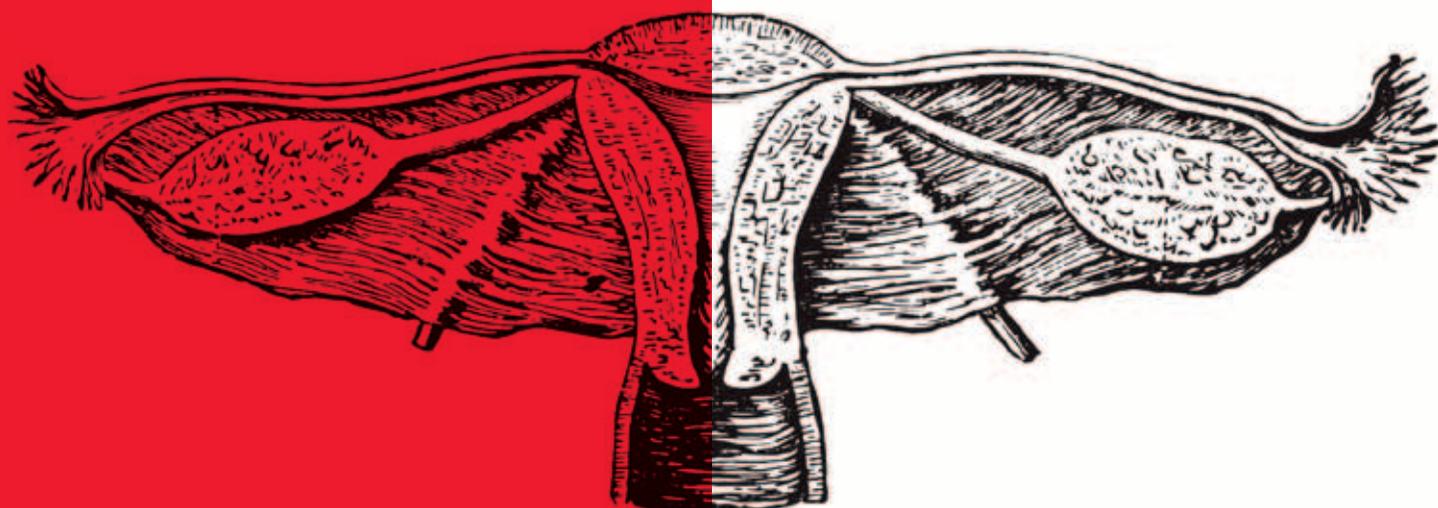


# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

# ТЕРАПИЯ

акушерство и гинекология №3, 2016



№

22

Профессор В.Н. Серов  
о региональных  
образовательных  
школах РОАГ

4

Возможности  
аппаратных методик  
лечения дисфункций  
мышц тазового дна

16

Прегавидарная  
подготовка женщин  
с цитомегаловирусной  
инфекцией

28



[umedp.ru](http://umedp.ru)

Свежие выпуски  
и архив журнала

# Неоцитотект®



## Надежная защита от цитомегаловируса

**Неоцитотект®** Применение Неоцитотекта в период беременности достоверно снижает риск врожденной ЦМВИ, что позволило включить его в протоколы и рекомендации Минздрава РФ для снижения риска инфицирования плода.<sup>[1]</sup>

**Неоцитотект®** Применение при первичной ЦМВИ у беременных женщин снижает частоту неблагоприятных исходов среди инфицированных новорожденных с 43% до 13%.<sup>[2]</sup>

**Неоцитотект®** Симптоматическая ЦМВ-инфекция при рождении или поздние осложнения через 2 и более года в случае терапии Неоцитотектом развивались на 47% реже, чем в контрольной группе без терапии.<sup>[3]</sup>

**На территории России продвижением иммуноглобулинов компании «Биотест» занимается компания «Мерц Фарма»**



ООО «Мерц Фарма»  
123317, Москва, Пресненская наб., 10 блок С «Башня на набережной»  
Тел.: +7 (495) 653 8 555, факс +7 (495) 653 8 554  
[www.merz.ru](http://www.merz.ru)

### Литература:

1. Иванов Д.О. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии (Министерство здравоохранения Российской Федерации). СПб.: Информ-Навигатор, 2016
2. Lazzarotto T. The Best Practices for Screening, Monitoring, and Diagnosis of Cytomegalovirus Disease. Part II Clinical Microbiology Newsletter, 2010-01-15, Volume 32, Issue 2, Pages 9-15
3. Adler S.P. Screening of cytomegalovirus during pregnancy. Infectious Diseases in obstetrics and Gynecology, Vol. 2011

Эффективная  
фармакотерапия. 22/2016.  
Акушерство  
и гинекология. № 3

ISSN 2307-3586

**Главный редактор**

член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

**Ответственный секретарь**

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

**Редакционная коллегия**

докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ

докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

**Редакционный совет направления**

**«Акушерство и гинекология»**

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА,

В.Е. БАЛАН, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,

О.А. ГРОМОВА, И.В. КУЗНЕЦОВА,

С.А. ЛЕВАКОВ, И.Б. МАНУХИН, Л.Е. МУРАШКО,

Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,

С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,

В.Н. СЕРОВ, И.С. СИДОРОВА, Н.А. ТАТАРОВА,

А.Л. ТИХОМИРОВ, Е.В. УВАРОВА

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СИНИЧКИН

Руководитель проекта

«Акушерство и гинекология»

Е. КОНЕВА (e.koneva@medforum-agency.ru)

Выпускающий редактор А. ЗИМЕНКОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Тираж 17 000 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала

на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru)

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов

**Авторы, присылающие статьи для публикации,**

**должны быть ознакомлены с инструкциями**

**для авторов и публичным авторским договором.**

**Информация размещена на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru)**

**Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен**

**в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)**

# Содержание

## Люди. События. Даты

Профессор В.Н. СЕРОВ: «Система непрерывного медицинского образования должна совершенствоваться» 4

## Клинические исследования

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, М.Г. ВЕНЕДИКТОВА, И.И. ГРИШИН, А.Н. САРАНЦЕВ, К.В. МОРОЗОВА, В.А. СУВОРОВА

Консервативное лечение генитоуринарных расстройств у пациенток, оперированных по поводу рака тела и шейки матки 6

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, М.Г. ВЕНЕДИКТОВА, И.И. ГРИШИН, А.Н. САРАНЦЕВ, А.Е. ЗЫКОВ, А.Ш. ХАСАН, Н.П. ПАНОВА, Ю.А. САВИНА, К.В. МОРОЗОВА, В.А. СУВОРОВА

Комплексный подход к лечению вирусиндуцированного истинного предрака шейки матки 10

## Лекции для врачей

И.А. АПОЛИХИНА, Е.Г. ДОДОВА, Е.А. БОРОДИНА, А.С. САИДОВА, Е.В. ФИЛИППЕНКОВА

Дисфункция тазового дна: современные принципы диагностики и лечения 16

## Стандарты лечения

Т.В. ОВСЯННИКОВА, И.А. КУЛИКОВ

Бесплодный брак: алгоритмы диагностики и лечения 24

## Обзор

Н.А. КОРОТКОВА, В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

Цитомегаловирусная инфекция и беременность (прегравидарная подготовка и терапия) 28

**Editor-in-Chief**

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RASci Corr. Mem.

**Executive Editor**

I.S. BAZIN, MD, DMSci

**Editorial Board**

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

L.V. LUSS, MD, DMSci, Prof.

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

**Editorial Council**

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA,

V.Ye. BALAN, Yu.E. DOBROKHOTOVA,

O.A. GROMOVA, I.V. KUZNETSOVA,

S.A. LEVAKOV, I.B. MANUKHIN,

L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,

T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA,

O.A. SAPRYKINA, V.N. SEROV, I.S. SIDOROVA,

N.A. TATAROVA, A.L. TIKHOMIROV,

Ye.V. UVAROVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

**General Manager**

A. SINICHKIN

**Advertising Manager**

Ye. KONEVA

e.koneva@medforum-agency.ru

# Contents

## People. Events. Date

Professor V.N. SEROV: 'A System of Continuing Medical Education Must Be Updated' 4

## Clinical Studies

Yu.E. DOBROKHOTOVA, M.G. VENEDIKTOVA, I.I. GRISHIN, A.N. SARANTSEV,  
K.V. MORZOVA, V.A. SUVOROVA  
A Conservative Treatment of Genitourinary Disorders in Post-Surgical Patients  
with Cervical and Endometrial Cancer 6

Yu.E. DOBROKHOTOVA, M.G. VENEDIKTOVA, I.I. GRISHIN, A.N. SARANTSEV,  
A.Ye. ZYKOV, A.Sh. KHASAN, N.P. PANOVA, Yu.A. SAVINA, K.V. MORZOVA,  
V.A. SUVOROVA  
A Combined Approach to Treatment of Virus-Induced True Cervical Precancer 10

## Clinical Lectures

I.A. APOLIKHINA, Ye.G. DODOVA, Ye.A. BORODINA, A.S. SAIDOVA,  
Ye.V. FILIPPENKOVA  
Pelvic Floor Dysfunction: Modern Principles of Diagnostics and Treatment 16

## Treatment Standards

T.V. OVSYANNIKOVA, I.A. KULIKOV  
Sterile Marriage: Algorithms for Diagnostics and Treatment 24

## Review

N.A. KOROTKOVA, V.N. PRILEPSKAYA  
Cytomegalovirus Infection and Pregnancy (Pregravid Training and Therapy) 28

## РУКОВОДИТЕЛИ ШКОЛ РОАГ: СУХИХ Г. Т., СЕРОВ В. Н.



### **I ШКОЛА: 23-24 МАЯ, КАЗАНЬ**

«Гинекологические заболевания и репродуктивное здоровье женщины»



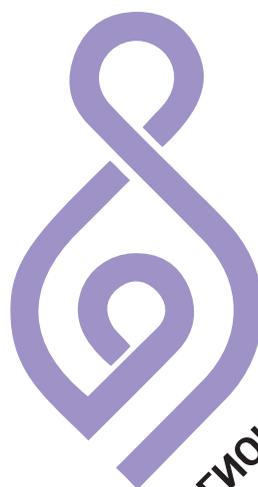
### **II ШКОЛА: 17-18 ОКТЯБРЯ, ЯРОСЛАВЛЬ**

«Перинатальная медицина: достижения и нерешенные вопросы»



### **III ШКОЛА: 7-8 НОЯБРЯ, РОСТОВ-НА-ДОНУ**

«Сложные вопросы репродуктивной медицины: новые взгляды, новые возможности»



**РЕГИОНАЛЬНЫЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА  
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ 2016**

## ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ ПЕРВОЙ ШКОЛЫ:

- Эндометриоз и миома матки: современные подходы к диагностике и лечению
- Болевой синдром в практике гинеколога
- Вагинальные инфекции и патология шейки матки
- Гормонально-зависимые заболевания репродуктивной системы
- Лечебные эффекты гормональной контрацепции
- Эстетическая гинекология
- Онкофертильность: проблемы и достижения
- Медикаментозное прерывание нежелательной беременности

[WWW.SHKOLAROAG.PF](http://WWW.SHKOLAROAG.PF)



Российское общество  
акушеров-гинекологов

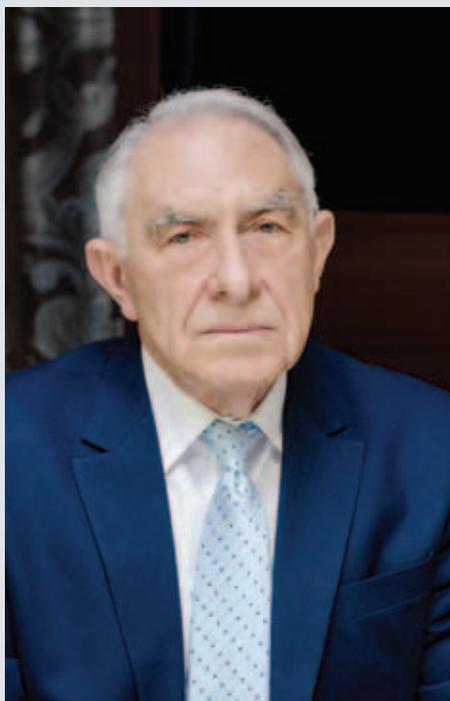


ФГБУ «Научный центр акушерства,  
гинекологии и перинатологии  
им. В.И. Кулакова» Минздрава России



Конгресс-оператор —  
Компания «СТО Конгресс»

## Профессор В.Н. СЕРОВ: «Система непрерывного медицинского образования должна совершенствоваться»



*Сегодня в нашей стране особое внимание уделяется последипломному медицинскому образованию и повышению квалификации медицинских работников. С этой целью разрабатываются программы непрерывного образования, организуются школы повышения квалификации. В 2016 г. Российским обществом акушеров-гинекологов (РОАГ) и Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова при поддержке Минздрава России инициировано проведение региональных образовательных школ для акушеров-гинекологов и неонатологов. Первая школа «Гинекологические заболевания и репродуктивное здоровье женщины», организованная при поддержке Министерства здравоохранения Республики Татарстан, состоялась в Казани (23–24 мая 2016 г.). На вопросы нашего корреспондента о целях, задачах и перспективах развития образовательных школ для специалистов в области акушерства и гинекологии отвечает президент РОАГ, заместитель председателя Межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАН, главный научный сотрудник НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова, заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, академик РАН Владимир Николаевич СЕРОВ.*

**– Одна из основных тенденций современного здравоохранения – развитие непрерывного медицинского образования. Владимир Николаевич, какие методы обучения медицинских специалистов используются в нашей стране?**

– Действительно, значение последипломного образования сложно переоценить. Наука движется вперед, и мы не вправе отставать от нее. Как известно, качество оказания квалифицированной помощи в частности и эффективность здравоохранения в целом зависят от уровня подготовки медицинских специалистов. Внедрение инновационных технологий и методик требует от медицинских работников наличия не только высокого уровня знаний, но и практичес-

кой подготовки. Именно поэтому непрерывное медицинское образование преследует цель совершенствовать знания и профессиональные навыки врачей.

Особая роль в системе дополнительного образования принадлежит сети факультетов усовершенствования врачей. Не будет преувеличением сказать, что снижение материнской смертности, младенческой заболеваемости и смертности в стране – это результат функционирования системы повышения квалификации для практикующих врачей.

Безусловно, непрерывное медицинское образование должно развиваться, и перспективы для этого в России есть. Крайне актуальна, на мой взгляд, инициатива

Российской медицинской палаты, связанная с обязательной аккредитацией врачей.

**– Свой вклад в повышение качества непрерывного медицинского образования акушеров-гинекологов вносит и РОАГ...**

– Одной из основных задач деятельности РОАГ является повышение квалификации медицинского персонала акушерской и гинекологической служб. РОАГ на протяжении многих лет реализует научно-образовательные программы, проводит семинары и конференции по вопросам акушерства, гинекологии и смежных специальностей, направленные на повышение уровня профессионального образования врачей.

## Актуальное интервью

К слову сказать, по итогам 2015 г. РОАГ было признано лучшим российским медицинским сообществом, занимающимся последипломным медицинским образованием. В настоящее время внедряется новый эффективный формат непрерывного медицинского образования акушеров-гинекологов – региональные образовательные школы РОАГ.

**– Владимир Николаевич, Вы являетесь научным руководителем этих школ. Чем программа подобных мероприятий отличается от программ традиционных научно-практических конференций?**

– Прежде всего возможностью привлечь к участию в мероприятии наиболее знающих и высококвалифицированных специалистов, которые могут поделиться собственным опытом. В Казани преподавателями выступили ведущие российские эксперты в области акушерства и гинекологии из Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Казанского государственного медицинского университета, Казанской государственной медицинской академии и др. Кроме того, в новых образовательных школах участвуют не только акушеры-гинекологи, но и смежные специалисты – эндокринологи, хирурги, онкологи. Так, программа обучения прошедшей школы включала семинары, мастер-классы, разборы клинических случаев, лекции и круглые столы. Прозвучали доклады не только по диагностике и лечению наиболее распространенных гинекологических заболеваний, но и по вопросам гормональной контрацепции, фармакотерапии, проблемам ожирения и т.д. И это не случайно: акушер-гинеколог в клинической практике должен использовать комплексный подход, основанный на понимании механизмов развития нарушений женской репродуктивной системы.

