

# Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в акушерстве и гинекологии

№ 2  
май 2010

Подростковая гинекология

Терапия хронического  
неспецифического сальпингоофорита

Вирусные генитальные инфекции

Тема номера:

**ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО АБОРТА**

# ВОЗВРАЩЕНИЕ ГАРМОНИИ



RU.AZ1.10.03.01.

# Азицид

АЗИТРОМИЦИН



Рег. номер ЛС-002491  
Имеются противопоказания.  
Ознакомьтесь с инструкцией

**ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА** для лечения инфекций, передающихся половым путем, вызванных хламидиями, уреаплазмами, микоплазмами

### Высокая эффективность

- Эффективность при однократном пероральном приеме в дозе 1 г составляет 97-100%<sup>2</sup>

### Хорошая переносимость

- Возможно применение для лечения хламидийной инфекции у беременных<sup>1,2</sup>
- Редкие побочные эффекты, не требующие отмены препарата<sup>1,3</sup>

### Удобный режим дозирования

- Особенности фармакокинетики позволяют применять Азицид один раз в день, что обеспечивает высокую комплаентность лечения<sup>4,5</sup>

**Литература:** 1. Хрянин А. А., Решетников О. В. Современные представления о *Mycoplasma genitalium*. – ПМЖ, 2008, том 16, №19: 1236 ([http://www.rmj.ru/articles\\_6088.htm](http://www.rmj.ru/articles_6088.htm)). 2. Кисина В. И. Урогенитальный хламидиоз: оптимальная программа лечения. – Concilium medicum, 2006; 8: 1 ([http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/06\\_01c/36.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/06_01c/36.shtml)). 3. Никонов А. П. и соавт. Применение азитромицина при лечении хламидийной инфекции у беременных женщин. – Гинекология, 2009; 3: 11: 12-16. 4. Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Макролиды в современной клинической практике: 10 (<http://www.antibiotic.ru/books/macrolid/intro.shtml>). 5. Инструкция по применению препарата Азицид.

ООО «ЗЕНТИВА Фарма»  
119017, Москва, ул. Б. Ордынка, 40/4-604  
тел.: (495) 721-16-66, факс: (495) 721-16-69  
e-mail: info@zentiva.ru, www.zentiva.ru

**ZENTIVA**  
Компания Группы санofi-авентис

# «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

3-4 июня 2010 года • Москва

Конференц-зал Клинической больницы № 83 ФМБА России

## ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

- Современный скрининг онкогинекологических заболеваний
- Профилактика рака шейки матки
- Аденокарцинома шейки матки
- Патология молочной железы и яичников
- Эндоваскулярная хирургия в акушерстве и гинекологии
- Хирургические органосохраняющие методики лечения и последующие проблемы репродукции
- Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности: современные подходы
- Нарушения функции половых желез при сопутствующей эндокринной патологии (заболевания щитовидной железы, надпочечников, сахарный диабет)
- Остеопороз – современные аспекты
- Факторы риска и профилактика метаболического синдрома
- Комплексная диагностика репродуктивной системы у больных с метаболическим синдромом
- Современная терапия метаболического синдрома
- Новые возможности лечения постменопаузального синдрома
- Минимальноинвазивная технология оперативного лечения недержания мочи у женщин
- Консервативные методы лечения урогинекологических расстройств
- Алгоритмы рациональной антибактериальной терапии у гинекологических больных
- Антимикробная терапия урогенитальных инфекций у беременных
- Снижение риска инфекционных осложнений в современной оперативной гинекологии
- Факторы, влияющие на рождаемость в РФ
- Гестоз: вопросы и ответы
- Фетоплацентарная недостаточность
- Профилактика и лечение невынашивания беременности
- Тромбофилии беременных
- Современные методы борьбы с акушерскими кровотечениями
- Проблемы контрацепции и искусственного прерывания беременности
- Аборт и мануальная вакуум-аспирация
- Диагностика и комплексное лечение бесплодия
- Современная концепция прегравидарной подготовки
- Патология ранних сроков беременности: вопросы диспансеризации, рациональный объем обследования и лечения
- Иммунологические аспекты беременности
- Патология свертывающей системы крови, врожденные и приобретенные факторы прогноза, современный алгоритм обследования и лечения
- Фармакотерапия на ранних сроках беременности

### Регистрация участников конференции

- По электронной почте: [levakoff@yandex.ru](mailto:levakoff@yandex.ru); [kat-kozburina@yandex.ru](mailto:kat-kozburina@yandex.ru); [kedrova.anna@gmail.com](mailto:kedrova.anna@gmail.com)  
Окончание регистрации – 28 мая 2010 года

### Размещение тезисов

Прием тезисов – до 22 апреля 2010 года по адресу: [medforum2008@mail.ru](mailto:medforum2008@mail.ru) вложенным файлом в формате MS Word с обязательным указанием адреса электронной почты и телефона автора. Объем тезисов – не более 3000 знаков (включая пробелы). Тезисы не должны содержать графики и таблицы. Рецензии на тезисы не высылаются. **Стоимость размещения тезисов – 300 рублей.** Телефон для справок: (495) 234 07 34.

