинатолога, он причисляется к старому поколению. Докладчиками мероприятия стали мировые эксперты в области охраны здоровья материнства и детства – не просто ученые, а клиницисты, чьи научные изыскания и результаты врачебной деятельности позволили увидеть свет тысячам желанных здоровых младенцев. Прогестерон, гормон беременности, почти столетие после открытия сохраняет к себе интерес.



Жан-Карло Дай Рензо, профессор, Италия

РОЛЬ ПРОГЕСТЕРОНА ВО

Прогестерон – один из важнейших гормонов, участвующих в процессе репродукции, – необходим как для поддержания беременности, так и для регуляции менструального цикла, его роль в процессе имплантации чрезвычайно значима. Потому показания к применению прогестерона для терапии довольно широки: аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, предменструальный синдром, гиперплазия эндометрия, гормональная поддержка при нарушении лютеиновой фазы, при спонтанном выкидыше и при сохранении беременности, при привычном выкидыше и преждевременных родах. С 1934 г., когда прогестерон впервые был синтезирован, он стал широко использоваться в клинической практике.

Функции прогестерона, его фармакокинетика и фармакодинамика хорошо изучены в клинических исследованиях, но на

протяжении многих лет интерес к нему не угасает.

За последние 10 лет полностью изменился подход в клиническом использовании прогестерона, особенно у беременных женщин. В прошлом мы пользовались миллиграммами прогестерона. Однако известно, что с начала беременности (уже с 4 недель беременности) продукция прогестерона очень высока, уровень прогестерона в плазме крови в 10-12 раз больше, чем в лютеиновой фазе. Снижение уровня прогестерона в плазме крови связано с началом родов. Таким образом, нужны по крайней мере сотни миллиграммов прогестерона для того, чтобы имело место клиническое действие.

Дефицит прогестерона сказывается соответственно на децидуализации эпителия и повышает сократимость матки. Мы знаем из клинического опыта, что

НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

большинство выкидышей (75%) связано именно с имплантацией. В I триместре 23-60% спонтанных выкидышей, возможно, происходит из-за недостаточности лютеиновой фазы. Но не только. Иммунный ответ играет ключевую роль во время имплантации. При невынашивании аутоиммунные заболевания, например антифосфолипидный синдром, также ответственны по крайней мере за 15-20% выкидышей. Иммунологический фактор оказывает огромное влияние на исход беременности. Прогестерон – гормон, который влияет на сохранение беременности благодаря своим иммунологическим свойствам, в частности увеличению продукции цитокинов Th2 (ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-10) и снижению Th 2 типа. Прогестерон – ключевой гормон

Используют все возможные пути введения прогестерона и получают различные результаты, так как абсорбция препарата различается в зависимости от места введения. Внутримышечный путь введения исторически был первым методом введения препарата, но локальный дискомфорт при инъекции не вывел его на первое место в предпочтениях пациенток. При пероральном приеме эффект будет ниже, поскольку прогестерон быстро включается в обмен за счет эффекта первого прохождения через печень, и активных продуктов обмена получается не более 10%.

Микронизированный прогестерон (частицы меньше десяти микрон) с увеличенной площадью поверхности лекарственного препарата и скоростью его

гестерона особенно при ЭКО и на ранних сроках беременности. Влагалищный путь применения прогестерона при ЭКО влияет на сократительную деятельность матки на уровне эндометрия, что обеспечивает успех ЭКО при имплантации эмбрионов.

Итак, влагалищный путь введения микронизированного прогестерона не создает никакого дискомфорта и обладает целым рядом достоинств, что позволяет считать его самым лучшим способом введения.

В европейских странах микронизированный прогестерон – наиболее популярный препарат прогестерона в период беременности. Поддерживая течение беременности, прием прогестерона поможет избежать преждевременных родов и тяжелой недоношенности. По результатам мета-анализа, благодаря введению прогестерона можно снизить больше чем на 50% частоту преждевременных родов, если женщина пролечивается 10-12 недель беременности. В настоящее время существует не так много препаратов, которые могли бы наполовину уменьшить тот или иной фактор риска, как прогестерон. 

ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

для имплантации.

Необходимо подчеркнуть роль прогестерона в эндокринном регулировании сократимости миометрия. Прогестерон оказывает ингибирующее влияние на некоторые агенты, вызывающие сократимость матки, не влияя при этом на плод. И это не только продемонстрировано на молекулярном уровне, но и клинически. Только натуральный прогестерон защищает матку от гиперплазии эндометрия, вызываемой эстрогеном, и не оказывает побочных эффектов, как синтетические прогестины (норгестрел, дидрогестерон и др.). Фармакологическое действие синтетических аналогов отличается от натурального прогестерона, что может приводить к повышенному андрогенному эффекту, задержке жидкости, головным болям, изменению настроения и даже к тератогенному влиянию на плод при беременности.

абсорбции, что избавляет его от недостатков, присущих прогестерону при пероральном приеме, был получен уже 20 лет назад.

Микронизированный прогестерон может поглощаться и слизистой, потому и был предложен также путь введения во влагалище. Когда мы назначаем интравагинально микронизированный прогестерон в капсулах, есть очень важный момент, которым нельзя пренебрегать, – необходимо применять капсулы дважды в день, поскольку уровень прогестерона в плазме крови постепенно снижается в следующие 8 часов после 4-часового пика. При таком пути введения уровень прогестерона в эндометрии будет гораздо выше, чем в крови, – этот факт отличает применение именно микронизированного прогестерона вагинально в сравнении с другими путями введения. Такой путь введения продемонстрировал успех про-



КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ НЕУТОЧНЕННОГО



Исследование PROMISE было начато в Великобритании для изучения клинического применения натурального прогестерона для предотвращения привычного невынашивания неясного генеза. Известно, что из 100% зачатий только 50% завершаются рождением живого ребенка (рисунок 1). В 15% случаев подтвержденной беременности случается спонтанный выкидыш. Привычное невынашивание – это потеря трех и более беременно-

стей подряд. Его ожидаемая частота составляет 0,3%, в то время как наблюдаемая частота такого невынашивания гораздо выше – 0,8-1%. Таким образом, у 1-2% пар привычное невынашивание приводит к неблагоприятному исходу беременности. Эта величина значительно превосходит ту, что можно ожидать просто по стечению обстоятельств (0,35). Значит, существуют закономерности для таких исходов. Отмечено, что у женщин в возрасте 18-29 лет или даже между 30-35 го-

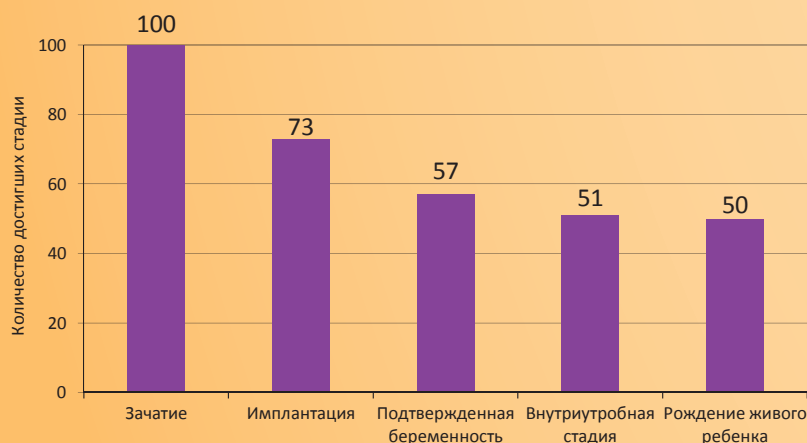


Рисунок 1. Выкидыш – наиболее распространенное осложнение беременности

дами риск случаев эуплоидных выкидышей повышается (рисунок 2). Это наблюдение частоты эуплоидных выкидышей в зависимости от возраста матери важно, поскольку в предупреждении таких выкидышей прогестерон может быть эффективным, что мы и попытаемся продемонстрировать на самом высоком уровне доказательной медицины (уровень I) в исследовании PROMISE.