Наконец, еще одно важное отличие новых образовательных школ от традиционных мероприятий – дискуссии после выступлений участников. Это позволяет каждому слушателю анализировать полученную информацию и формировать собственную точку зрения. Аудитория активно включается в процесс обучения, теория обогащается практикой.

**– Прокомментируйте, пожалуйста, итоги первой образовательной школы «Гинекологические заболевания и репродуктивное здоровье женщины».**

– В первую очередь хочется поблагодарить организаторов. Мероприятие прошло на высоком уровне, что позволило его участникам плодотворно работать. Окончательные итоги обучающей программы подводить преждевременно. Но можно уже с уверенностью говорить о высокой заинтересованности специалистов. По предварительным подсчетам, в программе школы участвовало 650 человек. Благодаря online-трансляции к ним смогли присоединиться еще 550 человек.

**– Какие актуальные проблемы включены в программы следующих школ? Каким вопросам будет уделено особое внимание?**

– В 2016 г. РОАГ планирует провести еще две региональные школы. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины обсудят участники школы для акушеров-гинекологов и неонатологов, которая состоится в октябре в Ярославле. Перинатальная медицина находится на стыке таких клинических специальностей, как акушерство и педиатрия. Специалисты работают в тесном сотрудничестве, результатом которого является обеспечение матери, плода и новорожденного современной медицинской помощью до, во время и после родов. С развитием современной перинатальной и неонатологической службы, внедрением современных технологий значительно возросла эффективность

Система непрерывного медицинского образования должна совершенствоваться. Практика проведения школ для медицинских специалистов в нашей стране только начинается, но, уверен, она будет активно развиваться. Школы РОАГ должны стать элементом обязательного непрерывного образования врачей. Это позволит специалистам, работающим в регионах, повышать профессиональный уровень

медицинской помощи роженицам и новорожденным.

Еще одна школа «Сложные вопросы репродуктивной медицины: новые взгляды, новые возможности» состоится в ноябре 2016 г. в Ростове-на-Дону. Ее программа будет включать обсуждение проблем, посвященных клиническим разработкам и новым методикам репродуктивной медицины.

Желаю всем участникам региональных образовательных школ – акушерам-гинекологам, неонатологам и специалистам смежных специальностей ответственно подходить к вопросам образования, стремиться к непрерывному повышению профессиональной квалификации. Это будет способствовать повышению качества медицинской помощи населению нашей страны.

**– Какие Вы видите перспективы развития непрерывного медицинского образования в регионах?**

– Система непрерывного медицинского образования должна совершенствоваться. Практика проведения школ для медицинских специалистов в нашей стране только начинается, но, уверен, она будет активно развиваться. Школы РОАГ должны стать элементом обязательного непрерывного образования врачей. Это позволит специалистам, работающим в регионах, повышать профессиональный уровень. ♡

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# Консервативное лечение генитоуринарных расстройств у пациенток, оперированных по поводу рака тела и шейки матки

Ю.Э. Доброхотова<sup>1</sup>, М.Г. Венедиктова<sup>1</sup>, И.И. Гришин<sup>1</sup>,  
А.Н. Саранцев<sup>2</sup>, К.В. Морозова<sup>1</sup>, В.А. Суворова<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Юлия Эдуардовна Доброхотова, pr.dobrohotova@mail.ru

*Основным методом лечения рака тела и шейки матки на ранних стадиях остается хирургическое вмешательство. Однако подобная операция часто сопряжена с негативными последствиями, в частности с генитоуринарными расстройствами. Такие осложнения существенно ухудшают качество жизни больных и, безусловно, требуют коррекции. В статье приведены результаты исследования эффективности комбинированного использования препаратов Триожиналь и Везикар у пациенток с генитоуринарными нарушениями после хирургического вмешательства по поводу злокачественных новообразований.*

**Ключевые слова:** рак тела матки, рак шейки матки, хирургическое лечение, коррекция генитоуринарных расстройств, Триожиналь, Везикар

## Введение

Количество пациенток, страдающих раком половых органов, неуклонно растет. Ежегодно в мире регистрируется свыше 1 млн новых случаев. Так, в России в 2013 г. этот показатель составил 290 707 [1, 2].

Кроме того, в нашей стране злокачественные новообразования являются одной из основных причин смерти в женской популяции.

Наиболее распространенной локализацией злокачественных новообразований считается тело матки. По данным за 2013 г., зафиксировано свыше 22 000 новых случаев подобных новообразований.

75% больных раком тела матки – женщины в пре- и постменопаузе (средний возраст 62,2 года). Однако в последнее время наблюдается тенденция к омоложению контингента больных [1].

Рост заболеваемости раком тела матки обусловлен увеличением продолжительности жизни, распространенностью метаболического синдрома и гормональных расстройств, прежде всего связанных с ановуляцией. В 2013 г. темп прироста составил 3,03% [1, 3].

В группу риска попадают пациентки с предраковыми заболеваниями эндометрия [2, 3].

Из-за выраженных патогномичных симптомов в 85–90% случаев рак тела матки выявляется на I и II стадиях, что позволяет проводить эффективное комплексное лечение [3]. Общая пятилетняя выживаемость при раке тела матки I и II стадий составляет 82 и 65% соответственно. Тем не менее у 25% пациенток после проведенного лечения заболевание прогрессирует [1, 4].

При раке тела матки стандартным методом лечения считается хирургический [2, 3]. В 90% случаев на I и II стадиях процесса выполняют экстирпацию матки с придатками. В зависимости от степени дифференцировки опухоли и стадии процесса проводят подвздошную лимфаденэктомию с последующей адъювантной лучевой терапией [2, 3].

Второе место по распространенности занимает рак шейки матки. В России в 2013 г. насчитывалось 15 427 пациенток с таким диагнозом. Их средний возраст составил 51,9 года. Среднегодовой темп прироста заболеваемости – 2,21%. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества пациенток молодого возраста [1, 2, 4].

Тактика лечения больных раком шейки матки зависит от распространенности процесса. В схему лечения включают также лучевую терапию и химиотерапию [2, 5].



Оперативное лечение проводят на начальных стадиях заболевания [5]. Объем хирургического вмешательства на I и II стадиях варьируется – от ножевой высокой ампутации шейки матки, экстирпации матки с придатками и без придатков до расширенной экстирпации матки с придатками по методу Вертгейма – Мейгса [2]. Особую значимость сегодня приобретают модифицированные нервосберегающие операции, позволяющие уменьшить выраженность отдаленных послеоперационных нарушений функции тазовых органов [6].

К наиболее частым негативным последствиям хирургического лечения рака тела и шейки матки относят генитоуринарные расстройства, такие как пролапс тазовых органов, недержание мочи, постгистерэктомический синдром, проявляющийся сухостью и атрофией слизистой оболочки влагалища на фоне гипоэстрогемии [7–10]. Подобные осложнения наблюдаются у 70–80% пациенток.

Частота дисфункции мочевого пузыря после радикальной гистерэктомии колеблется от 12 до 90% [7, 10]. Гипоэстрогения и травматизация волокон, иннервирующих мочевопроводящие пути, приводят к уменьшению диуреза, увеличению объема остаточной мочи и недержанию мочи [11, 12]. Такие симптомы, как сухость и дискомфорт во влагалище, обусловлены эстрогендефицитным состоянием и ухудшением кровоснабжения вследствие тотальной гистерэктомии [11–13]. На фоне лучевой терапии выраженность генитоуринарных расстройств может усиливаться. Перечисленные выше нарушения значительно ухудшают качество жизни больных и требуют коррекции.

Существуют разные методы коррекции генитоуринарных расстройств после хирургического лечения гинекологической патологии, но в литературе данные об их применении у онкологических больных практически отсутствуют.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о возможнос-

ти использования менопаузальной гормональной терапии у пациенток, перенесших операции по поводу рака тела и шейки матки I стадии. Такая терапия не повышала риск рецидива и прогрессирования заболевания [14].

Один из широко используемых эстрогенсодержащих препаратов для коррекции сухости и атрофии слизистой влагалища – Триожиналь. В его состав входят эубиотик, эстриол, прогестерон: 341 мг лиофилизированной культуры лактобактерий *Lactobacillus casei rhamnosus* (GG) *Doderleini* (соответствует  $1 \times 10^8$ – $2 \times 10^9$  КОЕ жизнеспособных лактобактерий), 0,2 мг эстриола, 2 мг прогестерона. Они восстанавливают эпителий влагалища за счет пролиферации, нормализуют его микробиоценоз, улучшают кровоснабжение.

Для коррекции генитоуринарных расстройств также применяется М-холинолитик препарат Везикар. Будучи конкурентным ингибитором мускариновых рецепторов, преимущественно М<sub>3</sub>-подтипа, Везикар устраняет симптомы нарушения уродинамики по типу гиперактивного мочевого пузыря.

Благодаря высокой селективности и пролонгированному действию препарат обладает хорошей переносимостью при приеме в дозе 5 или 10 мг один раз в день. Везикар доказал свою эффективность и безопасность у пациенток с гиперактивностью мочевого пузыря в постменопаузе в монотерапии и комбинации с локальными эстрогенами [15].

### Цель

В ходе исследования оценивали эффективность комбинации препаратов Триожиналь и Везикар для коррекции генитоуринарных расстройств у пациенток, перенесших оперативное лечение по поводу рака тела и шейки матки начальных стадий.

### Материал и методы

В исследование было включено 45 пациенток с морфологически верифицированным раком тела (n = 21) и шейки (n = 23) матки

Ia стадии, проходивших лечение в Московской городской клинической больнице № 40 в 2013 и 2014 гг. Всем больным было проведено хирургическое вмешательство в объемах тотальной гистерэктомии или расширенной экстирпации матки с придатками по методу Вертгейма – Мейгса. За время наблюдения и скрининговых обследований признаков прогрессирования онкологического процесса не зафиксировано.

Отбор участниц исследования основывался на идентичности антропометрических данных и общем соматическом статусе.

Средний возраст составил  $56,1 \pm 0,9$  года. Все пациентки находились в позднем послеоперационном периоде. Через один-два года после операции они предъявляли жалобы на недержание мочи (смешанная форма), сухость и дискомфорт во влагалище, диспареунию.

Суммарно время наблюдения составило от шести месяцев до пяти лет. Больные были разделены на две группы. Пациентки основной группы (n = 24) получали комбинированную терапию препаратами Триожиналь (по одной капсуле утром и вечером вагинально в течение 21 дня) и Везикар (5 мг/сут перорально). Пациентки контрольной группы (n = 21) не принимали препаратов для коррекции генитоуринарных нарушений.

Чтобы исключить прогрессирование онкологического заболевания, исходно и во время лечения проводилось полное клинико-лабораторное обследование: ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, почек, клинические анализы крови, цитологическое исследование эпителия влагалища.

Для определения степени выраженности генитоуринарных нарушений проводилось анкетирование с детальным описанием характера и кратности возникавших симптомов.

### Результаты

Через три месяца терапии у 17 (73%) пациенток основной груп-

пы наблюдалось значительное снижение выраженности симптомов недержания мочи, сухости во влагалище по сравнению с пациентками контрольной группы. У 7 (17%) пациенток основной группы на фоне применения препарата Триожиналь уменьшились дискомфорт и сухость во влагалище. В то же время терапия Везикаром не повлияла на выраженность симптомов недержания мочи.

Через год наблюдения у 21 (88%) пациентки основной группы отмечалось полное купирование симптомов генитоуринарных расстройств, у 3 (12%) они сохранялись. При обследовании пациенток во время и после лечения признаков рецидива злокачественного процесса не было зарегистрировано, что свидетельствовало о безопасности применения данного вида лечения у онкологических больных.

### Заключение

Результаты исследования продемонстрировали эффективность коррекции генитоуринарных расстройств комбинацией препаратов Триожиналь и Везикар после пангистерэктомии по поводу рака тела и шейки матки Ia стадии. У большинства пациенток восстановилась уродинамика и нормализовалось состояние эпителия слизистой оболочки влагалища. Кроме того, терапия была безопасной. ☺

### Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (Заболеваемость и смертность) // под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015.
2. Вenediktova M.G., Dobrokhotova Ю.Э. Онкогинекология в практике гинеколога. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Кузнецов В.В. Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий // Сибирский онкологический журнал. 2013. № 3 (57). С. 70–74.
4. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России // Онкогинекология. 2015. № 1. С. 6–15.
5. Chung S.H., Wiedmeyer K., Shai A. et al. Requirement for estrogen receptor alpha in a mouse model for human papillomavirus-associated cervical cancer // Cancer Res. 2008. Vol. 68. № 23. P. 9928–9934.
6. Laterza R.M., Sievert K.D., de Ridder D. et al. Bladder function after radical hysterectomy for cervical cancer // Neurourol. Urodyn. 2015. Vol. 34. № 4. P. 309–315.
7. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Жданова М.С. Влияние дисплазии соединительной ткани на развитие пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2009. Т. 9. № 4. С. 15–18.
8. Тарасов Н.И., Шульгин А.С. Коррекция функции мочевых путей при пролапсе тазовых органов у женщин // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8. № 2. С. 152–155.
9. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О., Чикишева А.А. Особенности мочеиспускания у гинекологических больных // Гинекология. 2013. Т. 15. № 5. С. 48–50.
10. Aoun F, van Velthoven R. Lower urinary tract dysfunction after nerve-sparing radical hysterectomy // Int. Urogynecol. J. 2015. Vol. 26. № 7. P. 947–957.
11. Безменко А.А., Шмидт А.А., Коваль А.А., Карпищенко Ж.М. Консервативные методы лечения недержания мочи при напряжении у женщин // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2014. № 1 (45). С. 227–232.
12. Persu C., Chapple C.R., Cauni V. et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging // J. Med. Life. 2011. Vol. 4. № 1. P. 75–81.
13. Juan F, Bojanini B., Alexandra M., Mejía C. Laser treatment of vaginal atrophy in post-menopause and post-gynecological cancer patients // J. LA&HA. 2014. Vol. 2014. № 1. P. 65–71.
14. Ульрих Е.А., Урманчеева А.Ф. Онкологические аспекты заместительной менопаузальной гормональной терапии // Практическая онкология. 2009. Т. 10. № 2 (38). С. 77–83.
15. Jiang F, Zhu L., Xu T. et al. Efficacy and safety of solifenacin succinate tablets versus solifenacin succinate tablets with local estrogen for the treatment of overactive bladder in postmenopausal women – a multicenter, randomized, open-label, controlled comparison study // Menopause. 2016. Vol. 23. № 4. P. 451–457.

### A Conservative Treatment of Genitourinary Disorders in Post-Surgical Patients with Cervical and Endometrial Cancer

Yu.E. Dobrokhotova<sup>1</sup>, M.G. Venediktova<sup>1</sup>, I.I. Grishin<sup>1</sup>, A.N. Sarantsev<sup>2</sup>, K.V. Morozova<sup>1</sup>, V.A. Suvorova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>2</sup> Municipal Clinical Hospital № 40, Moscow

Contact person: Yuliya Eduardovna Dobrokhotova, pr.dobrokhotova@mail.ru

*At early stages of cervical and endometrial cancer, surgical intervention is considered as the major therapeutic approach. However, it is coupled with negative consequences such as genitourinary disorders, which profoundly deteriorate patients' quality of life, and undoubtedly require to be corrected. Here we provide the data on assessing efficacy of a combined use of Trioginal and Vesicare on genitourinary disorders in post-surgical patients with malignant neoplasms.*

**Key words:** endometrial cancer, cervical cancer, surgical treatment, correction of genitourinary disorders, Trioginal, Vesicare



7-10 СЕНТЯБРЯ 2016, МОСКВА

## XXVI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»

### ТЕМЫ

- Женское и мужское бесплодие: диагностика и лечение
- Новые протоколы стимуляции яичников
- Культивирование гамет и эмбрионов
- Селекция сперматозоидов для ИКСИ
- Эндометрий и имплантация эмбриона
- Беременность и здоровье детей после ВРТ
- Генетические аспекты ВРТ. ПГД
- Суррогатное материнство. Донорство гамет и эмбрионов
- Анестезия для ВРТ
- Психология и этика в репродуктивной медицине



#### 2016 год особенный:

**30 лет** первым детям, родившимся в нашей стране благодаря ЭКО

**25 лет** Российской ассоциации репродукции человека

**20 лет** регистру ВРТ РАРЧ

В рамках конференции пройдут научно-практические семинары, прямая трансляция из операционной, мастер-классы, тренинги, круглые столы и выставка, на которой будет представлена широкая линейка фармацевтических препаратов и новейшего медицинского оборудования.