**Адрес Клинической больницы № 83 ФМБА России**

Москва, Ореховый бульвар, 28

Телефоны: (495) 395-0544, 395-65-22

**Начало работы конференции в 10:00**

**Технический организатор конференции**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

## Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня  
Фармакоэкономика  
Эффективная фармакотерапия  
Доказательная медицина  
Качественная клиническая практика

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

## СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

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

## Специализированное распространение:

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

## ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

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

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



## Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**  
(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**  
(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **Я. Соловьева,**  
**В. Павлова,**  
(e-mail: redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**  
арт-директор **Д. Иллин**  
дизайнер **Г. Шингарев**  
корректор **Г. Альперина**  
набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**  
(e-mail: podpiska@webmed.ru)

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

## Редакционный совет

**Н.В. Башмакова** (Екатеринбург)

**В.О. Бицадзе** (Москва)

**А.И. Гаспаров** (Москва)

**А.Л. Гриндич** (Московская область)

**А.Д. Макацария** (Москва)

**Л.И. Мальцева** (Казань)

**Л.Е. Мурашко** (Москва)

**В.И. Орлов** (Ростов-на-Дону)

**Т.Ю. Пестрикова** (Хабаровск)

**Н.М. Подзолкова** (Москва)

**В.Н. Прилепская** (Москва)

**В.Е. Радзинский** (Москва)

**Г. М. Савельева** (Москва)

**В.П. Сметник** (Москва)

**Г.В. Тамазян** (Московская область)

**А.Л. Тихомиров** (Москва)

## Контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр.3, офис 3515  
Тел. (495) 234-07-34  
www.webmed.ru

Тираж 17 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается  
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

№ 106-77051 от 08.09.2005 г.

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

№ 2 май 2010

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

### тема номера: профилактика повторного аборта

**Л.В. Ерофеева**

Профилактика повторного аборта **6**

**Г.Б. Дикке, В.И. Киселев, Е.Л. Муйжнек**

Профилактика отдаленных последствий после хирургического аборта **14**

### подростковая гинекология

**Г.Б. Дикке, Е.Л. Яроцкая, Л.В. Ерофеева**

Проблемы нежелательной беременности, репродуктивного выбора  
и контрацепции у девочек-подростков **20**

### клинические исследования

**О.М. Иванова, А.А. Набатов**

Внедрение мануальной вакуумной аспирации при абортах в Сахалинской области **26**

**Е.Н. Кравченко**

Клинико-иммунологические особенности хронического неспецифического  
сальпингоофорита и комплексное его лечение с применением препарата Пирогенал **30**

### лекции для врачей

**О.А. Громова, Н.К. Тетруашвили, И.Ю. Торшин,**

**И.С. Юргель, О.А. Лиманова**

Магний, пиридоксин и тромбообразование: молекулярные роли при беременности **34**

### форум (конференции, выставки, семинары)

Вирусные генитальные инфекции: новые подходы к лечению **42**

Образовательный проект «Здоровье» в Уфе и Санкт-Петербурге **48**

## Преждевременные роды могут быть детерминированы генетически

Ученые из США установили, что причиной преждевременных родов может быть наличие у матери и ребенка определенных генетических признаков. В ходе исследования ученые проанализировали генетический материал 229 жительниц Чили и 179 новорожденных, родившихся раньше положенного срока. Все испытуемые были латиноамериканцами. Изменения, определяющие предрасположенность женщины к преждевременным родам, были обнаружены в генах, которые регулируют воспаление, а также в генах, отвечающих за образование межклеточного вещества. «Мы получаем все больше данных в пользу того, что медиаторы воспаления участвуют в процессе родов», – говорит д-р Alan E. Guttmacher, и.о. директора

Национального института здоровья ребенка и развития человеческого организма США. «Последние данные указывают на то, что индивидуальные генетические вариации могут влиять на риск преждевременных родов, что объясняет, в частности, почему в одних случаях роды происходят в срок, а в других – раньше времени», – добавляет он.