Этиология привычного невынашивания включает очень много причин. Среди важных и хорошо изученных – отклонения в кариотипе родителей; аномалии матки (например, матка с перегородкой); антифосфолипидный синдром; наследственная и приобретенная тромбофилия; аутоиммунные реакции, эндокринные нарушения. Несмотря на проводимые все сторонние исследования, причина привычного невынашивания определяется только у 50% пар и коэффициент рождаемости живых младенцев при последующих беременностях составляет не выше 70%. Вершина доказательной медицины – мета-анализ данных трех проведенных ранее исследований – показывает тенденцию к уменьшению числа случаев привычного невынашивания при использовании прогестерона на 50%. Однако ввиду небольшой выборки этот тренд не достиг пока статистической значимости. Поэтому, организовывая очень большое ис-

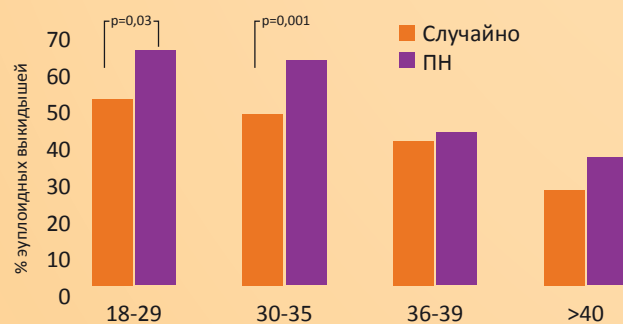


Рисунок 2. Наблюдение частоты эуплоидных выкидышей в зависимости от возраста матери

НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕНЕЗА: ИССЛЕДОВАНИЕ **PROMISE**

следование PROMISE, мы стремимся к статистической значимости результатов.

Роль прогестерона в поддержании беременности такова, что среди факторов риска спонтанного выкидыша (возраст матери, индекс массы тела и пр.) уровень прогестерона ≤ 12 нг/мл является самым значимым фактором, который в 2,24 раза повышает риск спонтанного выкидыша.

Конечно, есть различия как в химической формуле, так и по действию на эндометрий натурального микронизированного (Утрожестан) и синтетического прогестерона. Утрожестан занимает особое положение среди других препаратов благодаря тому, что это натуральный прогестерон, который хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте и через слизистую влагалища. Хорошая усвояемость достигается благодаря упаковке капелек жирового раствора прогестерона в микроскопические пузырьки – микросомы. Отличием Утрожестана от других аналогов служит полное химическое повторение молекулы эндогенного прогестерона. Физиологическое действие Утрожестана обусловлено сохранением в его молекуле первых двух колец и наличием между этими кольцами двойной связи между 4 и 5 атомами углерода. У всех остальных прогестинов имеют место изменения в расположении колец и двойных связей в молекуле, что отражается на их способности связываться с рецепторами. Используя одинаковую дозу прогестерона и дидрогестерона, в первом случае мы получаем состояние эндометрия, оптимальное для имплантации, а в другом – задержку лютеиновой фазы на 2-3 дня, что является для имплантации не подходящей ситуацией. Прогестерон, активное вещество препарата Утрожестан, способствует нормальной секреторной трансформации эндоме-

трия у женщин. Вызывает переход слизистой оболочки матки из фазы пролиферации в секреторную фазу, а после оплодотворения способствует ее переходу в состояние, необходимое для развития оплодотворенной яйцеклетки. Он обладает всеми свойствами эндогенного прогестерона и не оказывает побочного действия на обменные процессы, артериальное давление и систему гемостаза, имеющегося в той или иной степени у синтетических аналогов. Таким образом, очень важно хорошо отбирать вещества, которыми мы пользуемся. Следуя принципам доказательной медицины, исследование PROMISE проводится для того, чтобы научно обосновать имеющиеся доводы в пользу использования микронизированного прогестерона (Утрожестан). Данный препарат представляет собой капсулы для перорального или интравагинального применения, содержащие по 100 мг или 200 мг натурального микронизированного прогестерона каждая.

Исследование PROMISE – рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое, многоцентровое – это исследование терапии прогестероном в I триместре для снижения числа выкидышей у женщин, имеющих в анамнезе необъясненное привычное невынашивание. Отобранная доза – 400 мг интравагинально дважды в день как можно быстрее после положительного теста на беременность (гестационный возраст менее 6 недель) в течение 12 недель (или ранее при выкидыше до 12 недель). Критерий эффективности – это, соответственно, 24 недели, старше 24 недель, рождение здорового ребенка, выживаемость через 28 дней неонатального периода.

Контроль – это группа плацебо (капсулы плацебо идентичного внешнего вида в аналогичном режиме). Важно очень точно под-



Поль Пиетт, профессор, Брюссель, Бельгия

считать необходимую выборку: достаточный уровень мощности для решающего исследования PROMISE возможен при участии в нем не менее 700 женщин. Чтобы завершить такое исследование, подвести результаты PROMISE, провести сравнительный анализ подгрупп и слоев (возраст матери до и после 30 лет, время начала прогестероновой терапии и пр.), коррективную чувствительности и логистическую регрессию, потребуется не менее трех лет. Профессор Rajendra Rai руководит этим исследованием. Мы надеемся получить современные лучшие доказательства уровня IA, возможность 50%-ного снижения выкидышей при привычном невынашивании (в Великобритании это 4000 случаев в год).

МЕСТО НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С



В.О. Бицадзе, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии
медико-профилактического факультета ММА им. И.М. Сеченова

Как известно, привычное невынашивание беременности обычно ассоциировалось с прерыванием или потерей трех или более следующих друг за другом беременностей на сроке до 20 недель. В этиологии привычного невынашивания – хромосомные и генетические аномалии, гормональные причины (недостаточность лютеиновой фазы, гипо- и гипертиреоз, антитела к тиреоидной пероксидазе, сахарный диабет), внутриматочные синехии и аномалии строения матки, лейомиомы матки, деформации шейки матки и истмико-цервикальная недостаточность, инфекции, – все эти причины хорошо изучены. Тем не менее открытия, которые были сделаны в клинической гемостазиологии и молекулярной биологии в последние 20 лет, в частности открытие антифосфолипидного синдрома (АФС), в основе которого лежит образование аутоантител к фосфолипидным детерминантам

большинства органов и тканей, позволили по-новому взглянуть на структуру репродуктивных потерь и ранних и поздних осложнений беременности.