Организаторы



При поддержке



Конгресс-оператор



По всем вопросам:  
Екатерина Антонова

[rahr@ctogroup.ru](mailto:rahr@ctogroup.ru)

Тел. +7 (495) 960-21-90 доб. 122

[www.rahr.msk.ru](http://www.rahr.msk.ru)

# Комплексный подход к лечению вирусиндуцированного истинного предрака шейки матки

Ю.Э. Доброхотова<sup>1</sup>, М.Г. Венедиктова<sup>1</sup>, И.И. Гришин<sup>1</sup>,  
А.Н. Саранцев<sup>2</sup>, А.Е. Зыков<sup>2</sup>, А.Ш. Хасан<sup>2</sup>, Н.П. Панова<sup>2</sup>,  
Ю.А. Савина<sup>2</sup>, К.В. Морозова<sup>1</sup>, В.А. Суворова<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Юлия Эдуардовна Доброхотова, pr.dobrohotova@mail.ru

*Как показали результаты исследования, лечение истинного предрака шейки матки предполагает не только хирургическое вмешательство, но и коррекцию иммунного статуса. На фоне применения Полиоксидония, выбранного в качестве иммуномодулирующей терапии у пациенток с реализованной репродуктивной функцией и дисплазией эпителия шейки матки тяжелой степени на фоне носительства вируса папилломы человека (ВПЧ) 16-го и 18-го типов, наблюдалось полное восстановление основных показателей клинического анализа крови. Это свидетельствовало об эффективном угнетении воздействия ВПЧ-инфекции на организм на фоне проведенной терапии.*

**Ключевые слова:** предрак шейки матки, дисплазия, вирус папилломы человека, иммуномодулирующая терапия, Полиоксидоний

Онкологические заболевания женской половой сферы остаются одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Постоянное увеличение количества заболевших репродуктивного возраста требует усовершенствования диагностических и лечебных методик. Наиболее распространенной формой рака гинекологической локализации и одной из основных причин смертности женщин в возрасте 35–40 лет считается

рак шейки матки. Последние десять лет заболеваемость им возросла более чем в 1,5 раза. Так, в 2014 г. выявлено 16 130 новых случаев. Средний возраст больных составил 52,2 года [1]. По данным Международного агентства по изучению рака, к 2020 г. число впервые выявленных случаев рака шейки матки в мире возрастет приблизительно на 40% [1–3]. В связи с этим крайне актуально своевременное выявление фоновых, особенно предраковых поражений шейки матки.

Дисплазия шейки матки (изменение нормального клеточного состава эпителия) подразделяется на легкую, умеренную и тяжелую. Последняя классифицируется как истинный предрак шейки матки [2, 3].

В качестве скрининга предраковых заболеваний и рака шейки матки используется цитологическое исследование мазков с влажной порции шейки матки и цервикального канала, признанное экономически доступным и информативным методом обследования женщин разных возрастных групп. Чувствительность метода достигает 80%, специфичность – 86–100%, что доказывает его эффективность при диагностике заболеваний шейки матки [4, 5].

В настоящее время для классификации цитологических изменений мазков шейки матки используется Бетесдская система (см. врезку NB) [6].

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, скрининговое обследование пациенток на выявление предраковых заболеваний и рака шейки матки следует проводить в возрасте 25–65 лет с интервалом один год в течение двух лет, далее при отрицатель-



ных результатах один раз в три года [2, 3].

Прекращение скрининга возможно у женщин 70 лет и старше с интактной шейкой матки, которым проведено три и более зарегистрированных последовательных отрицательных цитологических исследования на протяжении последних десяти лет. В программу скрининга не включаются пациентки, не живущие половой жизнью и перенесшие в анамнезе тотальную гистерэктомию. Однако ни в одной стране мира на текущий момент в полном объеме не реализованы программы скрининга заболеваний шейки матки по ряду экономических и социальных причин [2].

Накопленные данные об эпидемиологии дисплазии и рака шейки матки позволяют утверждать, что эти заболевания напрямую связаны с воздействием на эпителий шейки матки вирусной инфекции [5, 7]. В структуре патогенеза дисплазии эпителия одним из основных факторов является инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (16-й и 18-й типы). ДНК данного вируса выявляется в 50–80% гистологических образцов умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки. В течение жизни большинство женщин инфицируются ВПЧ. Между тем носительство не является пожизненным: в 30% случаев происходит естественная элиминация ВПЧ из организма [8]. В Европе ВПЧ выявляется у 60–80% сексуально активных молодых женщин до 30 лет. Инфицированность популяции увеличивается с возрастом: пик приходится на 20–29 лет (40%). К 50 годам инфицированность снижается и впоследствии не превышает 5% [9].

Носительство ВПЧ не является обязательным условием злокачественного процесса, но риск диспластической трансформации эпителия шейки матки возрастает в несколько раз. Воздействии ВПЧ на базальный клеточный эпителий заключается во встраивании ДНК вируса в геном кле-

ток, в результате чего формируются койлоциты, остроконечные кондиломы. В дальнейшем может наблюдаться длительная персистенция ВПЧ-ДНК в клетках с регрессией или развитием злокачественной трансформации элементов эпителия [1, 2, 5].

В арсенале современного врача отсутствуют лекарственные препараты, избирательно воздействующие на ВПЧ-инфекцию [7]. Лечение направлено на устранение последствий носительства ВПЧ – удаление фоновых и предраковых новообразований шейки матки. Применение противовирусной и иммунокорригирующей терапии позволяет снизить риск рецидива диспластических процессов после оперативного лечения, поскольку вероятность элиминации вируса ВПЧ из организма увеличивается [7].

Одним из широко применяемых иммуномодуляторов признан препарат Полиоксидоний®. Благодаря прямому воздействию на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, активации лимфоидных клеток, находящихся в регионарных лимфатических узлах, а именно В-клеток, продуцирующих секреторный иммуноглобулин (Ig) А, Полиоксидоний® повышает резистентность организма к локальной и генерализованной инфекции. Кроме иммуномодулирующего воздействия Полиоксидоний® характеризуется выраженной детоксикационной и антиоксидантной активностью.

Таким образом, важны раннее выявление дисплазии шейки матки, выбор адекватного лечения, проведение противореци-

# NB

## **Бетесдская система: систематизация результатов и унификация рекомендаций по ведению пациенток с диспластическими изменениями шейки матки**

Согласно данной системе, ранее применяемый термин «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» (cervical intraepithelial neoplasia – CIN) заменен термином «плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой и высокой степени» (squamous intraepithelial lesions low and highgrade – LSIL и HSIL).

Данная классификация выделяет две группы атипичных клеток:

- 1) ASC (atypical squamous cells) – атипичные плоские клетки неопределенного значения;
- 2) ASC-H – атипичные плоские клетки, не исключают HSIL. LSIL – в мазке выявлены атипичные клетки, не имеющие отношения к раку, однако в данном случае показано выполнение кольпоскопии с целью дообследования и решения вопроса о необходимости выполнения биопсии шейки матки. HSIL – в мазке выявлены атипичные клетки, относящиеся к предраку шейки матки. AGC (atypical glandular cells) – в мазке на онкоцитологию выявлены атипичные клетки цилиндрического эпителия. Три перечисленные группы указывают на необходимость дообследования, выполнения кольпоскопии и биопсии шейки матки. AIS (adenocarcinoma *in situ*) обозначают карциному *in situ* шейки матки

гинекология

Таблица 1. Показатели клинического анализа крови

Показатель	Основная группа				Контрольная группа	
	до начала лечения		через шесть месяцев после окончания лечения		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Лейкоциты, $\times 10^3$	3,2 $\pm$ 0,7		6,3 $\pm$ 1,2*		7,1 $\pm$ 1,6	
Лимфоциты		27,1 $\pm$ 1,4		39,0 $\pm$ 0,7*		41,5 $\pm$ 2,6
Моноциты		2,5 $\pm$ 0,5		5,5 $\pm$ 0,6*		6,1 $\pm$ 1,3

\* Различия достоверны,  $p < 0,05$  по отношению к соответствующим показателям до лечения.

Таблица 2. Показатели иммунной системы у пациенток до и после комбинированного лечения

Показатель	Основная группа		Контрольная группа
	до начала лечения	через шесть месяцев после окончания лечения	
CD3+-лимфоциты, %	49,4 $\pm$ 1,2	66,5 $\pm$ 1,5*	67,5 $\pm$ 1,2
CD4+-лимфоциты, %	31,6 $\pm$ 1,5	47,3 $\pm$ 0,6*	45,5 $\pm$ 1,6
CD8+-лимфоциты, %	18,1 $\pm$ 1,2	32,1 $\pm$ 1,7*	36,1 $\pm$ 0,8
Индекс CD4+/CD8+	2,1 $\pm$ 0,6	1,3 $\pm$ 0,7*	1,2 $\pm$ 0,1
ИФН-гамма, %	29,3 $\pm$ 0,7	35,1 $\pm$ 1,2*	41,1 $\pm$ 1,5
ИЛ-2	3,1 $\pm$ 0,6	3,5 $\pm$ 0,6*	5,0 $\pm$ 0,4
ИЛ-4	26,2 $\pm$ 1,2	33,7 $\pm$ 1,3*	33,7 $\pm$ 1,2
ФНО-гамма	7,4 $\pm$ 1,3	6,4 $\pm$ 1,4*	6,2 $\pm$ 1,6
IgG, г/л	7,8 $\pm$ 1,6	10,0 $\pm$ 1,3*	12,5 $\pm$ 1,3
IgM, г/л	1,2 $\pm$ 0,5	1,9 $\pm$ 0,6*	2,1 $\pm$ 0,7

\* Различия достоверны,  $p < 0,05$  по отношению к соответствующим показателям до лечения.

дивной терапии и дальнейшее наблюдение с целью минимизации риска трансформации в рак шейки матки.

## Цель

В ходе исследования оценивали эффективность препарата Полиоксидоний при тяжелой дисплазии эпителия шейки матки на фоне инфицирования ВПЧ 16-го и 18-го типов в сочетании с конизацией шейки матки.

## Материал и методы

Основную группу составили 24 пациентки с реализованной репродуктивной функцией и дисплазией эпителия шейки матки тяжелой степени на фоне носительства ВПЧ 16-го и 18-го типов, проходивших лече-

ние в ГКБ № 40 г. Москвы в 2014 г. Средний возраст – 29,6  $\pm$  5,2 года. В контрольную группу вошли 15 гинекологически и соматически здоровых женщин (средний возраст – 31,6  $\pm$  3,1 года), прошедших скрининг на заболевания шейки матки.

У пациенток обеих групп методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) определяли носительство ВПЧ 16-го и 18-го типов. Кроме того, обследование включало анализ мазка с влажной порции шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию, а также проведение кольпоскопии.

Для верификации диагноза пациенткам основной группы были выполнены конизация шейки матки с выскабливанием сли-

зистой оболочки цервикального канала с последующим гистологическим исследованием полученного материала. После морфологического подтверждения диагноза тяжелой дисплазии шейки матки пациентки получали иммуномодулирующую терапию. В послеоперационном периоде в качестве иммуномодулирующей терапии им назначали препарат Полиоксидоний® 12 мг в свечах ректально ежедневно в течение пяти дней, далее – через день. Общий курс – 15 свечей.

Эффективность лечения оценивали на основании результатов ПЦР-диагностики на выявление ДНК вируса ВПЧ 16-го и 18-го типов, бактериологического и цитологического исследования мазка, кольпоскопического контроля до начала лечения, через три, шесть, девять и 12 месяцев после его завершения. Для оценки состояния иммунной системы всем пациенткам выполняли клинический анализ крови (оценивали показатели лейкоцитов, гранулоцитов, лимфоцитов, моноцитов), а также иммунограмму (CD3, CD4, CD8, интерферон (ИФН) гамма, интерлейкины (ИЛ) 2 и 4, фактор некроза опухоли (ФНО) гамма, IgG, IgM).

## Результаты

Персистенция в организме вирусной инфекции приводит к изменениям в иммунной системе. Подтверждение тому – показатели клинического анализа крови у пациенток основной группы.

Как видно из табл. 1, в группе пациенток с ВПЧ-носительством достоверно чаще наблюдались такие изменения клинического анализа крови, как лейкопения, моноцитопения, лимфопения, характерные для иммунного ответа на воздействие вирусной инфекции.

Через шесть месяцев после лечения в объеме хирургического вмешательства с последующим курсом препарата Полиоксидоний® наблюдалось полное восстановление основных показателей клинического анализа крови, что

# Полиоксидоний®

Азоксимера бромид



## ЗАВЕДИ ИММУНИТЕТ

При хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях без активации иммунной защиты невозможно добиться удовлетворительных результатов лечения.

Иммуномодулятор Полиоксидоний® облегчает острую фазу инфекции, восстанавливает иммунитет и прерывает дальнейшую хронизацию инфекционного процесса.\*

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ: 8 (495) 410 6634

\*Луис Л.В. «Полиоксидоний® – современный препарат для эффективной иммуотропной терапии заболеваний, протекающих с дисфункциями иммунной системы». Эффективная фармакотерапия. 20/2015, инструкция по медицинскому применению препарата Полиоксидоний®

ООО «НПО Петровакс Фарм»  
Российская Федерация, 142143, Московская область,  
Подольский район, с. Покров, ул. Сосновая, д. 1  
Тел./факс: 8 (495) 329-17-18, 8 (495) 926-21-07, e-mail: info@petrovax.ru  
реклама



[polyoxidonium.ru](http://polyoxidonium.ru)



НПО  
**ПЕТРОВАКС ФАРМ**

Препараты будущего – сегодня

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Нормализация иммунного ответа способствует снижению вероятности рецидива и злокачественной трансформации на фоне ВПЧ-носительства

свидетельствовало об эффективном угнетении воздействия ВПЧ-инфекции на организм на фоне проведенной терапии. Для более детальной оценки состояния иммунной системы в условиях ВПЧ-носительства и оценки эффективности проведенного лечения всем пациенткам основной группы была выполнена иммунограмма (CD3,

CD4, CD8, CD4/CD8, ИФН-гамма, ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО-гамма, IgG, IgM). В таблице 2 приведены результаты иммунограммы до и через шесть месяцев после комплексного лечения тяжелой дисплазии шейки матки. До начала лечения наблюдалось статистически достоверное снижение уровней CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, IgG, IgM, ФНО-гамма. Через шесть месяцев после комплексного лечения зафиксирована нормализация показателей Т-клеточного иммунитета, что свидетельствовало о выраженном иммуномодулирующем эффекте препарата Полиоксидоний®. Всем пациенткам основной группы проводили контроль мазков на онкоцитологию с целью вы-

явления рецидива тяжелой дисплазии шейки матки через три и шесть месяцев после лечения. Не зарегистрировано ни одного случая рецидива.

### Заключение

Лечение истинного предрака шейки матки не только включает хирургическое вмешательство, но и требует коррекции иммунного статуса с целью повышения вероятности элиминации ВПЧ-инфекции из организма как одного из главных факторов диспластических процессов эпителия шейки матки. Нормализация иммунного ответа способствует снижению вероятности рецидива и злокачественной трансформации на фоне ВПЧ-носительства. 

### Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016.
2. Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю.Э. Онкогинекология в практике гинеколога. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России // Онкогинекология. 2015. № 1. С. 6–15.
4. Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балахонцева О.С. Радикальная абдоминальная трахелэктомия. М.: Практическая медицина, 2012.
5. Городецкая С.Б., Свешников П.Г., Бударина С.О. и др. Значение исследования уровня онкобелка E7 вируса папилломы человека 16-го и 18-го типов в цервикальном материале в диагностике неопластических образований шейки матки // Молекулярная медицина. 2010. № 5. С. 9–12.
6. Дисаи Ф.Дж., Крисман У.Т. Клиническая онкогинекология. Т. 1 / под ред. Е.Г. Новиковой. М., 2012.
7. Золотов И.С., Остроменский В.В. Терапия воспалительных заболеваний женских половых органов: возможности иммуномодуляторов // Гинекология. 2011. Т. 13. № 3. С. 55–59.
8. Chung S.H., Wiedmeyer K., Shai A. et al. Requirement for estrogen receptor alpha in a mouse model for human papillomavirus-associated cervical cancer // Cancer Res. 2008. Vol. 68. № 23. P. 9928–9934.
9. Solomon D., Davey D., Kurman R. et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology // JAMA. 2002. Vol. 287. № 16. P. 2114–2119.

### A Combined Approach to Treatment of Virus-Induced True Cervical Precancer

Yu.E. Dobrokhotova<sup>1</sup>, M.G. Venediktova<sup>1</sup>, I.I. Grishin<sup>1</sup>, A.N. Sarantsev<sup>2</sup>, A.Ye. Zykov<sup>2</sup>, A.Sh. Khasan<sup>2</sup>, N.P. Panova<sup>2</sup>, Yu.A. Savina<sup>2</sup>, K.V. Morozova<sup>1</sup>, V.A. Suvorova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>2</sup> Municipal Clinical Hospital № 40, Moscow

Contact person: Yuliya Eduardovna Dobrokhotova, pr.dobrokhotova@mail.ru

*According to the study data it was demonstrated that treatment of true cervical precancer supposes to use not only surgical intervention, but correction of immune status as well. After applying Polyoxidonium chosen as an immunomodulatory therapy in female patients with fulfilled reproductive function and severe cervical epithelial dysplasia associated with carriage of HPV type 16 and 18, it was observed that the main parameters of clinical blood test were completely restored. It evidenced about successful suppression of HPV infection on the body after applying such therapy.*

**Key words:** cervical precancer, dysplasia, human papilloma virus, immunomodulatory therapy, Polyoxidonium

# DISCOVERYMED

XI Междисциплинарная  
научно-практическая конференция  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ» (ИНФЕКЦИИ,  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ  
НОВООБРАЗОВАНИЯ, МОЧЕКАМЕННАЯ  
БОЛЕЗНЬ И ДР.)



**2 декабря 2016 г.** с 9.00 до 17.30

Место проведения: Санкт-Петербург, ПетроКонгресс  
(ст. м. «Чкаловская», Лодейнопольская ул., д. 5)

- Планируется издание материалов конференции с тезисами докладов в журнале «TERRA MEDICA». Тезисы принимаются Оргкомитетом конференции **до 1 октября 2016 г.** и должны содержать: название, Ф.И.О. и место работы всех авторов тезисов.  
[urgyn@yandex.ru](mailto:urgyn@yandex.ru)

**!!!** Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед»,  
Издательский Дом «Терра Медика»  
тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22  
e-mail: [expo@terramedica.spb.ru](mailto:expo@terramedica.spb.ru)  
<http://www.discoverymed.ru>



<sup>1</sup> Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

# Дисфункция тазового дна: современные принципы диагностики и лечения

И.А. Аполихина<sup>1,2</sup>, Е.Г. Додова<sup>1</sup>, Е.А. Бородина<sup>2</sup>,  
А.С. Саидова<sup>1</sup>, Е.В. Филиппенкова<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Инна Анатольевна Аполихина, i\_apolikhina@oparina4.ru

*В статье приведены современные данные об эпидемиологии, этиологии, методах диагностики и консервативных способах лечения различных тазовых расстройств у женщин, в частности пролапса тазовых органов, недержания мочи, тазовой боли, сексуальных дисфункций. Особое внимание уделено тренировке мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи, а также возможностям современного оборудования, направленным на совершенствование данной методики.*

**Ключевые слова:** дисфункция тазового дна, опущение тазовых органов, недержание мочи, хронический цистоуретрит, сексуальные расстройства

## Введение

Под дисфункцией тазового дна понимают комплекс нарушений функции связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала. Опущение тазовых органов, различные типы недержания мочи и кала, хронический цистоуретрит, сексуальные дисфункции остаются одними из наиболее распространенных расстройств в урогинекологии. Частота опущения и выпадения тазовых органов достигает 30%, причем в 47,3% случаев пролапс гениталий сопровождается стрессовым недержанием мочи [1, 2].

Нарушение функции мышц тазового дна обусловлено рядом причин: возрастом, наследственностью, родовым травматизмом, родами крупным плодом, тяжелой физической нагрузкой, связанной с повышением внутрибрюшного давления, и др. В последнее время наблюдается тенденция к «омоложению» данных нарушений. То, что пролапс гениталий встречается у молодых и нерожавших женщин, говорит о роли дисплазии соединительной ткани в развитии заболевания.

Сочетание органической патологии и опущения тазовых органов определяет многообразие клинических проявлений: ощущение инородного тела во влагалище,

императивные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи при императивном позыве и физической нагрузке, ноктурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, чувство дискомфорта, тяжесть в промежности и внизу живота. У многих пациенток имеет место сексуальная дисфункция и/или диспареуния. Задержка мочеиспускания или ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря нередко связаны с опущением передней стенки влагалища. Клинические проявления могут возникать в репродуктивном возрасте и прогрессировать в течение жизни, что резко снижает качество жизни [1]. Недержание мочи у женщин – самое частое заболевание в структуре дисфункции тазового дна. Около 50% женщин в возрасте от 45 до 60 лет хотя бы однажды отмечали непроизвольное недержание мочи. Его распространенность среди россиянок составляет 33,6–36,8%. С возрастом ситуация усугубляется. Так, если в возрастной группе от 25 до 34 лет этот показатель достигает 8,7%, то в группе 55 лет и старше превышает 34%. Среди женщин старше 50 лет стрессовое недержание мочи встречается в 70% случаев, что подтверждает социальную значимость проблемы [3].



Реальная распространенность недержания мочи может быть еще выше, поскольку женщины стесняются сообщать лечащему врачу об этом расстройстве и считают его неотъемлемым признаком старения [4].

В соответствии с рекомендациями Международного общества по проблемам недержания мочи (International Continence Society – ICS), под термином «недержание мочи» понимается любое непроизвольное, неконтролируемое волевым усилием выделение мочи. Развитие заболевания обусловлено, в частности, нарушением функции детрузора (гиперактивность, низкая эластичность стенки мочевого пузыря), нарушением функционирования сфинктерного аппарата (гипермобильность уретры, недостаточность уретрального сфинктера), парадоксальной ишурией. Не последнюю роль играет и состояние связочного аппарата тазового дна.

В клинической практике недержание мочи принято подразделять на три основных типа: императивное (или ургентное), стрессовое, смешанное.

В 30–40% случаев стрессовый компонент сочетается с ургентным, то есть имеет место смешанная форма недержания мочи. С возрастом распространенность этого типа увеличивается и после 60 лет достигает 56% [5].

Среди факторов риска развития недержания мочи выделяют:

1) предрасполагающие:

- ✓ наследственность;
- ✓ особенности труда (недержание мочи чаще возникает у женщин, занятых физическим трудом);
- ✓ наличие неврологических заболеваний;
- ✓ анатомические нарушения;
- ✓ коллагеновый статус;

2) провоцирующие:

- ✓ роды;
- ✓ хирургические вмешательства на органах таза;
- ✓ повреждения тазовых нервов и/или мышц тазового дна;

3) способствующие:

- ✓ расстройства кишечника;
- ✓ избыточная масса тела;

✓ менопауза;

✓ инфекции нижних мочевыводящих органов;

✓ психический статус.

Дисфункция тазового дна причиняет тяжелые моральные страдания, снижает социальную активность женщины. Неудобство и смущение резко ухудшают качество жизни, в том числе сексуальной [2, 6].

### Диагностика

Для количественной оценки пролапса тазовых органов используют стандартизованную классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), разработанную ICS в 1996 г. Эта система предполагает измерение расположения точек на передней и задней стенках влагалища, шейке матки, в своде влагалища, определение расстояния от наружного отверстия уретры до заднего края гимена, расстояния между задним краем гимена и анальным отверстием, длины влагалища. Данная классификация, предусматривающая четыре степени пролапса тазовых органов, сложна и громоздка. В то же время она имеет преимущества: воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности), точность количественной оценки ряда анатомических ориентиров, в том числе проведенного лечения [7].

Диагностика пролапса тазовых органов и различных типов недержания мочи основана на тщательном выяснении анамнеза, анализе дневников мочеиспускания, данных анкетирования, результатах комбинированного уродинамического исследования, цистометрии, цистоуретроскопии, ультразвукового и рентгенографического исследований [8].

В урогинекологической практике используют опросники по недержанию мочи Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form

(ICIQ-SF), международный индекс оценки удержания мочи, анкету оценки качества жизни SF-36, опросник Кинга и др. Стандартным опросником для оценки сексуальной функции женщин с пролапсом органов малого таза и/или недержанием мочи считается Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-31). PISQ-12 – более краткая версия, которая рекомендована для применения в клинической практике. Наиболее распространенным способом диагностики сексуальных дисфункций является индекс женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index – FSFI).

Комбинированное уродинамическое исследование, признанное одним из самых эффективных методов дифференциальной диагностики типов недержания мочи, направлено на изучение состояния сократительной способности детрузора и замыкательной функции уретры и сфинктера. Урофлоуметрия – простой диагностический метод, позволяющий оценить скорость и время опорожнения мочевого пузыря. Результаты урофлоуметрии демонстрируют функциональное состояние детрузора и замыкательного аппарата уретры. Данная неинвазивная методика рекомендована в качестве рутинного скрининга при любых жалобах на нарушение мочеиспускания. Урофлоуметрия не требует специальной подготовки и предварительного обследования пациентки [9].

Для диагностики пролапса тазовых органов иногда используют ретроградную цистоуретрографию, кольпографию и проктографию в покое и при напряжении в прямой и боковой проекциях. Однако из-за опасности радиоактивного облучения, отсутствия четкой визуализации мягких тканей тазового дна, необходимости использования рентгеноконтрастных веществ данные методы не получили широкого применения.

Возможности трансвагинально-го ультразвукового исследования (УЗИ) достаточно высоки для уточнения расположения уретровезикального сегмента и определения сфинктерной недостаточности у пациенток со стрессовым типом недержания мочи. При УЗИ промежности можно установить локализацию дна мочевого пузыря, его расположение относительно верхнего края лона, измерить длину и диаметр уретры на всем протяжении, задний уретровезикальный угол ( $\beta$ ) и угол между уретрой и вертикальной осью тела ( $\alpha$ ), оценить конфигурацию шейки мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, положение шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу. При трехмерном моделировании ультразвукового изображения можно определить состояние внутренней поверхности слизистой оболочки, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечных срезах в верхней, средней и нижней трети уретры, провести осмотр шейки мочевого пузыря, визуализировать его внутренний «сфинктер» [10].

В настоящее время для оценки подвижности тазового дна широко применяется УЗИ тазового дна. К преимуществам такого метода относятся его доступность, отсутствие ионизирующего излучения, неинвазивность. Кроме того, не требуется специальной подготовки пациентки. Как правило, для определения подвижности тазового дна применяется сканирование промежности.

В одном из исследований оценивали подвижность тазового дна по динамике изменения объема пролапса от состояния покоя к состоянию напряжения (повышения внутрибрюшного давления/проба Вальсальвы) с помощью трехмерного сканирования промежности. Как показали результаты, подвижность тазового дна у больных, страдавших стрессовым недержанием мочи, почти в 1,6 раза превышала такую у пациенток без недержания

мочи. При сканировании тазовых органов у женщин без пролапса прирост его объема составил 28%, что свидетельствовало о нормальной подвижности тазового дна. В то же время у пациенток с бессимптомным пролапсом тазовых органов исследуемый показатель достигал 75%. Патологическая подвижность тазового дна начиная с показателя 52% прироста объема опущения требует профилактических мероприятий по укреплению мышц тазового дна (методика биологической обратной связи (БОС)) с последующим динамическим наблюдением. Исследователи сделали вывод, что в отличие от классификации POP-Q только трехмерное УЗИ дает полное представление о подвижности тазового дна у пациенток с выраженным пролапсом тазовых органов (третья-четвертая стадия по классификации POP-Q), которая варьируется в широких пределах. Именно поэтому степень натяжения и фиксации синтетического материала при выполнении хирургической коррекции, а также площадь сетчатого имплантата должны подбираться индивидуально в каждом случае с учетом резерва подвижности тазового дна.

Таким образом, УЗИ тазового дна помогает выявлять его патологическую подвижность до клинических проявлений пролапса, обеспечивает возможность проведения профилактических мероприятий и динамического наблюдения, а также позволяет определять функциональные резервы подвижности тазового дна при планировании хирургического лечения тазовых дисфункций [10].

В настоящее время для диагностики дисфункции тазового дна применяют широкий спектр цифровых перинеометров, влагалищных манометров и цифровых электромиографов.

Из новинок диагностического оборудования внимания заслуживает инновационный прибор Vaginal Tactile Imager, гарантиру-

ющий количественную и качественную оценку состояния мышц тазового дна в покое, во время сокращения и пробы Вальсальвы. С помощью этого прибора измеряют давление, силу и степень ригидности мышц, проводят мониторинг их состояния во время и после родов. Новейшая технология, по которой разработан чувствительный силиконовый датчик, позволяет преобразовать тактильные ощущения в компьютерное изображение в режиме реального времени. Прибор диагностирует ослабление тонуса мышц тазового дна, вагинизм, вульводинию, пролапс, разрывы мышц во время и после родов и другие патологические изменения тазового дна [11].

Итак, в силу многообразия клинической картины дисфункции тазового дна и вовлечения в патологический процесс соседних органов (кишечника, мочевого пузыря) подход к лечению пациенток должен быть мультидисциплинарным и предусматривать участие гинеколога, уролога, проктолога, сексолога, физиотерапевта.

## Лечение

Лечение пролапса гениталий осложняется тем, что самые тяжелые и часто рецидивирующие формы встречаются у пациенток пожилого и старческого возраста. Согласно данным американского исследования, распространенность пролапса гениталий увеличивается примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни [12].

Способов лечения данного заболевания много: поведенческая терапия, тренировки мышц тазового дна с помощью специальных устройств (влагалищные конусы, тренажеры Кегеля) и портативных приборов (Myself, MyoBravo, DoloBravo), медикаментозная терапия, хирургическая коррекция. По данным разных авторов, частота рецидивов пролапса после операции составляет 28–43%. Послеоперационные осложнения и высокий риск рецидивов требу-



ют разработки новых эффективных способов решения данной проблемы [13].

Современные аппаратные методики для лечения дисфункции тазового дна позволяют решить проблему консервативным путем, что актуально для пациенток с противопоказаниями к оперативному лечению, а также для молодых и активных женщин с легкой степенью опущения тазовых органов, или первой-второй степени недержания мочи [14].

Методы лечения дисфункции тазового дна подбирают индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания, показаний и противопоказаний.

Известный комплекс упражнений, предложенный Кегелем, доказал свою эффективность [15]. Нередко именно эти упражнения, выполняемые в домашних условиях, помогают женщинам избежать прогрессирования дисфункции мышц тазового дна, а следовательно, хирургического вмешательства [16].

Упражнения Кегеля дополняют наборы влагалищных тренажеров, представляющих собой грузы различной массы для длительного удерживания во влагалище. Примерами таких лечебных тренажеров служат влагалищные конусы (Yolana, Waker Step Free, Colpo Train и др.) и вагинальные шарики (K-balls, G-balls и др.). Комплект вагинальных конусов для укрепления мышц тазового дна состоит из четырех конусов. В зависимости от состояния мышц для тренинга используется конкретный конус. Тренинг с вагинальными конусами помогает развить ощущение мышц тазового дна и способствует их наращиванию. Благодаря специальной форме и весу введенный конус выскальзывает из влагалища. Мышцы тазового дна реагируют на это рефлексом сокращения (biofeedback-phenomenon) [17]. При регулярном тренинге мускулатура тазового дна уже через несколько недель заметно укрепляется.