По словам ученых, полученные данные позволяют врачам выявлять женщин с высоким риском преждевременных родов и вовремя принимать меры, которые помогут им доносить беременность до срока. Появление на свет раньше времени может стать причиной множества нарушений здоровья ребенка – от задержки развития и затруднений при обучении до слепоты и смерти.

Источник: solvay-pharma.ru

## Беременность повышает риск тяжелого течения гриппа H1N1 в 13 раз

Ученые из Австралии и Новой Зеландии обнаружили, что риск тяжелого течения пандемического гриппа H1N1 при беременности повышается в 13 раз. Исследователи из австралийского и новозеландского общества интенсивной терапии изучили данные 209 женщин детородного возраста, попавших в отделения интенсивной терапии с гриппом H1N1 в обеих странах. 64 из них (30,6%) были беременны или родили в течение 28 дней перед госпитализацией.

Анализ данных показал, что у женщин, беременных более 20 недель, риск тяжелого течения пандемического гриппа, требующего интенсивной терапии, повышен в 13 раз по сравнению с небеременными. У 68,7% таких женщин возникла необходимость в проведении искусственной вентиляции легких. 11% матерей и 12% детей умерли.

В отчете исследователи подчеркнули, что ни одна из женщин, учтенных в исследовании, не была привита от «сезонных» штаммов гриппа, несмотря на действующие рекомендации. Ученые также оговорились, что точность полученных результатов ограничена небольшим объемом данных. Тем не менее автор редакционного комментария к отчету Стивен Лапински из больницы Маунт Синай в Торонто отметил важность поднятого заокеанскими коллегами вопроса и ценность полученных ими данных.

Источник: medportal.ru

## Стресс вызывает метастазы рака яичников

Медицинский мир получил убедительные доказательства того, что стресс приводит к опухолевым заболеваниям и их тяжелому течению. По данным нового исследования, проведенного Центром изучения рака Университета Техаса (США), хронический стресс способствует развитию метастазов рака яичников. Стресс и вызванная им продукция большого количества гормонов стресса – адреналина и норадреналина – активирует особый белок (FAK), который предохраняет злокачественные клетки от разрушения. Эксперименты на лабораторных мышах продемонстрировали, что меньший уровень стресса сопровождается меньшими по размеру опухолями и меньшей их стойкостью к терапии и разрушению. Высокий уровень этого протеина в крови у больных женщин, связанный с высоким уровнем стресса, всегда сопровождался плохим прогнозом заболевания. Американские ученые считают, что необходимо проанализировать, возникают ли такие же реакции при других видах рака, и разработать стратегии, защищающие человека от злокачественного воздействия хронического стресса.

Источник: medicus.ru

## Употребление алкоголя при беременности грозит лейкозом будущему ребенку

По результатам недавнего исследования, у детей, чьи матери употребляли алкоголь во время беременности, повышен риск редкой формы рака крови – острого миелоидного лейкоза. К такому выводу пришли ученые из США, проанализировав данные 21 исследования, посвященного связи этих двух факторов.

«В то же время острый миелоидный лейкоз – достаточно редкая патология: в год в США регистрируется около 700 случаев», – подчеркивает доктор Julie Ross из Университета Миннесоты в Миннеаполисе. «Дети большинства женщин, употреблявших спиртные напитки во время беременности, лейкозом не болеют, но с учетом других неблагоприятных последствий употребления алкоголя при беременности результаты исследования усиливают значимость рекомендации отказаться от алкоголя, если вы ждете ребенка или планируете беременность», – пишет она.

Анализ 21 исследования показал, что риск развития острого миелоидного лей-

коза у детей, матери которых употребляли алкоголь во время беременности, выше на 56%. «Если сопоставить 56-процентное повышение риска и тот факт, что 12% американских беременных время от времени употребляют алкоголь, получится, что примерно 6% случаев острого миелоидного лейкоза у детей в США следует отнести за счет употребления алкоголя», – говорит д-р Ross.

Необходимо также учитывать ограничения исследований. Понятно, что, опасаясь осуждения, не все участницы были готовы признать факт употребления ими алкоголя при беременности. Кроме того, не учитывался вред от курения во время беременности, контакт с различными токсическими веществами, в частности с пестицидами, прием беременными фолиевой кислоты, их возраст на момент рождения ребенка, а также вес новорожденного. Однако, по мнению авторов исследования, полученные подчеркивают важность соблюдения рекомендации будущим матерям воздерживаться от алкоголя.

Источник: solvay-pharma.ru

## Повышенный риск токсикоза имеет наследственный характер

**Б**еременные женщины в три раза больше подвержены возникновению токсикоза, если их матери страдали подобной патологией, утверждают норвежские исследователи.