После открытия АФС получил право на жизнь термин «синдром потери плода», под которым сегодня понимают один или более самопроизвольных выкидышей на сроке 10 недель и более (включая неразвивающуюся беременность); неонатальную смерть как осложнение преждевременных родов, тяжелого гестоза или плацентарной недостаточности; мертворождение; три или более самопроизвольных выкидыша на презембрионической или ранней эмбрионической стадии, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания.

Выяснилось, что и генетическая тромбофилия, и АФС, смешанные формы тромбофилии оказывают свои эффекты в процессах им-

плантации, инвазии трофобласта и плацентации не только через тромбообразование. К нетромботическим эффектам антифосфолипидных антител (АФА) относятся, в частности, изменение адгезивных характеристик предимплантационного эмбриона через взаимодействие АФА с клетками эмбриона; повреждение трофобласта активированным комплементом; снижение глубины инвазии трофобласта в результате связывания АФА с эндотелием материнских сосудов и нарушением взаимодействия трофобласт–эндотелий за счет изменения экспрессии адгезии трофобласта; аномальное формирование трофобласта в результате непосредственного связывания с АФА; нарушение слияния синцития; подавление продукции хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), основная функция которого – обеспечение беременности прогестероном. Соответственно, тромбофилия, в частности АФА, путем подавления ХГЧ ведет к прогестероновой недостаточности в ранние сроки беременности. АнтиХГЧ-эффект, эффекты АФА приводят к прогестероновой недостаточности с дефектами имплантации, инвазией ми трофобласта и плацентации, что влечет за собой синдром потери плода, бесплодие, неудачи экстракорпорального оплодотворения, ранние презембрионические потери, а также такие широко распространенные поздние осложнения беременности, как преэклампсия, синдром задержки развития плода и антенатальная гибель плода (рисунки 1).

По данным разных авторов, от 25 до 70% невынашиваний и осложнений беременностей могут быть связаны с той или иной формой тромбофилии, когда исключены все другие известные причины. Тем не менее единственная причина осложнений редко встречается в медицине. Как правило, причины смешанные. Мы можем видеть пациентку и с эндокринными формами невынашивания беременности, и с инфекцией,

МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ТРОМБОФИЛИЕЙ

и с тромбофилией. Соответственно, прогноз в таких ситуациях много хуже, поэтому важно правильно выбрать адекватную профилактическую терапию.

Общие принципы профилактики тромботических и нетромботических тромбофилий:

- установление природы тромбофилии (приобретенная / генетическая);
- специфическая дифференцированная профилактика (НМГ, фолиевая кислота, гиполипидемические средства и антиоксиданты, антиагреганты, концентраты естественных антикоагулянтов и, безусловно, поскольку при АФС имеет место антиХГЧ-эффект и снижение прогестероновой поддержки, необходимо назначение препаратов натурального прогестерона). Единственный препарат натурального прогестерона в российских аптеках – это Утрожестан.

Крайне важно с точки зрения применения препарата натурального прогестерона у пациенток с тромбофилией, что применение Утрожестана соответствует строгим критериям безопасности и эффективности терапии как для матери, так и для плода.

Если в ранние сроки беременности прогестерон решает очень

много, то во II и III триместрах беременности, когда в условиях тромбофилии повышение свертываемости крови носит не физиологический, а патологический характер и возможно тромбирование сосудов плаценты с формированием фетоплацентарной недостаточности, – в такой ситуации адекватные дозы НМГ в терапии также крайне важны.

В последнее время все больше становится пациенток с метаболическим синдромом (МС). Это пациентки с приобретенной тромбофилией (в ряде случаев – генетической), связанной с системой фибринолиза, которые, как правило, имеют нарушенный углеводный и липидный обмен, проблемы с уровнем прогестерона и пр. Эти пациентки с ранних сроков беременности нуждаются в дополнительной терапии препаратами натурального прогестерона. И выбор препарата здесь очевиден – это Утрожестан (рисунок 2). Утрожестан в полной мере обладает свойствами натурального прогестерона.

Применение препарата натурального прогестерона не оказывает отрицательного влияния на уровень артериального давления, на систему гемостаза, но оказывает андрогенрегулирующий эффект, который связан с метаболитами только натурального прогестеро-

на, которые не присущи ни одному синтетическому гестагену. Ни один из синтетических аналогов не обладает таким важным свойством, как способность полностью повторять метаболизм эндогенного прогестерона, тогда как химическая формула Утрожестана и его метаболизм идентичны натуральному прогестерону.

У пациенток с МС крайне высок уровень провоспалительных цитокинов, которые опосредуют и риск развития преэклампсии в поздние сроки беременности, в том числе отеков, почечной патологии и т.д. Прием Утрожестана во многом решает вопросы, связанные с назначением антидиуретических препаратов во время беременности, так как Утрожестан регулирует водно-электролитный баланс и способствует выведению жидкости и натрия. Прием 200 мг Утрожестана аналогичен приему 25-50 мг спиронолактона или верошпирона, часто назначаемых пациенткам с отеком синдромом.

Помимо антиальдостеронового действия, Утрожестан оказывает положительное нейротропное и седативное действие. Прием Утрожестана способствует формированию доминанты беременности и ингибирует реакции отторжения плода (опосредованно через систему Т-лимфоцитов). 

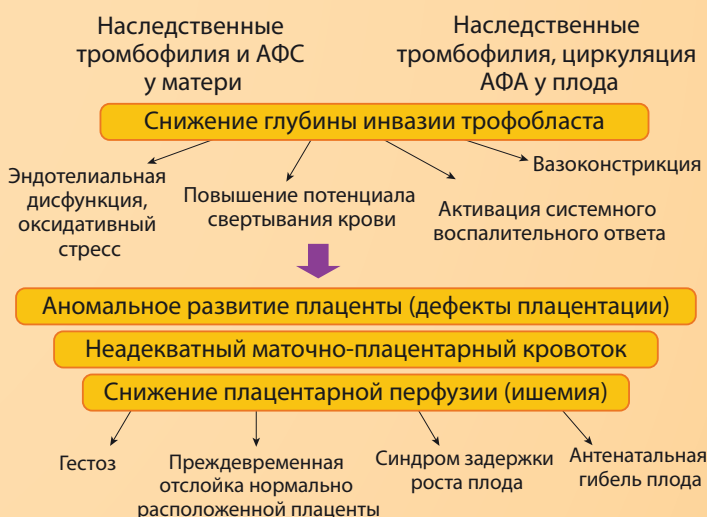


Рисунок 1. Механизмы осложнений беременности, связанных с тромбофилией



Рисунок 2. Эффекты препарата натурального прогестерона Утрожестан для коррекции гормональных нарушений у женщин с метаболическим синдромом

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО

ных с этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью лечения, соматическим здоровьем, особенностями психоэмоционального статуса и технологии ЭКО, пациентки относятся к группе риска по невынашиванию беременности. Индукция суперовуляции рассматривается как фактор риска невынашивания беременности в связи с возникающей относительной гиперэстрогенией, которая нарушает секреторную трансформацию эндометрия и приводит к НЛФ. Вследствие низкого уровня эндогенного прогестерона поддержание лютеиновой фазы гестагеном является обязательным.