Лечебные тренажеры с каждым годом становятся все более популярными. В связи с этим очень важно, чтобы аппаратные методики соответствовали не только сертификатам качества и безопасности, но и современным тенденциям.

Сегодня появляются тренажеры, которые подключаются через Bluetooth к приложению на смартфоне (Magic Kegel Master, G-balls). Приложение имеет множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера, созданных на основании различных показаний (в том числе дневника мочеиспускания). Имеются в виду подготовка к родам, послеродовому периоду, улучшение качества сексуальной жизни и т.д. [18].

На современном рынке медицинского оборудования представлено множество электромиостимуляторов для домашнего использования. Один из них MyoBravo – мультифункциональный нервно-мышечный стимулятор, разработанный в сотрудничестве с врачами, пациентами и спортсменами. Это современный двухканальный стимулятор, обеспечивающий одновременную работу четырех пар электродов (восемь поверхностных электродов) и при необходимости позволяющий применить зонд для лечения недержания мочи.

Особого внимания заслуживает метод тренировки мышц тазового дна (ТМТД) в режиме БОС, который является методом первой линии при лечении недержания мочи [15, 19]. Как показали данные метаанализа (88 рандомизированных исследований с участием 9721 женщины со стрессовой формой недержания мочи), посвященного сравнению различных методов лечения (БОС, электростимуляция мышц тазового дна, использование вагинальных конусов и шариков, тренировка мочевого пузыря, медикаментозная терапия (антидепрессанты)), наиболее эффективна (при проведении длительного курса) ТМТД, основанная на БОС [20].

За рубежом метод БОС начал успешно применяться в гастроэнтерологии и урогинекологии с 1970-х гг. БОС – это группа терапевтических процедур с использованием электронных или электромеханических инструментов, позволяющих оценить и обработать информацию о больных с целью усиления свойств нейромускульной и автономной деятельности, как нормальной, так и аномальной, в форме слуховых и/или визуальных сигналов обратной связи [21].

Метод ТМТД в режиме БОС направлен на восстановление тонуса мышц тазового дна, коррекцию замыкательной функции уретровезикальных сфинктеров, восстановление фаз физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря. ТМТД способствует улучшению кровообращения в органах малого таза и нормализации психоэмоционального статуса.

Обоснованное и комбинированное использование ТМТД может существенно улучшить качество жизни больных с легкой и средней степенью тяжести стрессового недержания мочи, которым не показано оперативное лечение, а также тем, у кого имеются противопоказания к проведению хирургического вмешательства. Благодаря появлению различных индивидуальных и стационарных физиотерапевтических приборов ТМТД стала намного комфортнее [22].

Современные устройства по ТМТД с использованием БОС представляют собой аппаратно-программные комплексы, позволяющие регистрировать и фиксировать тонус мышц тазового дна с помощью вагинальных и ректальных датчиков в виде электромиографии – сигналов в режиме реального времени. При проведении процедуры гарантируется, с одной стороны, контроль ее эффективности и адекватности, с другой – необходимая конфиденциальность.

Программное обеспечение устройств для ТМТД в режиме БОС помогает менять нагрузку и ди-

намику мышечных сокращений в соответствии с увеличением силы мышц. Благодаря дополнительным опциям в виде электромиостимуляции, включенным в аппаратные комплексы, расширяется спектр терапевтических возможностей метода. За время курса БОС-тренинга происходят обучение больных и формирование у них новых навыков [23, 24]. Одно из немаловажных преимуществ метода БОС – его безопасность. Данный вид терапии не имеет абсолютных противопоказаний. Относительные противопоказания связаны с физической или психологической невозможностью выполнения больными поставленной перед ними задачи. Эффективность ТМТД в режиме БОС повышается в сочетании с кинезиотерапией, дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой и плаванием [20, 25]. Пневматический тренажер мышц тазового дна (цифровой перинеометр) – оборудование, объединяющее современную пневматическую систему и технологию БОС. Данный перинеометр, разработанный на основе многолетних исследований особенностей женского организма, эффективно и безопасно помогает женщинам восстановить мышцы диафрагмы таза и укрепить их, что благотворно сказывается на состоянии здоровья и качестве сексуальной жизни [26]. Последние десятилетия возможности ТМТД последовательно и активно расширялись. В настоящее время востребован метод БОС в сочетании с электростимуляцией мышц тазового дна. Значимым событием стала презентация новейшего оборудования для ТМТД на 44-м ежегодном конгрессе ICS. Речь идет об уникальных приборах InTone и InToneMV, которые пациентки применяют самостоятельно. Принцип работы данных продуктов основан на сочетании электромиостимуляции и ТМТД в режиме визуальной, слуховой и тактильной БОС, что существенно повышает комплаенс. При-

боры эффективны не только при лечении дисфункции тазового дна, но и в случае профилактики ослабления тонуса мышц после родов. Исследователями из Бразилии установлено, что в результате проведения десяти получасовых сеансов два раза в неделю купируются симптомы недержания мочи, значительно увеличивается тонус и сила мышц тазового дна, улучшается качество сексуальной жизни [27].

Результаты отечественных исследований клинической эффективности метода БОС в сочетании с электростимуляцией мышц тазового дна у пациенток с легкой и средней степенью стрессового недержания мочи продемонстрировали эффективность комбинированного лечения. На первом этапе всем пациенткам в течение трех – пяти минут проводили электростимуляцию мышц тазового дна с целью выявления необходимых для тренировки групп мышц. Процедура БОС выполнялась на аппарате Urostim в течение 30 минут. Мультимедийная игровая программа повышала заинтересованность пациенток и эффективность тренировок. В результате сразу после лечения субъективно состояние улучшилось у 41 пациентки из 50. Эффективно через десять недель лечения наблюдалось увеличение среднего максимального внутриуретрального давления на 29%. Анализ визуальных аналоговых шкал показал улучшение на 49%. Данный комплексный подход улучшает прогноз, поскольку при обычной тренировке тазового дна пациентки не способны сокращать мышцы изолированно: вместо ожидаемого сокращения мышцы *m. levator ani* сокращаются прямая мышца живота, ягодичные, бедренные мышцы, что приводит к повышению внутрибрюшного давления [13].

В России на протяжении почти 20 лет у пациенток с опущением или выпадением половых органов используются пессарии [28]. При стрессовом типе недержания мочи эффективны специ-

альные чашечно-уретральные пессарии. При одновременном применении пессариев и эстриола повышается эффективность лечения дисфункции тазового дна в менопаузе, что способствует физиологической пролиферации тканей и сохранению баланса микроценоза влагалища [29]. Использование пессариев должно сочетаться с установленным режимом мочеиспускания. Это увеличивает терапевтический эффект. Подбор пессария в зависимости от вида и степени пролапса, а также возможность самостоятельного введения делает данный метод лечения незаменимым в урогинекологической практике.

Сегодня в практической медицине широко распространены лазерные технологии. В гинекологической практике их активное использование началось в конце 1980-х гг. CO<sub>2</sub>-лазеры, эрбиевые, диодные и оптоволоконные лазерные системы применяются при оперативных вмешательствах. Лазерные системы используют при недержании мочи, атрофии слизистой оболочки влагалища, а также для интимного омоложения. В результате лазерного воздействия укорачиваются межмолекулярные поперечные связи тройной спирали коллагена, что приводит к мгновенному сокращению волокон на две трети их длины по сравнению с состоянием до процедуры. Нагревание коллагена вызывает его мгновенное сокращение, волокна становятся короче и толще. Помимо мгновенной реакции сокращения коллагена в тканях запускаются процессы реконструкции коллагеновых волокон и неоколлагенеза. В результате обработанная ткань обогащается новым, молодым коллагеном, становится упругой и эластичной.

Технологии IncontiLase и IntimaLase (Словения) применяются с 2009 г. За прошедший период в мире не зарегистрировано ни одного случая осложнений от данного вида лечения. В настоящее время метод приме-



няется в 34 российских лечебных учреждениях [30].

Для ремоделирования коллагена используется также фракционный углекислотный лазер Дека (Италия) (длина волны излучения 10,6 мкм). Под воздействием термического углекислотного лазера эффективно увеличиваются секреция факторов роста фибробластов и регуляция синтеза коллагена, препятствующая чрезмерному фиброзу. Накопленный опыт демонстрирует высокую эффективность и перспективность данного метода при лечении легкой степени опущения тазовых органов и недержания мочи в сочетании с инволютивными процессами женских половых органов [31].

Использование перечисленных методик с менопаузальной гормональной терапией позволяет достигать высокого терапевтического эффекта у пациенток с сексуальными дисфункциями в сочетании с дисфункцией тазового дна.

При наличии urgentных позывов и urgentного недержания мочи необходима дополнительная фармакотерапия, направленная на снижение симптоматики и улучшение качества жизни. Согласно рекомендациям ICS, препаратами выбора в этом слу-

чае считаются М-холинолитики. К наиболее часто применяемым представителям этой группы относится селективный ингибитор М<sub>3</sub>-холинорецепторов солифенадин. Препарат снижает частоту мочеиспусканий, urgentных позывов и недержания мочи и характеризуется оптимальным профилем переносимости по сравнению с другими М-холинолитиками. Обычная стартовая доза – 5 мг один раз в день. При необходимости ее можно увеличить до 10 мг/сут.

Появился новый класс препаратов для лечения симптомов гиперактивности мочевого пузыря – бета-3-адреномиметики. Единственный на сегодняшний день представитель этой группы – мирабегрон – отличается лучшей переносимостью по сравнению с М-холинолитиками и не уступает им по эффективности. Мирабегрон рекомендуется как первичным больным, так и тем, кто уже принимал ранее М-холинолитики, но прекратил прием из-за нежелательных явлений или недостаточной эффективности. Препарат назначается в дозе 50 мг/сут.

Обычно оценку результатов при назначении М-холинолитиков или мирабегрона проводят через месяц и продолжают терапию

длительное время, так как после отмены препаратов симптомы могут возобновиться.

### Заключение

Современные достижения науки позволяют осуществлять дифференцированный индивидуальный подход к лечению сложных урогинекологических заболеваний с учетом решения не только медицинских, но и социальных проблем, стоящих перед врачом. Лечение невозможно без комплексного и всестороннего подхода – определяющего фактора успеха лечения и улучшения качества жизни.

Аппаратные методики лечения дисфункций мышц тазового дна – один из важнейших способов снижения количества оперативных вмешательств в урогинекологии. Возможность консервативного лечения в случае недержания мочи и пролапса гениталий способствует росту обращаемости больных к специалисту, а возможность индивидуального использования в амбулаторных условиях большинства методик – увеличению комплаенса. Активное внедрение современного подхода к тактике ведения пациентов с дисфункциями мышц тазового дна позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить затраты на лечение. ❧

### Литература

1. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. № 1. С. 77–79.
2. Шкарупа Д.Д. Недержание мочи и опущение тазовых органов у женщин. М.: МЕДпресс-информ, 2015.
3. Аполихина И.А., Кулаков В.И. Недержание мочи у женщин: клиника, диагностика, лечение. Поликлиническая гинекология (клинические лекции) / под ред. В.Н. Прилепской. 2-е изд., доп. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
4. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л. и др. Медикаментозная комбинированная терапия стрессового недержания мочи у женщин в климактерическом периоде // Гинекология. 2001. Т. 3. № 3. С. 102–106.
5. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type // J. Am. Geriatr. Soc. 1998. Vol. 46. № 4. P. 473–480.
6. Аполихина И.А., Константинов В.В., Деев А.Д. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 32–36.
7. Крот И.Ф., Захаренкова Т.Н. Этиопатогенетические аспекты пролапса тазовых органов. Оптимизация хирургического лечения // Проблемы здоровья и экологии. 2013. № 1. С. 17–21.
8. Серов В.Н., Кира Е.Ф., Аполихина И.А., Антонова И.Б. Гинекология. Руководство для врачей. М.: Литтерра, 2008. С. 576–600.
9. Горбунова Е.А., Аполихина И.А. Атрофический цистуретрит как одна из граней генитоуринарного синдрома // Эффективная фармакотерапия. 2015. Вып. 36. Акушерство и гинекология. № 4. С. 32–39.
10. Касян Г.Р., Тупкина Н.В., Пушкарь Д.Ю. Оценка подвижности тазового дна у женщин с недержанием мочи и пролапсом гениталий с использованием трехмерного моделирования // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 3. С. 70–75.

11. Van Raalte H., Egorov V. Tactile imaging markers to characterize female pelvic floor conditions // *Open J. Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 5. № 9. P. 505–515.
12. Мгелиаивили М.В., Буянова С.Н., Марченко Т.Б., Рижинашвили И.Д. Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте // *Альманах клинической медицины.* 2015. № 37. С. 118–122.
13. Аполихин О.И., Ромих В.В., Кукушкина Л.Ю. и др. Применение метода биологической обратной связи при стрессовом недержании мочи у женщин // *Экспериментальная и клиническая урология.* 2010. № 4. С. 50–53.
14. García-Sánchez E., Rubio-Arias J.A., Ávila-Gandía V. et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: a current review // *Actas Urol. Esp.* 2016. Vol. 40. № 5. P. 271–278.
15. Park S.H., Kang C.B., Jang S.Y., Kim B.Y. Effect of Kegel exercise to prevent urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: systematic review // *J. Korean Acad. Nurs.* 2013. Vol. 43. № 3. P. 420–430.
16. Cavkaytar S., Kokanali M.K., Topcu H.O. et al. Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence // *J. Obstet. Gynaecol.* 2015. Vol. 35. № 4. P. 407–410.
17. Glazer H.I., Laine C.D. Pelvic floor muscle biofeedback in the treatment of urinary incontinence: a literature review // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2006. Vol. 31. № 3. P. 187–201.
18. Myint M., Adam A., Herath S., Smith G. Mobile phone applications in management of enuresis: the good, the bad, and the unreliable! // *J. Pediatr. Urol.* 2016. Vol. 12. № 2. P. 112.e1–6.
19. Herderschee R., Hay-Smith E.J., Herbison G.P. et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 7. CD009252.
20. Imamura M., Abrams P., Bain C. et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence // *Health Technol. Assess.* 2010. Vol. 14. № 40. P. 1–188.
21. Schwartz M. *Biofeedback: a practitioner's guide.* 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press, 1995.
22. Аполихина И.А., Кубицкая Ю.В. Применение тренировок мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи для лечения недержания мочи у женщин // *Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология.* 2013. № 1. С. 26–31.
23. Стеняева Н.Н., Аполихина И.А., Хритинин Д.Ф. Биологическая обратная связь в реабилитации женщин с дисфункцией тазового дна: урогинекологические и сексологические аспекты // *Гинекология.* 2013. Т. 15. № 2. С. 85–88.
24. Богданов О.В., Пинчук Д.Ю., Михайленок Е.Л. Эффективность различных форм сигналов обратной связи в ходе лечебных сеансов ФБУ // *Физиология человека.* 1990. Т. 16. № 1. С. 13–17.
25. Ермакова Е.И., Кубицкая Ю.В., Балан В.Е., Аполихина И.А. Биологическая обратная связь в лечении недержания мочи у женщин // *Акушерство и гинекология.* 2013. № 12. С. 92–95.
26. Riesco M.L., Caroci Ade S., de Oliveira S.M., Lopes M.H. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation // *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2010. Vol. 18. № 6. P. 1138–1144.
27. Guralnick M.L., Kelly H., Engelke H. et al. InTone: a novel pelvic floor rehabilitation device for urinary incontinence // *Int. Urogynecol. J.* 2015. Vol. 26. № 1. P. 99–106.
28. Эберхард И., Гайсбюлер В. Применение пессариев в урогинекологии и акушерстве. Ханс Марсель Мюнхен, 2002. С. 119–133.
29. Yoshimura K., Morotomi N., Fukuda K. et al. Effects of pelvic organ prolapse ring pessary therapy on intravaginal microbial flora // *Int. Urogynecol. J.* 2016. Vol. 27. № 2. P. 219–227.
30. Vizintin Z., Lukac M., Kazic M., Tettamanti M. Erbium laser in gynecology // *Climacteric.* 2015. Vol. 18. Suppl. 1. P. 4–8.
31. Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Одинокова В.А. Малоинвазивные инновационные лазерные технологии в гинекологической практике // *Акушерство и гинекология.* 2014. № 11. С. 17–22.