Таким образом, возникает необходимость в назначении препаратов прогестерона. С этой целью используют препараты натурального прогестерона (Утрожестан). При этом предпочтение отдают вагинальным формам в силу их фармакокинетических преимуществ, так как соотношение метаболитов, определяющих основной эффект, зависит от пути введения прогестерона. При вагинальном назначении прогестерон очень быстро накапливается в тканях места, практически путем перфузии, происходит постепенное нарастание и поддержание его постоянной концентрации.

Мы используем препарат Утрожестан в различных дозах: 200-400 мг в I и II триместрах беременности с целью профилактики привычного выкидыша, 200-300 мг после стимуляции моноовуляции, 600 мг после ЭКО с постепенным снижением дозы. Соответственно, если мы имеем те же результаты при меньшей дозе, нет необходимости повышать лекарственную нагрузку пациенткам, помня о том, что они и так до этого получили значительные дозы гормональных препаратов.

Как правило, поддерживающая терапия не требует гормональной коррекции и мониторинга в процессе назначения в лютеиновую фазу, потому что показатели концентрации в крови как эстрогенов, так и прогестерона различны у пациенток как в циклах с зачатием, так и в циклах с отсутствием беременности, и поэтому невозможно сказать, в зависимости от какой концентрации в крови необходима какая коррекция дозы. Коррекция дозы не нужна и в случаях многоплодной беременности, терапия в достаточной для поддержания нормальной второй фазы дозе назначается сразу для создания всех условий нормальной имплантации и ведения ранних сроков беременности. **ЕФ**

Д.Б. Камилова, акушер-гинеколог, к.м.н.,
ведущий специалист клиники «Мать и дитя»,
член Европейской ассоциации репродукции
человека и эмбриологии

У всех женщин, прошедших программу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), имеется хотя бы один, а чаще несколько отягощающих факторов, в том числе бесплодие вследствие недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ), привычное невынашивание беременности в анамнезе. Эндокринные нарушения (соответственно, ненормальный фолликулогенез, отсутствие нормальной овуляции, НЛФ), сопутствующие эндокринные заболевания (гипотиреоз, гиперпролактинемия, гиперандрогения), урогенитальные инфекции – все это сопровождается дефицитом эндогенного прогестерона, что также требует поддерживающей терапии НЛФ. Кроме того, наши пациентки – это женщины с определенной эмоциональной, даже можно сказать, психогенной готовностью. И в данном случае очень часто значительные дозы прогестерона врачи назначают прежде всего для того, чтобы использовать очень хороший нейротропный эффект прогестерона.

По совокупности факторов, связан-



Материал подготовила В. Павлова



Повторяя
совершенство
природы



**«Утрожестан®»
натуральный микронизированный
прогестерон, формула которого на 100%
идентична эндогенному**

«Утрожестан®» — эффективный препарат, рекомендованный к назначению при угрозе невынашивания беременности и нарушениях менструального цикла.

Имеет два пути введения:
пероральный и вагинальный.

**Полностью безопасен для женщины
и ее будущего малыша.**



Галина Чижова: «Хабаровский край»



Об особенностях структуры акушерско-гинекологической службы Хабаровского края с региональным корреспондентом журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Александром Филимоненко беседует главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Хабаровского института повышения квалификации специалистов здравоохранения, проректор Хабаровского института повышения квалификации специалистов здравоохранения (ХИПКСЗ) по научно-исследовательской работе и международным связям, заслуженный врач РФ Галина Всеволодовна Чижова.

Галина Всеволодовна, расскажите, пожалуйста, о системе и структуре акушерско-гинекологической помощи на территории Хабаровского края.

Система акушерско-гинекологической помощи в крае реализуется на общих принципах этапности оказания медицинской помощи, как и в целом по России. На амбулаторно-поликлиническом этапе она представлена 196 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), 52 акушерско-гинекологическими кабинетами и 26 смотровыми кабинетами в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 24 женскими консультациями (12 из них находятся в структуре родильных домов), двумя самостоятельными Центрами планирования семьи. Стационарная помощь оказывается в 4 родильных домах и 22 государственных учреждениях здравоохранения. Головное учреждение – ГУЗ «Перинатальный центр» Минздрава Хабаровского края. Для обеспечения специализированной медицинской помощью беременных отдаленных районов края разработан порядок маршрути-

зации женщин с учетом территории (Николаевск-на-Амуре, Комсомольск-на-Амуре). Все самые тяжелые случаи транспортируются в Хабаровск. В течение последних трех лет мы стараемся активно влиять на ситуацию и организовать потоки беременных и больных таким образом, чтобы все женщины высокой группы риска попадали в ведущие медицинские учреждения. В Комсомольске-на-Амуре это родильное отделение 7-й городской больницы, в Хабаровске – ГУЗ «Перинатальный центр» Минздрава края. Наша задача так перераспределить потоки пациентов, чтобы участковым врачам в отдаленных районах не приходилось иметь дела с женщинами из групп риска. Разработана система показаний для госпитализации в учреждения разного уровня: если одна женщина может получить помощь в участковой больнице или ЦРБ, то другая уже должна рожать как минимум в городском роддоме, ну а некоторые должны родоразрешаться только в «Перинатальном центре». Мы постоянно совершенствуем эту трехуровневую систему.

Есть ли особая (дальневосточная) специфика работы акушерско-гинекологической службы Хабаровского края и в чем она заключается?

Дальний Восток уникален, и наш край тоже – у него огромная территория с крайне низкой плотностью населения – 1,78 человека на квадратный километр, что в 4,6 раза меньше, чем

в целом по России, плюс сложные климатические условия, удаленность. Хабаровский край на тысячи километров протянулся с севера на юг вдоль побережья Охотского моря. Представьте, случилась беда в Охотске. Чтобы долететь из Хабаровска в Охотск (это при условии летной погоды!) требуется минимум 4 часа! Такие у нас расстояния, такие масштабы. Есть отдаленные населенные пункты, где практически не осталось жителей. Раньше там действовали амбулатории, ФАП, но сейчас они закрыты, ведь мы пытались централизовать медицинскую помощь. Теперь для того, чтобы человек ее получил, ему нужно приехать издалека, а это не всегда возможно не только из-за финансовых проблем, но и даже чисто технически. Проблемы у каждого региона свои, но Хабаровский край весьма сложен в плане своевременного оказания квалифицированной экстренной помощи. При «Перинатальном центре» действует реанимационно-консультативный центр выездных бригад. Его задача – экстренная реанимационная помощь новорожденным, беременным, роженицам и родильницам. Диспетчерская служба Центра каждые сутки мониторит ситуацию по краю: количество беременных, случаев заболеваний, осложнений. Ведется реестр беременных женщин высокого риска, организован диспетчерский час для связи с муниципальными образованияами, ведется дистанционное наблюдение женщин. Опытные сотрудники ГУЗ «Перинатальный

«Весьма сложен в плане своевременного оказания квалифицированной экстренной помощи»

центр» стали кураторами отдельных муниципальных образований. Круглосуточно дежурит выездная бригада экстренной помощи: анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог, иногда и неонатолог, если требуется его присутствие. Точно такая же бригада есть у неонатальной службы. За 2008 г. акушерской бригадой сделано 213 выездов/вылетов, оказана помощь почти 489 женщинам, произведено 2564 консультации (2318 из них – по телефону).