### Pelvic Floor Dysfunction: Modern Principles of Diagnostics and Treatment

I.A. Apolikhina<sup>1,2</sup>, Ye.G. Dodova<sup>1</sup>, Ye.A. Borodina<sup>2</sup>, A.S. Saidova<sup>1</sup>, Ye.V. Filippenkova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

<sup>2</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Inna Anatolyevna Apolikhina, i\_apolikhina@oparina4.ru

*Here we provide contemporary data on epidemiology, etiology, diagnostic approaches and conservative therapeutic methods of various pelvic disorders in women, in particular, pelvic organ prolapse, urinary incontinence, pelvic pain, and sexual dysfunctions. Special attention was paid to pelvic floor muscle training exercises in a biofeedback mode as well as opportunities provided by modern equipment aimed at its improvement.*

**Key words:** pelvic floor dysfunction, pelvic organ prolapse, urinary incontinence, chronic cystourethritis, sexual disorders



## ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ НА 2016 ГОД

28-29 ЯНВАРЯ   ВОЛГОГРАД	2 СЕНТЯБРЯ   ПЕТРОПАВЛОВСК-КАМЧАТСКИЙ
4-5 ФЕВРАЛЯ   МО (БАЛАШИХА)	12 СЕНТЯБРЯ   ЮЖНО-САХАЛИНСК
25-26 ФЕВРАЛЯ   ТВЕРЬ	29-30 СЕНТЯБРЯ   КАЛИНИНГРАД
3-4 МАРТА   АСТРАХАНЬ	13-14 ОКТЯБРЯ   КРАСНОЯРСК
10-11 МАРТА   МИНСК (РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ)	<b>19-21 ОКТЯБРЯ   САНКТ-ПЕТЕРБУРГ III СЪЕЗД АААР</b>
31 МАРТА- 1 АПРЕЛЯ   ТОЛЬЯТТИ	10-11 НОЯБРЯ   ЧЕБОКСАРЫ
14-15 АПРЕЛЯ   БАРНАУЛ	24-25 НОЯБРЯ   НОВОСИБИРСК
19-20 АПРЕЛЯ   НАЛЬЧИК	1-2 ДЕКАБРЯ   УФА
24-25 МАЯ   МАХАЧКАЛА	15-16 ДЕКАБРЯ   УЛЬЯНОВСК
3-4 ИЮНЯ   ВЛАДИВОСТОК	22-23 ДЕКАБРЯ   ЯРОСЛАВЛЬ
16-17 ИЮНЯ   ИРКУТСК	
23-24 ИЮНЯ   СИМФЕРОПОЛЬ	

### 19-21 ОКТЯБРЯ 2016 ГОДА

### ВТОРОЙ СЪЕЗД

### АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

	С 01.01.2016-31.03.2016	С 01.04.2016-19.09.2016*
СТОИМОСТЬ УЧАСТИЯ	3000	4000
ДЛЯ ЧЛЕНОВ АААР	2500	3500

\* 19 СЕНТЯБРЯ 2016 ГОДА ЗАВЕРШАЕТСЯ ПРИЕМ ОПЛАТЫ И ЗАЯВОК НА УЧАСТИЕ.



МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, пл.Победы, д.1, ОТЕЛЬ **park inn** ПУЛКОВСКАЯ

#### КОНТАКТЫ:

[www.arfpoint.ru](http://www.arfpoint.ru)

по вопросам участия:

по вопросам научной программы:

по вопросам спонсорства:

по техническим вопросам:

Лариса Данилова

Ольга Мямишева

Евгения Арлюк

Даниил Семёнов

e-mail: [reg@arfpoint.ru](mailto:reg@arfpoint.ru)

e-mail: [arf@arfpoint.ru](mailto:arf@arfpoint.ru)

e-mail: [aaar@arfpoint.ru](mailto:aaar@arfpoint.ru)

e-mail: [teh@arfpoint.ru](mailto:teh@arfpoint.ru)

тел.: +7 (925) 904-77-64

тел.: +7 (926) 875-41-94

тел.: +7 (926) 379-67-05

тел.: +7 (925) 361-95-98

# Бесплодный брак: алгоритмы диагностики и лечения

Т.В. Овсянникова, И.А. Куликов

Адрес для переписки: Татьяна Викторовна Овсянникова, dr.otoma@yandex.ru

*Актуальность проблемы диагностики и лечения бесплодного брака объясняется высокой частотой этой патологии среди супружеских пар репродуктивного возраста. В статье приводятся алгоритмы обследования и лечения бесплодных супружеских пар.*

**Ключевые слова:** бесплодный брак, диагностика, лечение

**Б**есплодный брак – это отсутствие беременности у супругов детородного возраста в течение одного года регулярной половой жизни без контрацепции [1]. Частота бесплодных браков составляет 8–17% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в мире регистрируется 2–2,5 млн новых случаев мужского и женского бесплодия [1–3]. Снижение эффективности лечения бесплодия в России обусловлено следующими факторами [4, 5]:

- отсутствие у врачей, занимающихся проблемой бесплодного брака, полной информации о программах и современных методах лечения;
- недостаточное количество квалифицированных специалистов;
- отсутствие взаимодействия между врачами женских консультаций, центров планирования семьи и гинекологических стационаров, занимающихся лечением бесплодия, с одной стороны, и специалистами центров вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – с другой.

Важными параметрами, влияющими на эффективность лечения бесплодия, являются возраст женщины и длительность бесплодного брака. Так, если в популяции у женщин до 30 лет в течение одного года регулярной половой жизни без предохранения спонтанная беременность наступает в 80% случаев, до 40 лет – в 25%,

то после 40 лет – не более чем в 10% [3, 6].

Факторы, которые относят пациенток в группу риска в отношении возможного бесплодия:

- возраст старше 35 лет;
- длительность бесплодия в этом и предыдущих браках более пяти лет;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- нейроэндокринные нарушения менструального цикла;
- инфекции, передаваемые половым путем, перенесенные до брака и в этом браке; генитальный эндометриоз;
- неоднократные оперативные вмешательства на женских половых органах, особенно проведенные лапаротомическим доступом (удаление кист яичников, tuboовариальных воспалительных образований, пластика маточных труб, внематочная беременность, миомэктомия).

Такие пациентки нуждаются в углубленном обследовании, даже если при обращении в лечебное учреждение они не ставят вопрос о лечении бесплодия (активное выявление потенциально бесплодных супружеских пар).

Проводя обследование и лечение бесплодной супружеской пары, следует учитывать:

- ✓ при соблюдении алгоритма диагностики бесплодия (ВОЗ,

1997) причины бесплодия должны быть установлены в течение двух-трех месяцев с момента обращения супружеской пары;

- ✓ гинеколог и уролог-андролог работают совместно, проводя одновременное обследование обоих супругов и постоянно сравнивая результаты обследования;
- ✓ после уточнения диагноза длительность непрерывного лечения бесплодия до применения ВРТ не должна превышать 1–1,5 года;
- ✓ в зависимости от причины бесплодия в браке средняя частота наступления беременности при применении традиционных методов терапии до программ ВРТ составляет 30–35% (от 0 до 90% в зависимости от факторов бесплодного брака);
- ✓ в случае неэффективности проводимой традиционной терапии в течение 1–1,5 года решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

## 1. Алгоритм обследования женщин с бесплодием [1, 5]

**1.1. Анамнез:** сведения о количестве браков, характере бесплодия (первичное/вторичное), длительности бесплодия, количестве беременностей в браках, их исходах и осложнениях. Особенности менструальной функции, нарушения менструального цикла, вероятные причины и длительность. Анализ предыдущего обследования и лечения, применения противозачаточных средств и лекарственных препаратов, влияющих на фертильность. Экстрагенитальные заболевания и оперативные вмешательства, в том числе гинекологические; воспалительные заболевания органов малого таза (этиологические



факторы, особенности клинического течения, количество эпизодов). Особенности влияния факторов окружающей среды, профессиональных вредностей, вредные привычки (алкоголь, наркотики).

1.2. *Клиническое обследование*: определение индекса массы тела; наличие гирсутизма; степень развития молочных желез и выделения из них; состояние щитовидной железы, кожных покровов и слизистых; оценка общего состояния, гинекологический статус.

1.3. *Инфекционный скрининг* (проводится согласно приказу Минздрава России № 572н): мазок на степень чистоты, ПЦР-диагностика *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и вируса папилломы человека высокого риска, бактериологический посев для определения микрофлоры влагалища и чувствительности ее к антибиотикам. При наличии показаний назначаются посевы на *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* [7, 8].

1.4. *TORCH-комплекс*: определение антител (иммуноглобулинов – Ig G и M к краснухе, токсоплазмозу, вирусу простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусу. В случае отсутствия IgG антител к краснухе следует сделать прививку.

1.5. *Гормональный скрининг*: определение уровней пролактина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, эстрадиола, тестостерона, кортизола, 17-гидроксипрогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата, тиреотропного гормона, свободного тироксина (на второй-третий день цикла при регулярных менструациях и на любой день – при нарушениях менструального цикла) и прогестерона при регулярном менструальном цикле на 21–23-й день цикла [3, 4, 9].

1.6. *Ультразвуковое исследование органов малого таза*. Ультразвуковое исследование молочных желез всем женщинам до 36 лет и щитовидной железы (при наличии показаний).

1.7. *Рентгенологические методы*: краниограмма, компьютерная и магнитно-резонансная томография – при подозрении на опухоль головного мозга, гистеросальпингография, маммография (женщинам старше 36 лет).

1.8. *Иммунологические методы*: определение антител IgG, IgM, IgA в цервикальной слизи.

1.9. *Эндоскопические методы*: лапароскопия и гистероскопия с последующей биопсией эндометрия при наличии патологии эндометрия и последующим гистологическим исследованием соскобов [7, 8].

Если программа обследования выполнена не полностью, диагноз бесплодия у женщины не может считаться достоверным, а лечение заведомо будет безуспешным.

## 2. Алгоритмы диагностики мужского бесплодия [1, 3, 6]

2.1. *Анамнез*: количество браков; первичное/вторичное бесплодие; длительность бесплодия; предыдущее обследование и лечение по поводу бесплодия; системные заболевания (сахарный диабет, нервные и психические заболевания, туберкулез); лекарственные и другие методы терапии, влияющие на фертильность; оперативные вмешательства на органах уrogenитального тракта; инфекции, передаваемые половым путем; врожденная и приобретенная патология репродуктивной системы; сексуальная и эякуляторная дисфункция; экологические факторы, профессиональные вредности и вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики).

2.2. *Клиническое обследование*: измерение роста и массы тела; определение наличия признаков гипогонадизма, гинекомастии; андрологическое обследование гениталий, паховой области и предстательной железы.

2.3. *Инфекционный скрининг*: см. алгоритм обследования женщин.

2.4. *Другие лабораторные методы*: исследование эякулята (развернутая спермограмма), МАР-тест, клинические анализы крови и мочи (по показаниям), анализ секрета простаты.

2.5. *Дополнительные методы исследования*: определение уровней пролактина, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона; термография мошонки; краниограмма (при подозрении на аденому гипофиза); тестикулярная биопсия.

Как правило, частота женского бесплодия составляет 70–75%, мужского – 35–40%.

Сочетание женского и мужского бесплодия встречается у 30–35% супружеских пар.

## 3. Этапы терапии в зависимости от причин бесплодного брака

3.1. *Трубно-перитонеальный фактор*. Реабилитации и консервативному лечению (терапия антибиотиками, физиотерапия, бальнеолечение) в течение 6–12 месяцев подлежат пациентки после лапароскопической коррекции спаечного процесса первой-второй степени по классификации Hulk и при проходимых маточных трубах. В случае отсутствия беременности повторное оперативное лечение не показано и супружеская пара направляется в клинику ЭКО. При наличии гидросальпингосов, по возможности восстановить проходимость маточных труб, третьей-четвертой степени спаечного процесса сразу показана программа ЭКО [7, 10].

### 3.2. Эндометриоз

3.2.1. После лапароскопического удаления очагов эндометриоза, эндометриоидных кист яичников и сальпингоовариолизиса (при спаечном процессе в малом тазу) в течение трех – шести циклов в зависимости от стадии эндометриоза проводится терапия прогестагенами в непрерывном режиме, агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона, даназолом, эстроген-гестагенными препаратами. В случае отсутствия беременности в течение 12 месяцев после завершения комплексной терапии решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику ЭКО.

3.2.2. При третьей-четвертой степени спаечного процесса, нарушении проходимости маточных труб, невозможности полностью ликвидировать спаечный процесс на фоне проводимой патогенетически обоснованной терапии или сразу после ее окончания показаны ВРТ.

3.3. *Мужской фактор бесплодия*. В зависимости от показателей спермограммы и результатов клинического обследования мужа возможно проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа или донора в течение трех – шести циклов на фоне стимуляции овуляции у жены. При неэффективности терапии показано ЭКО, нередко

с проведением процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку.

3.4. *Сочетанное женское и мужское бесплодие.* Учитывая ранее проводимое длительное и безуспешное лечение, а также возраст пациентки (старше 35 лет), сразу после уточнения факторов бесплодия показано проведение ЭКО.

3.5. *Эндокринные формы бесплодия*  
3.5.1. При отсутствии патологии маточных труб и спаечного процесса в малом тазу, учитывая характер гормональных нарушений (классификация ановуляции ВОЗ, 1998), показана терапия агонистами дофаминовых рецепторов [4, 11]. Стимуляция овуляции по стандартным протоколам проводится в течение 1–1,5 года

[12–14]. В случае отсутствия адекватного стимулирующего эффекта в течение трех – шести циклов и подозрения на снижение фолликулярного запаса яичников пациентка направляется в клинику ЭКО.

3.5.2. При сочетании эндокринных форм бесплодия с трубно-перитонеальным фактором вопрос о терапии решается в зависимости от характера органической патологии [8, 10, 15].

\*\*\*

Без предварительного обследования по предложенным алгоритмам в клинику ЭКО рекомендуется направлять супружеские пары в следующих случаях [10]:

- хирургическое удаление обеих маточных труб;

- нарушение проходимости маточных труб по данным гистеросальпингографии;
  - синдром резистентных или истощенных яичников;
  - мужской и иммунный фактор бесплодия;
  - возраст женщины старше 35 лет, независимо от выявленной патологии;
  - длительность бесплодного брака более пяти лет и неэффективность ранее проводимой терапии;
  - настоятельное желание пациентки воспользоваться методами ВРТ.
- Супружескую пару должны предупредить о возможном дополнительном обследовании после консультации специалистами клиники ЭКО. ☺

## Литература

1. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар. М.: МедПресс, 1997.
2. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: МЕДпресс-информ, 2015. С. 8–48, 95–122, 156–178, 247–278.
3. Чен П.Т., Гоулдстайн М., Роузенвекс З. Секреты репродуктивной медицины. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 17–261, 279–352.
4. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Камилова Д.П. Бесплодный брак: принципы диагностики и лечения // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 7–9.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Овсянникова Т.В. и др. Алгоритмы диагностики и лечения бесплодия в браке. М., 2008.
6. Oxford handbook of reproductive medicine and family planning / ed. by E. McVeig, R. Homburg, J. Guillebaud. Oxford: Oxford University Press, 2008. P. 57–72, 89–102, 133–137.
7. Феоктистов А.А., Овсянникова Т.В., Камилова Д.П. Роль хронического эндометрита в клинике женского бесплодия // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 10–13.
8. Infertility in Practice / ed. by A.H. Balen, Y.S. Jacobs. London: Churchill Livingstone, 2004. P. 133–299.
9. Santoro N.F., Neal-Perry G. Amenorrhea (a case-based, clinical guide). New York: Springer, 2010.
10. Корсак В.С. Сегодня существуют технологии, позволяющие вылечить бесплодие // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 4–7.
11. Дзеранова Л.К., Илловойская И.А. Диагностика и лечение гиперпролактинемии: клинические рекомендации Международного эндокринологического общества и взгляд российских экспертов // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 28–34.
12. Чернуха Г.Е., Каприна Е.К., Найдуклова А.А. Новые возможности коррекции нарушений функции репродуктивной системы при синдроме поликистозных яичников // Медицинский совет. 2015. № 9. С. 34–38.
13. Homburg R. Ovulation induction and controlled ovarian stimulation. A practical guide. New York: Springer, 2014.
14. Step by step ovulation induction / ed. by S. Ghuman. 2<sup>nd</sup> ed. Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2014.
15. Aytac P.C., Bulgan K., Haydardedeoglu B. Luteal phase support after mild ovulation induction with intrauterine insemination: an on-going debate // Gynecol. Endocrinol. 2016. Vol. 5. [Epub. ahead of print].