Специалисты выезжают по вызовам в любую точку края и оказывают помощь. По показаниям в тяжелых случаях пациентку доставляют в «Перинатальный центр» или реанимацию краевой клинической больницы №1. Если женщина серьезно больна, нуждается в наблюдении и специализированной помощи специалиста (кардиохирурга, невролога или эндокринолога и т.д.), то мы ее родоразрешаем в краевой клинической больнице №1. После родов пациентка переводится в реанимацию, а новорожденного забирает реанимационная бригада «Перинатального центра». Такая система – мощный резерв для снижения материнской и младенческой смертности.

Как складывается демографическая ситуация в крае?

Если обратиться к статистике за последние три года, то демографическая ситуация в целом несколько улучшилась: в 2 раза снизилась естественная убыль населения за счет роста рождаемости (в 1,1 раза), снижения общей смертности на (6,4%) и младенческой смертности (в 1,1 раза). Прогрессивно увеличивается число родов – с 15673 в 2006 г. до 17063 в 2008 г. Однако нас тревожит материнская смертность, ее показатель отличается нестабильностью и превышает российский в 2 раза.

Мы имели не очень хорошие показатели за 2008 г., по этому поводу отчитывались на координационном совете Минздравсоцразвития РФ, где анализировалась ситуация, выясня-

лись причины и намечались необходимые программные мероприятия. В 2008 г. показатель материнской смертности в крае составил 58,2 (на 100 тыс. родившихся живыми). Это выше общероссийского показателя в два раза и в 4 раза выше среднемирового. С чем это связано?

Если посмотреть динамику материнской смертности в крае в 2000-х гг., то видно, что в 2003-2004 гг. ситуация временно улучшалась. Почему? Тогда заработала программа управления качеством, профилактировались аборт, внедрялись контрацептивы. Четко работали бригады экстренной помощи, забирали тяжелых женщин в центр. Мы имели показатель, близкий к российскому. Изучив медико-социальный портрет материнской смертности, мы поняли, что «погоду» нам в крае делают асоциальные женщины, с ними велась работа.

С 2005 г. кривая материнской смертности снова пошла вверх. Анализируем ситуацию. Акушерские причины материнской смертности снизились почти в 3 раза, а на первом месте – экстрагенитальная патология. Детей пытаются вынашивать женщины с тяжелыми заболеваниями. Если 10 лет назад мы прерывали такие беременности, их нельзя было вынашивать, то сегодня женщина может это делать. В 2008 г. высокий показатель дал Комсомольск-на-Амуре и его район. Из 10 случаев – 5 «комсомольские». Из этих пяти женщин наблюдалась по беременности лишь одна! У трех из пяти алкогольный анамнез, полная алкогольная дегенерация органов. Таким образом, на передний план вышли социальный фактор и экстрагенитальная патология. Хотя, на мой взгляд, не совсем правильно включать в показатель материнской смертности случаи, когда причиной смерти является тяжелая экстрагенитальная патология.

При Минздраве Хабаровского края создана комиссия по материнской и перинатальной смертности, каждый случай материнской смертности у нас на контроле, он анализируется,

разбирается, делаются выводы и тут же разрабатываются мероприятия. С учетом высокой социальной составляющей на заседания этой комиссии стали приглашать заместителей глав муниципальных образований по социальным вопросам.

Мы усилили свои бригады, а также заставили врачей всех специальностей мониторировать обстановку на местах. Деревенский врач или фельдшер должен иметь информацию о беременных и обязан передать ее в центр, чтобы о женщинах знали специалисты. Мы стали активно выявлять беременных, наблюдать их.

Если говорить о младенческой смертности, то она снизилась с 12,3 в 2006 г. до 11,7 в 2008 г. Перинатальная смертность незначительно выше, чем по России, в структуре ее причин – нарушения перинатального периода: внутриутробная гипоксия, асфиксия и врожденные пороки развития.

Галина Всеволодовна, какие целевые программы действуют в крае, напрямую связанные с акушерством и гинекологией?

С 2001 г. в Хабаровском крае реализуются целевые программы в области охраны здоровья матери и ребенка: краевая целевая программа «Охрана здоровья женщин, детей и подростков Хабаровского края», а с 2007 г. – «Здоровое поколение» с общим объемом финансирования 374 млн руб. Программа имеет межведомственный характер. Ее основные задачи: сохранение, восстановление и укрепление здоровья матерей и детей, совершенствование лечебно-диагностической, в том числе реанимационной помощи беременным женщинам и новорожденным детям, внедрение современных медицинских технологий, улучшение подготовки и повышение квалификации кадров, охрана здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях, в том числе формирование навыков здорового образа жизни, совершенствование молодежной политики в области охраны здоровья молодой семьи, детей и



подростков, проведение спортивно-оздоровительных мероприятий среди детей и подростков края.

Финансирование программы за 2007-2008 гг. составило почти 40 млн руб., из них 28,7 млн руб. по отрасли здравоохранения, что позволило практически полностью реализовать намеченные программные мероприятия.

Значительные средства краевого бюджета направлялись на приобретение для государственных учреждений здравоохранения медицинского оборудования.

Важный блок вопросов, который помогла решить краевая программа, – это лекарственное обеспечение женщин и детей. Использование современных препаратов способствовало профилактике осложнений беременности, внедрению современной технологии выхаживания маловесных и глубоко недоношенных новорожденных.

В 2009 г. в рамках реализации краевой целевой программы «Демографическое развитие Хабаровского края на 2009-2015 годы» приобретено медицинское оборудование для реанимационного отделения для новорожденных ГУЗ «Перинатальный центр», экспресс-анализатор для пренатальной диагностики. В 2008 г. открыт новый главный акушерский корпус «Перинатального центра». Там такая аппаратура, которую имеют клиники Японии, Южной Кореи, великолепное лекарственное обеспечение.

Серьезные средства на развитие службы охраны материнства и детства края привлечены и из федерального бюджета. Мы получаем очень хорошую поддержку.

Что дала реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»?

За время реализации приоритетного проекта мы получили немало нового медицинского оборудования, кроме того, проведен капитальный ремонт некоторых родовспомогательных учреждений (МУЗ «Родильный дом №4» в Хабаровске и МУЗ «Ванинская ЦРБ»), было введено в эксплуатацию во вновь построенном здании родильное отделение ГУЗ «Вяземский центр организации специализированных видов медицинской помощи».

Какова ситуация с искусственным прерыванием беременности, есть ли в крае программа профилактики аборт?

В течение трех последних лет число аборт в крае уменьшилось на 13%, однако показатель их остается высоким (51,2 на 1 тыс. женщин фертильного возраста) и превышает аналогичный показатель по России в 1,5 раза. Остается неблагоприятной и структура аборт: высокая доля и рост в 1,7 раза криминальных аборт. Сохраняется высокий уровень распространенности аборт у девушек 15-19 лет.

Одновременно за последние три года снизилось число женщин, использующих современные средства контрацепции, в 1,1 раза, в том числе применяющих ВМС – в 1,2 раза, использующих гормональные средства – на 6%.

Программа профилактики аборт в крае принята. Она обширная: в нее входят социальный блок, медицинский, образовательный, используются все возможности СМИ. Если говорить о медицинском блоке, то в нем уделено много внимания доабортному и послеабортному информированию и реабилитации, безопасным аборт. Реализуется большая программа по современной контрацепции. Идут акции совместно с Краевым молодежным социальным медико-педагогическим центром, представителями Русской православной церкви, публикации в газетах, выступления на радио и ТВ.

Мы полагаем, в школы должна вернуться программа полового воспитания, но сейчас не так просто прийти в учебное заведение и прочитать лекцию, ведь врачей могут обвинить, что они чуть ли не развращают детей и так далее. Но мы хотим идти в школы, работать с родителями, это очень важно. Программа по профилактике аборт обширная, медики готовы внести свою лепту.

Галина Всеволодовна, есть ли особенности в структуре онкогинекологической заболеваемости в крае?

Ситуация в онкогинекологии края примерно такая же, как и по всей России. Заболеваемость растет, в том числе и у женщин репродуктивного возраста. На первом месте в

крае среди онкопатологии органов репродуктивной системы рак шейки матки (170 случаев на 100 тысяч). На втором месте рак эндометрия и рак яичника. Несколько уменьшилось число запущенных случаев, то есть стала лучше выявляемость, но все это нельзя сравнить с тем, что было во времена всеобщей диспансеризации, когда любая женщина обязана была посетить смотровой кабинет. Сейчас мы работаем по обращаемости. Превышения системы была эффективнее.

Как внедряются в крае современные методы профилактики онкогинекологических заболеваний?

Есть первичная и вторичная профилактика онкозаболеваний, но вы, видимо, ведете речь о вакцине против вируса папилломы человека? Да, я считаю, что молодые женщины, начинающие жить половой жизнью, должны привиться, учитывая высокую контагиозность вируса. Вакцинация такая в крае проводится. Хотя сейчас об этой вакцине стали говорить осторожнее, нежели три-четыре года назад. Нужно понимать, что вакцина профилактирует вирус, но не развитие рака, – знак равенства здесь ставить нельзя. Вакцинировать нужно, но женщины, кроме того, должны обладать половой культурой и раз в полгода приходить к врачу. Поэтому первичная профилактика, на мой взгляд, не менее важна и актуальна, и мы работаем в этом направлении.

Как решаются в крае проблемы бесплодия?

Для решения проблем бесплодия в Хабаровском крае сделано очень многое. С 2006 г. в структуре «Перинатального центра» работает лаборатория ЭКО. За три года она добила неплохих показателей (30-35% беременностей). Женщинам с трубноперитонеальным фактором операция экстракорпорального оплодотворения проводится за счет средств краевого бюджета. С 2009 г. идет финансирование средств из федерального бюджета – 50 квот. Лаборатория работает на весь Дальний Восток, но она не единственная – аналогичная действует во Владивостоке.

Галина Всеволодовна, проводится ли в крае медико-генетическое консультирование?

В крае имеется медико-генетическая лаборатория в структуре «Перинатального центра», и работает она на весь регион. В медико-генетической консультации проводятся практически все виды диагностики. Специалисты прошли подготовку в российских центрах и в Японии. Пренатальная диагностика у нас на очень хорошем уровне.

С каждым годом идет рост оперативных родоразрешений. Каково в крае соотношение оперативных родоразрешений и естественных родов?

Да, родильные стационары постепенно превращаются в хирургические. Расширение показаний к кесареву сечению где-то оправдано, где-то завышено. О ситуации нужно судить по родильным домам. В Хабаровском «Перинатальном центре» около 30% оперативных родоразрешений, но ведь там и самая тяжелая патология, а вот в городском 25-30% – это уже многовато. Пытаемся этот показатель стабилизировать.

Когда расширяли показания к кесареву сечению, прежде всего учитывались интересы плода. Рост оперативных родоразрешений должен был снизить перинатальную заболеваемость и смертность. Так сначала и получилось, но затем наступил «крест» в графических показателях – как бы не повышали число операций, особого улучшения нет. Должен быть четкий анализ показаний к оперативному родоразрешению и снижение его частоты.

Когда я начинала работать, то для решения вопроса об операции ночью собирали консилиум во главе с профессором. Да и не все врачи могли тогда оперировать. Сейчас мы разучились красиво и грамотно вести роды, правильно накладывать выходные щипцы, принимать роды в тазовом предлежании. Молодому врачу сегодня проще прооперировать, чем научиться профессионально вести роды.

Какова ситуация с кадровым обеспечением службы в крае?

Такого кадрового голода, как сейчас, причем по всем специальностям, мы не испытывали никогда. В среднем по краю укомплектованность штатов медучреждений врачами акушерами-

гинекологами снизилась до 60% (2008). Есть территории, где практически нет врачей, пусть и зарплаты там подняли. Не едут медики в районы и в деревни. Раньше специалист по направлению должен был отработать три года. Жилье предоставляли. Сейчас выпускники и врачи туда не едут. А кадры решают если не все, то многое. У нас построены прекрасные центры, но не хватает специалистов! В Хабаровске такой же дефицит, как и в глубинке. Раньше в краевом центре свободных вакансий акушера-гинеколога просто не было! Сегодня врачей зазывают все. Открылся мощный «Перинатальный центр», где, казалось бы, должны были собраться только опытные маститые врачи, но мы не можем полностью укомплектовать штаты. Сейчас там работают молодые врачи, которые получают уникальный опыт!

Как решают эту ситуацию в Хабаровском крае?

Минздрав края, конечно, делает все возможное. Сейчас город Хабаровск оплачивает Дальневосточному государственному медицинскому университету подготовку 15 специалистов, которые вернутся в город работать, это – «целевики». Министр здравоохранения края Александр Витько постоянно предлагает районным центрам оплату учебы их «целевиков». Квартирный вопрос стал решаться...

Я знаю, что в Хабаровском крае действует эффективная система повышения квалификации медицинских работников...

Нам завидуют многие регионы, потому что Хабаровский край – единственный субъект Российской Федерации, который имеет медицинский институт послевузовского образования. Вуз был создан при поддержке губернатора края Виктора Ишаева в 2001 г. В 2005 г. мы получили аккредитацию Минобразования РФ. За все время обучено более 30 тысяч медицинских специалистов (врачей всех специальностей, провизоров, средних медицинских работников) Хабаровского края и Дальневосточного региона. Изначально Хабаровский институт повышения квалификации специалистов здравоохранения создавался для края, мы работаем «под заказ» и на нужды прежде всего Хабаровского

края. До 2008 г. институт предлагал только профессиональную переподготовку и циклы усовершенствования. Сейчас у нас все виды учебы по любой медицинской специальности.

Что у нас действительно на высоком уровне – это организация повышения квалификации врачей. Если нет возможности обучить врача каким-то современным технологиям, то мы приглашаем специалистов, активно используются возможности телемедицины – организуем контакт с любым уголком страны.

Взять, к примеру, акушеров-гинекологов. За последние годы расширен перечень тематической последипломной подготовки специалистов. С 2008 г. в институте открыты интернатура, клиническая ординатура и аспирантура по нашей специальности. Все вопросы по подготовке или переподготовке специалиста по акушерству-гинекологии решаются моментально, проблем нет – спросите любого главного врача в Хабаровском крае.

Галина Всеволодовна, расскажите, чего вы ждете от акушерско-гинекологической службы края в 2010 году?