## Sterile Marriage: Algorithms for Diagnostics and Treatment

T.V. Ovsyannikova, I.A. Kulikov

Peoples' Friendship University of Russia  
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Tatyana Viktorovna Ovsyannikova, dr.otoma@yandex.ru

Significance of diagnostics and treatment of sterile marriage is explained by its high rate among married couples of reproductive age. Here, algorithms for examination and treatment of sterile married couples are presented.

**Key words:** sterile marriage, diagnostics, treatment



17 - 20 СЕНТЯБРЯ 2016, МОСКВА

# XV СЪЕЗД ФЕДЕРАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

Ключевой вопрос

## Оптимизация управления ресурсами и качеством в анестезиологии и реаниматологии

### В ПРОГРАММЕ СЪЕЗДА

- Анестезиолого-реаниматологические аспекты реализации программ реформирования системы оказания медицинской помощи населению РФ
- Проблема безопасности в анестезиологии и реаниматологии
- Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве, неонатологии и педиатрии, кардиохирургии и кардиологии, торакальной хирургии, в нейрохирургии и неврологии, педиатрической практике, при механической и термической травме
- Новое в анестезиологии и реаниматологии
- Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности
- Патофизиология и интенсивная терапия шока
- Регионарная анестезия и лечение боли
- Новые подходы и технологии в клинической анестезиологии
- Новые концепции и методы в интенсивной терапии
- Эфферентные технологии в интенсивной терапии
- Инфузионно-трансфузионная терапия и технологии кровесбережения
- Нутриционная поддержка и клиническое питание
- Подготовка и непрерывное профессиональное развитие специалистов

Стратегический партнер



Официальный партнер



Генеральные спонсоры



abbvie

**Baxter**

Официальные спонсоры



Конгресс-оператор «СТО Конгресс»  
Проектный менеджер Лилия Обухова  
Телефон: +7 (495) 646-01-55  
E-mail: far2016@ctogroup.ru

Спонсоры



**WWW.FAR2016.RU**

# Цитомегаловирусная инфекция и беременность (прегравидарная подготовка и терапия)

Н.А. Короткова, В.Н. Прилепская

Адрес для переписки: Наталья Александровна Короткова, korotckowa.n@yandex.ru

В статье представлены результаты исследований, направленных на изучение цитомегаловирусной инфекции у беременных, ее патогенеза, клиники, диагностики, терапии. Даны рекомендации по прегравидарной подготовке женщин с цитомегаловирусной инфекцией.

**Ключевые слова:** вирусная инфекция, цитомегаловирусная инфекция, иммуноглобулин, интерферон, беременность, новорожденный

## Цитомегаловирусная инфекция и иммунная система

Проблема цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) сохраняет актуальность в настоящее время. Необходимость изучения ЦМВИ обусловлена ее широким распространением и тем, что ЦМВ способен вызывать различные нарушения у новорожденных и детей, матери которых перенесли ЦМВИ во время беременности.

Возбудителем ЦМВИ является условно-патогенный агент, типичный антропоноз, относящийся к семейству *Herpesviridae*, подсемейству *Betaherpesvirinae* – *Human herpesvirus 5* (официальное название). Общепринятое название – *Cytomegalovirus*. ЦМВ отличается:

- способностью инфицировать практически все клетки организма человека, что обуславли-

вает многообразие клинических проявлений;

- низкой тканевой избирательностью;
- медленной репликацией;
- относительно низкой вирулентностью;
- высокой степенью зависимости от состояния иммунитета и способностью подавления клеточного иммунитета;
- пожизненной персистенцией в организме хозяина;
- периодической реактивацией;
- неопределенностью момента и путей инфицирования.

Цитомегалия кодируется по МКБ-10 как:

- B25. Цитомегаловирусная болезнь;
- B25.0. Цитомегаловирусная пневмония;
- B25.1. Цитомегаловирусный гепатит;

- B25.2. Цитомегаловирусный панкреатит;
- B25.8. Другие цитомегаловирусные болезни;
- B25.9. Неуточненная цитомегаловирусная болезнь;
- O35.3. Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери.

Важную роль в патогенезе ЦМВИ играет иммунная система. Первая противовирусная защитная граница организма – это врожденный иммунитет. Однако в отличие от приобретенного иммунитета он не дает продолжительной и надежной защиты хозяину. При первичном взаимодействии вирусом противостоят защитные барьеры (эпителий кожи и слизистые оболочки). Важным врожденным способом защиты организма против вирусов является РНК-интерференция [1, 2]. Система приобретенного иммунитета, сталкиваясь с вирусом, образует специфические антитела, которые присоединяются к вирусу и часто делают его безвредным. Наиболее важными являются два типа антител. Первый – иммуноглобулин (Ig) класса М обладает высокой эффективностью в нейтрализации



вирусов, но образуются клетками иммунной системы лишь в течение нескольких недель. Синтез второго – IgG продолжается неопределенно долго. Присутствие IgM в крови свидетельствует об острой инфекции, IgG – об инфекции, перенесенной в прошлом [3–6].

Второй защитный противовирусный механизм – клеточный иммунитет, включающий в себя иммунные клетки – Т-лимфоциты. Важной защитной реакцией является также продукция интерферона, который образуется в организме в ответ на присутствие вируса. Интерфероны подавляют внутриклеточные этапы репродукции вирусов в зараженных клетках, обеспечивают невосприимчивость к вирусам окружающих здоровых клеток, предотвращают диссеминацию вирусов в организме, прекращают образование новых вирусов пораженными клетками, убивая их [2, 7, 8].

### Эпидемиология

Заболеть ЦМВИ эндемична и не подвержена сезонным колебаниям. В Европе ЦМВИ занимает ведущее место среди врожденных вирусных инфекций. Распространенность антител к ЦМВ среди женщин детородного возраста колеблется в регионах мира от 40 до 100% [3, 9–11]. В Российской Федерации, по данным различных авторов, частота выявления маркеров ЦМВИ у женщин достигает 90%. Среди женщин старше 30 лет инфицированы 98%. Частота серопозитивного ответа среди беременных в Японии составляет 95%, в Китае – 92%, в Израиле – 84%, в Австралии – 71%, во Франции – 50% [3, 4, 7, 11].

В Западной Европе на 1000 родов приходится три – пять случаев врожденной ЦМВИ [1, 12]. Частота трансплацентарного инфицирования новорожденных в разных странах, по данным литературы, колеблется от 0,2 до 14%. Особо следует отметить, что у 0,2–2,2% новорожденных диагностируют внутриутробное

заражение ЦМВИ с развитием в последующие годы тяжелых психомоторных и соматических нарушений [3, 13]. При первичной инфекции во время беременности заражение плода наступает в 30–40% случаев, а по некоторым данным, может достигать 75% [2, 10, 13].

Частота ЦМВИ выше в развивающихся странах среди населения с низким социально-экономическим уровнем [1, 4, 7, 9].

К группам повышенного риска по заражению ЦМВ относятся:

- беременные;
- недоношенные дети;
- новорожденные;
- дети раннего возраста;
- реципиенты крови и органов;
- онкологические больные;
- гематологические больные;
- больные СПИДом и ВИЧ-инфицированные;
- пациенты с иммунодефицитом различной этиологии;
- гомосексуалисты;
- медицинские работники.

### Патогенез

Патогенетические механизмы развития ЦМВИ зависят от дозы вируса, путей заражения, возраста пациента, генетических особенностей.

ЦМВ присутствует в крови у большинства людей. Источником вируса могут служить моча, секрет из носоглотки, цервикальная слизь и влагалищный секрет, сперма, грудное молоко, слезы, слюна, кровь. Иначе говоря, ЦМВ может передаваться при кормлении, трансфузии крови и ее препаратов, контактах с секретами и экскретами, оседающими на игрушках и предметах обихода, через все биологические жидкости и выделения организма (слюна, моча и др.), при кашле (контактно-бытовой путь заражения), также возможен сексуально-трансмиссивный путь инфицирования [12, 14].

Отличительной особенностью ЦМВ является то, что, попав в организм человека, имеющего нормальный иммунитет, он внедряется в чувствительные к нему

клетки и надолго там консервируется. ЦМВ может персистировать в лейкоцитах крови, эндотелии сосудов, слюнных железах, почках и в других органах. Вирус пребывает в неактивном состоянии, поскольку нормальное состояние иммунной системы является для него непреодолимым препятствием [2, 7, 12]. При значительном снижении иммунитета ЦМВ активизируется, разрушает ядра клеток, в которых «прятался», и другие внутриклеточные структуры. В результате клетка притягивает к себе жидкость, разбухает и приобретает характерный вид, из-за чего получила название «совиный глаз» [1, 3, 9, 15, 16].

### Клиническая картина

Как правило, при ЦМВИ нет клинических проявлений или имеется скудная неспецифическая симптоматика. Инкубационный период составляет 30–40 дней, минимальный инкубационный период равен двум неделям, максимальный – трем месяцам. При клинически выраженной ЦМВИ развиваются температурная реакция (38–40 °С), которая может длиться две-три недели, гепатомегалия, спленомегалия, аденопатия. Значительно реже у больных возникают интерстициальная пневмония, миокардит, перикардит, полирадикулоневрит, миелит, менингоэнцефалит, гемолитическая анемия, тромбоцитопения. В 1989 г. сотрудниками Института вирусологии им. Д.И. Ивановского была разработана классификация проявлений ЦМВИ в зависимости от пути инфицирования, наиболее приемлемая для практической работы.

1. Проявления при перинатальном инфицировании:

- выкидыши, мертворождения;
- пороки развития;
- врожденная ЦМВИ.

2. Проявления при интра- и постнатальном инфицировании:

- острое инфекционное заболевание;

Таблица. Препараты, используемые для лечения активных форм ЦМВИ у беременных

Препарат	Продолжительность курса лечения	Способ введения	Разовая доза
Антицитомегаловирусный иммуноглобулин (Неоцитотект)*	Шесть дней (три инъекции)	Внутривенно через день	1,0 мл/кг
Виферон с 14-й недели беременности	Десять дней	Ректально два раза в день	500 000 МЕ
Виферон гель с 14-й недели беременности	Десять дней	Полоску геля длиной не более 0,5 см наносят при помощи шпателя или ватной палочки на предварительно подсушенную пораженную поверхность три – пять раз в день	

\* Неоцитотект – 5%-ный раствор нормального человеческого иммуноглобулина с повышенным содержанием антител к цитомегаловирусу.

- латентное носительство, инappарантные, субклинические формы хронической инфекции;
  - реактивация инфекции.
3. Проявления при инфицировании через кровь, слюну, мочу, при сексуальном контакте:
- острое инфекционное заболевание;
  - латентное носительство, инappарантные, субклинические формы;
  - реактивация инфекции.

### Цитомегаловирусная инфекция и беременность. Последствия трансплацентарного инфицирования

Физиологическое течение беременности сопровождается супрессорной перестройкой иммунной системы, цель которой формирование и поддержка иммунологической толерантности к аллоантигенам плода. Вирусные инфекции вызывают развитие воспалительных процессов, влияют на межклеточные взаимодействия и приводят к изменениям синтеза регуляторных белков клетками иммунной системы [1, 3, 9, 11]. В связи с особенностями иммунной защиты при беременности огромное значение имеют состояние иммунитета в момент заражения, характер взаимодействия между иммунным ответом хозяина и вирусной репликацией, а также состояние системы клеточного иммунитета беременной [1, 3, 7, 15].

У женщин с привычным невынашиванием беременности достоверно чаще, чем у других беременных, диагностируется персистирующая форма ЦМВИ (41,9%,  $p < 0,05$ ). Выявлена прямая корреляция между неразвивающейся беременностью и реактивированной формой ЦМВИ ( $Q = 0,58$ ). Установлена высокая коррелятивная связь реактивированной формы ЦМВИ с угрозой прерывания беременности в первом триместре ( $Q = 0,76$ ). Так, реактивированная форма ЦМВИ при угрозе прерывания беременности в первом триместре диагностируется у 36,8–45,5% пациенток [3, 4, 5, 9]. Среди пациенток, имевших в анамнезе преждевременные роды, ЦМВИ выявлена у 29,7% [14, 17, 18].

Частота трансплацентарного инфицирования в разных странах, по данным литературы, колеблется от 0,2 до 14%. К факторам риска внутриутробного заражения плода относятся наличие активной ЦМВИ у матери, высокий уровень вирусемии, иммунодефицитное состояние матери, повышенная проницаемость фетоплацентарного барьера [1, 2, 3, 19].

При наличии ЦМВИ возможно развитие бессимптомной инфекции без последствий для здоровья ребенка. Однако в некоторых случаях наличие ЦМВИ повышает риск нарушения эмбриогенеза, внутриутробного поражения плода, спонтанного аборта, пла-

центарной недостаточности, врожденной патологии плода и новорожденного, формирования иммунодефицитов в постнатальном периоде. Риск неблагоприятных последствий высок как при тяжелых, так и при субклинических вариантах цитомегалии. Анализ состояния новорожденных детей показал, что у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом риск рождения детей в тяжелом состоянии в 4,9 раза выше при обнаружении ЦМВИ в третьем триместре беременности [9, 16].

Врожденная ЦМВИ на втором – пятом году жизни ребенка может проявиться слепотой, глухотой, речевым торможением, отставанием в психомоторном и умственном развитии. В группу риска по развитию врожденной ЦМВИ входят дети пациенток, не имеющих базового иммунитета на ЦМВ (отсутствие иммуноглобулинов к ЦМВ в сыворотке) [11, 14, 17].

### Диагностика

ЦМВИ необходимо дифференцировать с синдромом приобретенного иммунодефицита, инфекционным мононуклеозом, острым лейкозом, лимфогранулематозом, вирусным гепатитом, сепсисом. Врожденную форму ЦМВИ следует отличать от таких инфекционных эмбрио- и фетопатий, как краснуха, листериоз, токсоплазмоз, герпетическая инфекция,

сифилис. Дифференциальный диагноз проводится также между ЦМВИ и гемолитической болезнью новорожденных, родовыми травмами, наследственными синдромами. При этом большое значение имеют анамнестические данные женщины и результаты инструментальных методов обследования. Важную роль в установлении причин заболевания играет патоморфологическое исследование плаценты, пуповины и плодных оболочек. В случае ante- или интранатальной гибели плода необходимо провести тщательное гистологическое, бактериологическое и вирусологическое исследование тканей погибшего плода и новорожденного [4, 15].

Лабораторная диагностика ЦМВИ включает верификацию этиологического агента (идентификация возбудителя, его генома, антигена), обнаружение серологических маркеров (серологические антитела), определение остроты инфекционного процесса – активности репликации вируса (раздельное определение антицитомегаловирусных антител класса IgM и IgG) [4, 11].

К лабораторным критериям активности ЦМВИ относятся выявление в крови вируса, антигена ЦМВ (pp65, pp72) или ДНК ЦМВ, анти-ЦМВ антител класса IgM, многократное (в 4 раза и более) увеличение титров анти-ЦМВ антител класса IgG в «парных сыворотках» или появление антител класса IgG у ранее серонегативных женщин, выявление в сыворотке антител класса IgG с низким индексом avidности.

Для уточнения характера инфекции (первичная или хроническая) необходимо учитывать показатель индекса avidности (степени прочности связывания молекулы антитела с молекулой антигена). Выявление в испытуемой сыворотке антител IgG с индексом avidности ниже 30–35% указывает на свежую первичную инфекцию. Уровень антител IgG с индексом avidности  $\geq 40\%$  указывает на перенесенную инфек-

цию в прошлом. Наличие антител IgG с индексом avidности 31–39% свидетельствует о поздней стадии первичной инфекции или недавно перенесенной инфекции при выявлении антител IgG в высокой концентрации [2–4].

Оптимальная диагностика ЦМВИ включает сочетание вирусологических, серологических и молекулярно-биологических методов, что позволяет не только диагностировать инфекцию, но и определить ее активность.

В течение беременности активная форма ЦМВИ выявляется у 40–50% серопозитивных женщин, при этом инфекция может активизироваться на любом этапе беременности, что требует обследования беременных на маркеры ЦМВИ. Рекомендуемые сроки для вирусологического мониторинга: 8–12 недель, 23–25 недель, 33–35 недель беременности [2, 4, 9, 20].

### Лечение

Задачи лечения женщин с активной формой ЦМВИ – прекращение вирусной экскреции и элиминация IgM ЦМВ из крови, трансформация реактивированной и персистирующей форм инфекции в латентную.

При лечении тяжелых генерализованных форм ЦМВИ применяют средства, обладающие противовирусным действием: ацикловир, ганцикловир, валацикловир, фамцикловир, фоскарнет, цидофовир, фомивирсен. Однако они весьма токсичны, что в значительной степени ограничивает их использование у беременных, кормящих женщин и новорожденных. Их прием также не рекомендуется пациенткам, планирующим беременность [11, 16]. Единственной безопасной альтернативой этиотропным препаратам является Неоцитотект.

В таблице представлены препараты, используемые для лечения активных форм ЦМВИ у беременных. Активная форма или реактивация ЦМВИ у беременных может служить показанием к назначению гипериммунного антицитомегаловирусного иммуногло-

Неоцитотект содержит в десять раз больше антител IgG к ЦМВ, чем стандартные иммуноглобулины, блокирует ЦМВ и ограничивает его диссеминацию в организме. Введение Неоцитотекта беременным значительно снижает риск внутриутробного заражения плода и развития отдаленных последствий врожденной ЦМВИ

булина (Неоцитотект, «Биотест Фарма», Германия). Активизация ЦМВИ происходит при низком титре специфических IgG. Неоцитотект содержит в десять раз больше антител IgG к ЦМВ, чем стандартные иммуноглобулины, блокирует ЦМВ и ограничивает его диссеминацию в организме. Введение Неоцитотекта беременным снижает риск внутриутробного заражения плода и развития отдаленных последствий врожденной ЦМВИ. По мнению многих исследователей, применение препарата Виферон в комплексной терапии ЦМВИ во время беременности позволяет в два-три раза уменьшить в сыворотке крови концентрацию интерферона гамма и интерлейкина 8 [9, 15, 16, 21]. В состав препарата Виферон, производимого ООО «Ферон» (Москва), помимо рекомбинантного интерферона-альфа-2b человека входят антиоксиданты.

Женщины с активной формой ЦМВИ относятся к группе риска возможной внутриутробной передачи инфекции. Таким женщинам вне беременности рекомендуется проводить иммунокорректирующую терапию с использованием преимущественно Тактивина, Циклоферона, Панавира, Виферона. Планирование беременности разрешается при ликвидации активной инфекции и установлении латентной формы ЦМВИ. Лечение женщин с активной формой ЦМВИ перед

планированием беременности позволяет предотвратить активизацию ЦМВИ в наиболее опасном первом триместре беременности в 75% случаев.

### Заключение

ЦМВИ является важной проблемой акушерства, гинеко-

логии и перинатологии ввиду негативных последствий инфекции в отношении репродуктивного здоровья. До настоящего времени терапия ЦМВИ остается недостаточно эффективной, что вызывает необходимость разработки стандартизированных мето-

дов профилактики и лечения данного заболевания. Поиск натуральных природных фармакологических агентов и анализ механизмов их действия представляются весьма актуальными для создания нового поколения противовирусных препаратов. 

### Литература

1. Диагностика и лечение в гинекологии: проблемный подход / пер. с англ. под ред. В.Н. Прилепской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: руководство для практикующих врачей. В 2 т. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 2-е изд., испр. и доп. М.: Литтерра, 2010.
3. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В. Вирусные инфекции и беременность. М.: Дипак, 2005.
4. Кистенева Л.Б., Чешик С.Г., Колобухина Л.В., Околышева Н.В. Цитомегаловирусная инфекция у женщин с отягощенным акушерским анамнезом // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. № 3. С. 25–29.
5. Чернова Н.И. Состояние системного иммунитета у женщин репродуктивного возраста с цитомегаловирусной инфекцией урогенитального тракта // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. № 2. С. 23–28.
6. Kak V., Sundareshan V., Modi J., Khardori N.M. Immunotherapies in infectious disease // Med. Clin. North Am. 2012. Vol. 96. № 3. P. 455–474.
7. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных. М.: Триада-Х, 2009.
8. Cannon M.J., Schmid D.S., Hyde T.B. et al. Review of cytomegalovirus seroprevalence and demographic characteristics associated with infection // Rev. Med. Virol. 2010. Vol. 20. № 4. P. 202–213.
9. Климова Р.Р., Зароченцева Н.В., Новикова С.В. и др. Влияние иммунотерапии Вифероном на частоту обнаружения маркеров вирусных инфекций у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012. № 1. С. 25–31.
10. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. Невынашивание беременности. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
11. Revello M.G., Gerna G. Human cytomegalovirus tropism for endothelial/epithelial cells: scientific background and clinical implications // Rev. Med. Virol. 2010. Vol. 20. № 3. P. 136–155.
12. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Цитомегаловирусная инфекция и беременность // Гинекология. 2007. Т. 9. № 1. С. 46–49.
13. Чернова Н.И., Перламутров Ю.Н. Роль противовирусного препарата в терапии папилломавирусной инфекции // Клиническая дерматология и венерология. 2013. № 5. С. 72–74.
14. Dunkelberger J.R., Song W.C. Role and mechanism of action of complement in regulating T cell immunity // Mol. Immunol. 2010. Vol. 47. № 13. P. 2176–2186.
15. Otun H.A., Lash G.E., Innes B.A. et al. Effect of tumor necrosis factor- $\gamma$  in combination with interferon- $\gamma$  on first trimester extravillous trophoblast invasion // J. Reprod. Immunol. 2011. Vol. 88. № 1. P. 1–11.
16. Vousden N., Chandiramabi M., Seed P., Shennan A. Interleukin-6 bedside testing in women at high risk of preterm birth // J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2011. Vol. 24. № 10. P. 1301–1304.
17. Adler S.P. Screening for cytomegalovirus during pregnancy // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 2011. ID 942937.
18. Rafailidis P.I., Mourtzoukou E.G., Varbobitis I.C., Falagas M.E. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: a systematic review // Virol. J. 2008. Vol. 27. № 5. ID 47.
19. Feldman D.M., Timms D., Borgida A.F. et al. Toxoplasmosis, parvovirus, and cytomegalovirus in pregnancy // Clin. Lab. Med. 2010. Vol. 30. № 3. P. 709–720.
20. Yimon Y., Farine D., Yudin M.H. et al. Screening, diagnosis, and management of cytomegalovirus infection in pregnancy // Obstet. Gynecol. Surv. 2010. Vol. 65. № 11. P. 736–743.
21. Verma S., Benedict C.A. Sources and signals regulating type I interferon production: lessons learned from cytomegalovirus // J. Interferon. Cytokine Res. 2011. Vol. 31. № 2. P. 211–218.

### Cytomegalovirus Infection and Pregnancy (Pregavid Training and Therapy)

N.A. Korotkova, V.N. Prilepskaya

V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Contact person: Natalya Aleksandrovna Korotkova, korotckowa.n@yandex.ru

The data from studies aimed at investigating cytomegalovirus infection in pregnant women as well as its pathogenesis, clinical picture, diagnostics, therapy and pregravid training of CMV-infected women are presented in the paper.

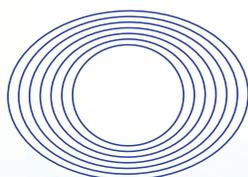
**Key words:** viral infection, cytomegalovirus infection, immunoglobulin, interferon, pregnancy, neonate

МОСКВА, КРОКУС ЭКСПО  
**15–17 НОЯБРЯ 2016**

**XX**

# РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

20 ЛЕТ ОБЪЕДИНЯЯ СООБЩЕСТВО



ФГБУ РОНЦ  
ИМ. Н.Н.БЛОХИНА  
МИНЗДРАВА РОССИИ



**АОР**

Ассоциация  
Онкологов  
России

[WWW.ROSONCOWEB.RU](http://WWW.ROSONCOWEB.RU)



135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

# XI Национальный конгресс терапевтов

23–25 ноября 2016 года

Москва  КРОКУС ЭКСПО

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте [www.congress2016.rnmot.ru](http://www.congress2016.rnmot.ru)

**Оргкомитет:**

117420, Москва, а/я 1  
телефон: +7 (495) 518-26-70  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

**Конгресс-оператор:**

 ООО «КСТ Интерфорум»  
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 722-64-20  
электронная почта: [mail@interforum.pro](mailto:mail@interforum.pro)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)



VII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА

## РОСМЕДОБР–2016.

# ИННОВАЦИОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

И V СЪЕЗД РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ «РОСОМЕД-2016»

МОСКВА, 29-30 СЕНТЯБРЯ 2016 г.



В РАМКАХ НЕДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОСКВЕ 27-30 СЕНТЯБРЯ 2016 Г.

### КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Симуляционные технологии в медицинском образовании и практическом здравоохранении
- Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование
- Технологические основы аккредитации медицинских и фармацевтических работников
- Оценка знаний и умений в медицине
- Профиль доктора завтрашнего дня

### МЕЖДУНАРОДНОЕ УЧАСТИЕ

- AMEE** – Ассоциация медицинского образования в Европе  
**UEMS** – Европейский совет медицинских специалистов  
**IAMSE** – Международная ассоциация преподавателей медицинских наук

### МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И КОНТАКТЫ

**Место проведения:** ивент-холл «ИнфоПространство»,  
1-й Зачатьевский пер., д. 4, район ст. метро «Кропоткинская» или «Парк культуры».  
**Провайдер:** ООО «Комплексный медицинский консалтинг»  
Тел.: (495) 921-3907, (917) 550-4875, e-mail: conf@medobr.ru.

Регистрация участников на [www.rosmedobr.ru](http://www.rosmedobr.ru)

# II РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

МОСКВА, ВДНХ, ПАВИЛЬОН 75



- 6000 слушателей
- более 200 российских и зарубежных докладчиков
- более 100 компаний-участников
- 50 научных секций

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ



ЗАЛ  
«СЕМАШКО»

Кураторы:

д.м.н., профессор  
О.А. Тарасенно



д.м.н. М.Л. Свещинский



А.Н. Цибин

### Управление медицинской лабораторией и лабораторной службой

- Менеджмент медицинских лабораторий, оптимизация ресурсного обеспечения, экономика лабораторий и лабораторной службы.
- Методы и результаты улучшений внутрилабораторной организации.
- Опыт и эффекты совершенствования территориальной организации службы.
- Правовые аспекты деятельности медицинских лабораторий.
- Управление назначениями лабораторных тестов.



ЗАЛ  
«ПАВЛОВ»

Кураторы:

д.м.н., профессор  
В.Л. Эмануэль



д.м.н., профессор  
В.Н. Титов

### Фундаментальные вопросы клинической и лабораторной медицины

- Фундаментальные вопросы клинической лабораторной медицины, этиология и патогенез метаболических пандемий.
- Методическое совершенство (метабомика, липидомика, персонализированная медицина).
- Основы профилактики.



ЗАЛ  
«ПИРОГОВ»

Кураторы:

д.м.н., профессор  
А.М. Иванов



д.м.н., профессор  
Т.В. Вавилова



к.м.н. М.Г. Вершинина

### Диалог клиники и лаборатории

- Практические вопросы использования результатов лабораторных исследований в клинической практике: назначение, трактовка, принятие клинических решений.
- Эффективные биомаркеры при различных видах патологии.



ЗАЛ  
«ЛОМОНОСОВ»

Кураторы:

д.м.н., профессор  
С.В. Цвиренко



д.м.н., профессор  
А.Ж. Гильманов



д.б.н., профессор  
В.Н. Малахов

### Кадры и образование

- Дипломное и постдипломное образование специалистов клинической лабораторной диагностики со средним и высшим образованием, врачей клинических специальностей.
- Кадровое обеспечение лабораторной службы.
- Оценка квалификации персонала.
- Научная организация труда, мотивация и формирование производственного климата в коллективе.

Организаторы:



# 12 - 14 ОКТЯБРЯ 2016



## ЗАЛ «МЕЧНИКОВ»

Кураторы:

Д.М.Н.,  
профессор Е.В. Алиева



д.б.н., профессор  
И.С. Тартаковский



д.м.н., профессор  
В.П. Сергиев

### Этиология, диагностика и профилактика инфекционных заболеваний

- Этиология, ранняя диагностика и лабораторный контроль инфекционных заболеваний.
- Антибиотикорезистентность и возможности ее выявления.
- Вирусологическая диагностика: современность и новые возможности.
- Диагностика паразитарных заболеваний: проблемы, реалии, перспективы.
- Клиническая микология.
- Диагностика инфекций, передающихся половым путем.



## ЗАЛ «ВАВИЛОВ»

Кураторы:

к.м.н. Г.А. Шипулин



к.ф.-м.н. А.Н. Шибанов



к.м.н. М.Б. Шаманский

### Проблемы обеспечения качества лабораторных исследований на современном этапе

- Новейшие и перспективные технологии в области лабораторной диагностики.
- Компьютеризация, IT и автоматизация.
- Проблемы отечественного производства медицинских изделий для клинической лабораторной диагностики.



## ЗАЛ «БОТКИН»

Куратор:

к.б.н. Н.А. Стериополо



Дискуссии, мастер-классы,  
специализированные заседания  
и совещания.



## Постерная секция



к.м.н. А.В. Мошкин.



## Заседание



к.б.н., доцент  
О.В. Лянг

д.м.н., профессор  
А.Г. Кочетов



Заседание профильной комиссии  
Министерства здравоохранения РФ

- 7000 кв.м. выставочного пространства
- более 200 брендов материалов и оборудования в области IVD
- NEW зона мастер-классов — возможность получения навыков в области лабораторной медицины

## «ЛАБОРАТОРНЫЙ ГОРОД»

### Специализированная экспозиция культурная программа



- Фотовыставки:
  - «Лабораторный город и его жители»
  - «Лабораторный кристалл».

- Показ документальных фильмов о великих деятелях медицины (конференц-залы).
- Музыкальное сопровождение «Джаз в городе», за роялем Борис Гнилов (площадь В.В. Меньшикова).
- Вечерняя концертная программа «Медицина и искусство» (кафе «Траттория-лаборатория»).

### Всероссийская профессиональная премия в области лабораторной медицины им. В.В. Меньшикова

## ОРГКОМИТЕТ КОНГРЕССА:

127083, Москва, ул. 8 Марта, д.1, стр.12  
+7 (499) 348-21-06,  
+7 (968) 086-95-53  
congress@fedlab.ru  
www.congress.fedlab.ru



ФЕДЕРАЦИЯ  
ЛАБОРАТОРНОЙ  
МЕДИЦИНЫ

При поддержке\*:



\* Конгресс проходит по Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения г. Москвы, Министерства промышленности и торговли Российской Федерации, под эгидой Национальной медицинской палаты.

# Отдохни, ургентность не торопит!



 **Везикар**<sup>®</sup>  
солифенацин

- Самый назначаемый препарат для лечения ГМП<sup>1</sup>
- Устраняет все симптомы ГМП при оптимальной переносимости<sup>2</sup>
- Обеспечивает лучшую приверженность к терапии<sup>3</sup>

1. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синовейт Комкон», и действительна по состоянию на ноябрь 2015 года.

2. Chappie C. R. et al. Int J Clin Pract 2006; 60: 959-966; 3. Wagg A. et al. Bi UInt 2012; 110: 1767-4.

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56. Факс +7 (495) 737-07-50.

 **astellas**  
Свет, ведущий к жизни

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

ЛС-000687 от 05.07.2010

RUS/05.2010/MEZ/KASHT/798

Реклама

Информация для специалистов здравоохранения