Жду от 2010 года только хорошего. Хочу, чтобы вошло в строй новое оборудование, внедрялись новые технологии, чтобы появились грамотные специалисты в моей профессии, которые любят женщин и детей. Хочу, чтобы наши женщины изменили отношение к себе, чтобы они были здоровы. В крае есть все возможности, чтобы хорошо работать.

В 2010-м стоит задача открыть филиалы краевого «Перинатального центра» в Николаевске-на-Амуре и Комсомольске-на-Амуре (межрегиональные перинатальные центры). У нас мало реанимационных коек для новорожденных. Со всего края приходится везти детей в «Перинатальный центр», теряя драгоценное время. Это неправильно. Стоит задача увеличить число коек реанимации новорожденных до 40. Планируется реконструкция 1-го родильного дома г. Хабаровска, думаю, 6-8 коек должны быть открыты там. Это только начало, много и других проблем, которые акушеры-гинекологи Хабаровского края готовы решать, и я хочу пожелать им и себе в этом успеха. 

Календарь мероприятий на 2010 год

ГМУ УД Президента РФ, Романов пер., д. 2

20 ЯНВАРЯ

Современные возможности диагностики и лечения бронхолегочных заболеваний

Руководитель: профессор **В.Е. Ноников**, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГУ ЦКБП УД Президента РФ

3 ФЕВРАЛЯ

Современные возможности диагностики и лечения неврологических заболеваний

Руководитель: профессор **В.И. Шмырев**, главный невролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

25-26 ФЕВРАЛЯ

Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы. II Всероссийская видеоконференция

Руководители: профессор **С.П. Даренков**, главный уролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой урологии РГМУ им. Н.И. Пирогова, профессор **Д.Ю. Пушкар**, главный уролог МЗиСР РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ

17 МАРТА

Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний молочной железы

Руководитель: академик РАН и РАМН **М.И. Давыдов**, президент РАМН, главный онколог ГМУ УД Президента РФ, директор ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

31 МАРТА

Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины

Руководители: профессор **А.С. Лопатин**, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова Росздрава; Член-корреспондент РАМН **Г.З. Пискунов**, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

14 АПРЕЛЯ

Новые подходы к лечению психических заболеваний

Руководитель: академик РАМН **А.С. Тиганов**, главный психиатр ГМУ УД Президента РФ, главный психиатр МЗиСР РФ, директор ГУ НЦПЗ РАМН

21 АПРЕЛЯ

Перинатальная патология у детей, связанная с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время беременности и родов

Руководитель: профессор **А.С. Петрухин**, заведующий кафедрой нервных болезней педиатрического факультета РГМУ

28 АПРЕЛЯ

Современные аспекты диагностики и лечения аллергических заболеваний

Руководитель: профессор **Л.А. Горячкина**, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии РМАПО Росздрава

19 МАЯ

Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза

26 МАЯ

Сердечная недостаточность. Школа ВНОК

Руководители: профессор **С.Н. Терещенко**, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ФПДО МГМСУ Росздрава; профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

9 ИЮНЯ

Новое в диагностике, лечении и профилактике гепатитов

Руководитель: академик РАМН **Н.А. Мухин**, заместитель главного терапевта ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой терапии и профессиональных заболеваний ММА им. И.М. Сеченова

23 ИЮНЯ

Диагностика, лечение и профилактика гинекологических заболеваний

Руководитель: профессор **В.Н. Прилепская**, заместитель директора по научной работе ГУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова



www.reproductive-congress.ru

IV Международный Конгресс по репродуктивной медицине

и Специализированная
выставочная экспозиция

18–21 января 2010 г.

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского Государственного медико-стоматологического университета

Общество по репродуктивной медицине и хирургии

Российская ассоциация эндометриоза

Конгресс-оператор ЗАО «Меди Экспо»

Москва, ул. Ак. Опарина, д.4.
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии
и перинатологии им. В.И. Кулакова»



МЕДИ Экспо



Тел./факс: +7 (495) 721-88-66

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Москва, 4-5 февраля 2010 года

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Московское научное общество по проблемам женского здоровья
- Всероссийское научное общество кардиологов
- Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава

ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

- организация медицинской помощи женщинам во время беременности, родов;
- профилактика, диагностика, особенности течения и лекарственная терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек, психической сферы, эндокринных заболеваний и т.д.;
- профилактика и лечение онкологических заболеваний;
- особенности ведения девочек-подростков, женщин в период беременности и перименопаузе;
- актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин;
- новые лекарственные средства и технологии;
- особенности применения хирургических методов лечения у женщин.

Научная программа конференции включает научные доклады
и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, пленарные доклады, лекции.

РЕГИСТРАЦИЯ

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета копию квитанции или платежного поручения (Организационный взнос не включает стоимость опубликования тезисов) – до 30 декабря 2009 года – 1300 рублей, с 30 декабря – 1500 рублей. Опубликование тезисов (одна работа) – 450 рублей. Сумма не включает стоимость сборника тезисов.

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты не принимаются!

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

Получатель платежа: Общество с ограниченной ответственностью «Компания Медиком»
Р/С 40702810600280000611 в ОАО «Банк Москвы» г. Москва
К/С 30101810500000000219
БИК 044525219 ИНН / КПП 7707581000 / 770901001
ОГРН 1067746398708 ОКПО 94105707

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: взнос за публикацию тезисов Петрова И.И. в материалах конференции, оргвзнос за участие Иванова И.И. в конференции «Проблемы женского здоровья и пути их решения».

ТЕЗИСЫ

Оплаченные тезисы должны быть высланы не позднее 30 декабря 2009 г. по почте (с обязательным приложением электронного варианта!) или по e-mail (с пометкой «Тезисы для конференции по ПЖЗ»):

Адрес: 127473 Москва, а/я 82. E-mail: redakciya@gzrf.ru и stv-medicoms@yandex.ru

Требования к оформлению тезисов

1. Текст должен быть напечатан в редакторе MS Word, шрифтом Times New Roman 12, через 1 интервал, объем – 1 страница (А 4), поля сверху, снизу, справа и слева – 3 см.
2. Название печатается заглавными буквами без сокращений, с новой строки указываются фамилии авторов (инициалы ставятся после фамилии). С новой строки – полное официальное название учреждения без сокращений и город.
3. В содержании тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следует приводить таблицы, рисунки и ссылки на литературные источники.
4. Файл должен иметь в названии фамилию первого автора и город, набранные без пробелов. Если от одного автора или группы авторов направляется более одной работы, то в конце названия файла ставится цифра 1, 2, 3 (например, ПетровМосква, ПетровМосква1).

Тезисы, полученные после 15 декабря 2009 года, а также присланные по факсу, рассматриваться не будут.

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:

1127473, Москва, ул. Достоевского 31/33, корпус А, 7 этаж

Контактные телефоны: 8 (499) 972-9612, 8 (985) 763-0420. Email: stv-medicoms@yandex.ru, redakciya@gzrf.ru

Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-гинекологов

Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Российское общество по контрацепции

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

Всероссийский Конгресс



Амбулаторно- поликлиническая практика – новые горизонты

В дни Конгресса будет проходить выставочная экспозиция ведущих отечественных и зарубежных компаний-производителей и организована продажа специализированной литературы



29 марта – 2 апреля

Москва, ул. Ак. Опарина, 4.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»

Информационный партнер



МЭ МЕДИ Экспо



Тел./факс: +7 (495) 721-88-66

e-mail: expo@medlexpo.ru www.medlexpo.ru

ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА ПОДПИСКУ

ООО «Медфорум»

Адрес: 127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, офис 3503, тел. (495) 234-07-34

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7713571722	КПП 771301001	Сч. №	40702810700422001372
Получатель ООО «Медфорум»			
Банк получателя ОАО «УРАЛСИБ», г. Москва		БИК Сч. №	044525787 30101810100000000787

СЧЕТ №ЭФГ-10 от 16 декабря 2009 г.

Заказчик:
Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1.	Подписка на журнал «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» на 2010 год (комплект № 1 – 6)	шт.	1	2400-00	2400-00
Итого:					2400-00
Без налога (НДС):					-
Всего к оплате:					2400-00

Всего наименований 1, на сумму 2400-00

Две тысячи четыреста руб. 00 копеек

Руководитель предприятия

(Синичкин А.А.)

Главный бухгалтер

(Пяташ И.А.)



I Общероссийская научно-практическая конференция «Здоровье женщины»

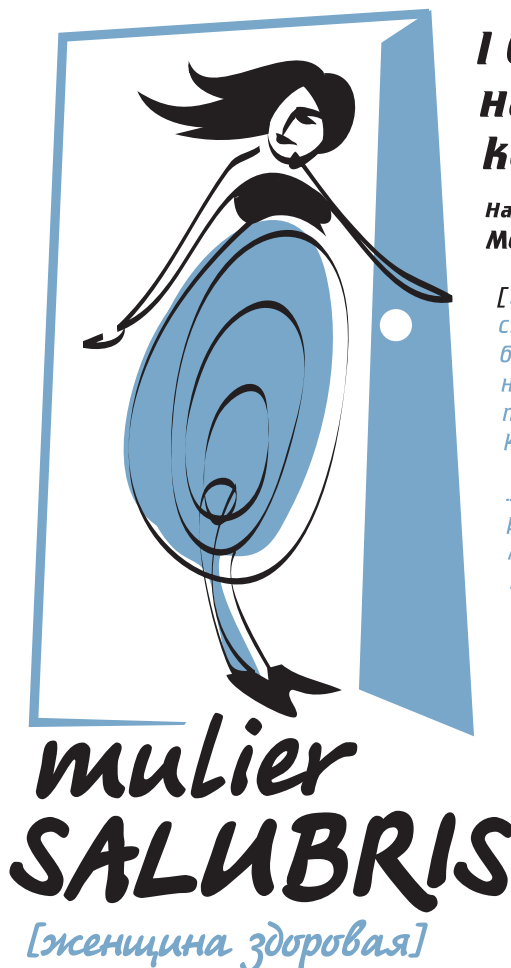
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова
Москва, 26–28 апреля 2010 г., ул. Академика Опарина, д. 4

[...На сегодня доля абсолютно здоровых девушек в нашей стране составляет чуть больше 6%. Оставшиеся 94% будут вынашивать беременность, рожать (многие — не единожды), воспитывать детей и работать до пенсионного возраста и даже дольше, уже имея как минимум одно заболевание.

...Изолированные дискуссии по проблеме в разрозненных сообществах специалистов не могут дать желаемого результата — нужно консолидированное обсуждение специалистами всех областей медицины, ответственных за здоровье женщины как будущей и состоявшейся матери, а также как полноценного члена общества.]



Status Praesens



Новый проект научного центра им. В.И. Кулакова!
Для всей страны!
Спешите быть первыми!

Новый путь лечения бактериального вагиноза



**SOLVAY
PHARMA**

Программа ОСТЕОПОРОЗУ – НЕТ!

ОДНА ТАБЛЕТКА В МЕСЯЦ
Бонвива
ибандроновая кислота
Одна единственная!



- мощная защита от постменопаузального остеопороза¹
- доказанная эффективность профилактики переломов^{1,4}
- особый комфорт приема всего одной таблетки в месяц^{2,3}
- препарат, который предпочли пациентки²

БИБЛИОГРАФИЯ.1. Chesnut CH III, et al Effects of Oral Ibandronate Administered Daily or Intermittently on Fracture Risk in Postmenopausal Osteoporosis. J Bone Miner Res. 2004;19:1241-1249 2. Emkey R, et al. Patient preference for once-monthly ibandronate versus once-weekly alendronate in a randomized, open-label, cross-over trial: the Boniva Alendronate Trial in Osteoporosis (BALTO). Current Medical Research and Opinion 2005; 21(12): 1895-1903 3. Pyon EY. Once-monthly ibandronate for postmenopausal: a review of a new dosing regimen. Clin Ther. 2006 Apr;28(4):475-90 4. Инструкция по медицинскому применению препарата БОНВИВА

Инструкция по медицинскому применению препарата (в сокращении) БОНВИВА (ибандроновая кислота). Регистрационный номер: ЛС-001348. Лекарственная форма. Таблетки, покрытые оболочкой, 150 мг. Фармакотерапевтическая группа. Костной резорбции ингибитор – бисфосфонат. Показания. Постменопаузальный остеопороз с целью предупреждения переломов. Способ применения и дозы. Внутрь, 150 мг (1 таблетка) один раз в месяц, за 60 мин до первого приема пищи, жидкости (кроме воды) или других лекарственных средств. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая стаканом (180-240 мл) чистой воды в положении сидя или стоя и не ложиться в течение 60 мин после приема Бонвивы. Побочное действие препарата обычно слабо или умеренно выражено. Преходящий гриппоподобный синдром отмечается после приема первой дозы и разрешается самостоятельно без коррекции терапии. Не отмечено увеличения частоты нежелательных эффектов со стороны верхних отделов у пациентов с заболеваниями ЖКТ. При появлении признаков и симптомов возможного поражения пищевода следует прекратить прием Бонвивы и обратиться к врачу. Особые указания – до начала применения препарата Бонвива следует скорректировать гипокальциемию. Пациентам следует употреблять достаточное количество кальция и витамина Д. Следует проявлять осторожность при применении НПВП одновременно с препаратом Бонвива. Коррекции дозы ибандроновой кислоты при одновременном применении с блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов или другими препаратами, увеличивающими pH в желудке, не требуется. Противопоказания. Повышенная чувствительность к ибандроновой кислоте или другим компонентам препарата. С осторожностью – тяжелое нарушение функции почек (клиренс креатинина < 30 мл/мин). Условия отпуска из аптек. По рецепту. Форма выпуска. 1 или 3 таблетки в блистер.

Горячая линия:

8 495 785 05 78 8 800 200 05 78

(Москва, звонок бесплатный)

(Россия, звонок бесплатный)

www.osteoporosu.net

Для получения дополнительной информации обращайтесь в компании



ЗАО ГлаксоСмитКляйн Трейдинг
Россия, 121614, Москва,
ул. Крылатская, дом 17, корп. 3
Тел.: +7 (495) 777-89-00
Факс: +7 (495) 777-89-01
www.glaxosmithkline.ru



ЗАО «Рош-Москва»
Официальный дистрибьютор
«Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд.» (Швейцария)
Россия, 107031, Москва, Трубная площадь, дом 2
Бизнес-центр «Неглинная Плаза»
Тел.: +7 (495) 229-29-99
Факс: +7 (495) 229-79-99
www.roche.ru