Гиперемезис (чрезмерная рвота) у беременных наблюдается довольно часто, когда организм беременной женщины не принимает любую пищу и питье. Это служит причиной обезвоживания организма и нарушения электролитического баланса, что опасно как для матери, так и для ребенка. При первых симптомах гиперемезиса беременная должна обратиться к врачу, так как в подобных случаях необходима постоянное наблюдение за состоянием беременной и растущего плода.

Около 2% женщин страдают во время беременности гиперемезисом, что может вызвать необходимость стационарного наблюдения врача. Специалисты проанализировали около 2,3 миллионов беременностей. Оказалось, что у женщин, чьи матери страдали от токсикоза, риск возникновения такого же состояния во время беременности выше в 3 раза.

По мнению специалистов, результаты исследования показали взаимосвязь, которая поможет женщинам точнее оценить риск возникновения токсикоза во время беременности. Гиперемезис – наиболее частая причина госпитализации женщин во время беременности, а также недостаточного веса ребенка при рождении.

Источник: [medinform.net](http://medinform.net)

## Витамин А не снижает материнскую смертность

**П**рием витамина А женщинами 15-45 лет не снижает материнскую смертность в развивающихся странах, сообщают ученые, что противоречит ранее полученным данным.

По результатам исследования, проведенного в Гане с участием 208 тыс. женщин, различий в смертности, связанной с беременностью, среди участниц, принимавших витамин А, и участниц, получавших плацебо, не выявлено.

Авитаминоз А представляет серьезную проблему общественного здравоохранения в более чем половине стран с низким доходом населения, особенно в Африке и Юго-Восточной Азии. Больше всего от недостатка витамина А страдают дети младшего возраста и беременные. По словам руководителя исследования, специалиста по питанию и охране здоровья населения Betty Kirkwood из Лондонской школы гигиены и тропической медицины, прием витамина А не помогает снизить материнскую смертность: «Прием витамина А раз в неделю в виде пищевых добавок не повышает выживаемость женщин детородного возраста и их детей, проживающих в сельскохозяйственных районах Ганы», – пишет она.

Среди женщин, принимавших витамин А, был зарегистрирован 39601 случай беременности и 138 случаев материнской смертности, тогда как среди женщин, которые получали плацебо, те же цифры составили 39234 и 148 соответственно. Такое различие статически не значимо.

В то же время, как отметила Kirkwood, аналогичное исследование, проведенное в Непале, дало сокращение материнской смертности на 44%, и это показывает, что не следует спешить с изменением подходов к ведению беременности в развивающихся странах. «Это позволит избежать неоправданных государственных расходов», – добавляет она.

Источник: [solvay-pharma.ru](http://solvay-pharma.ru)

## Омега-3 жирные кислоты снижают риск возникновения эндометриоза

**П**итание с высоким содержанием ненасыщенных омега-3 жиров снижает риск возникновения эндометриоза у женщин, сообщили исследователи.

Ученые провели исследование, в котором приняли участие 70 женщин. Все участницы проходили обследование на протяжении 12 лет. Оказалось, что у женщин, съедающих большое количество продуктов с кислотами омега-3, на 22% снижался риск возникновения эндометриоза. Животные жиры в рационе на 48% повышали его риск.

Эндометриоз – это распространение клеток матки за ее пределы. Во время менструального цикла эти ткани также набухают и воспаляются в ответ на эстрогены, что приводит к сильной боли. Иногда заболевание, поражающее до 10% женщин, приводит к бесплодию. Обычно оно лечится анальгетиками, гормональными препаратами или хирургическими методами.

Уже давно жирные кислоты омега-3 известны своим положительным влиянием на сердце. Они находятся в рыбе, такой как тунец, лосось и макрель. Трансжиры, используемые в маргаринах, давно были признаны врагами здоровья, поскольку засоряют сосуды и ухудшают работу сердца.

Ученые планируют дальнейшее проведение исследований с целью выяснения влияния кислот омега-3 на снижение симптомов развитого эндометриоза.

Источник: [medinform.net](http://medinform.net)

## Ученые пересматривают диагностические критерии диабета беременных

**У**ровень глюкозы в крови, ранее считавшийся нормальным при беременности, небезопасен для матери и плода, выяснили ученые из Северозападного университета в Иллинойсе.

Руководитель исследования Boyd Metzger и группа из 50 экспертов сделали вывод, что уровень глюкозы натощак 5,06 ммоль/л и выше, а также уровень 9,9 ммоль/л и выше через час и 8,4 ммоль/л и выше – через 2 часа после теста на толерантность к глюкозе сопряжены с серьезным риском для здоровья женщины и ее будущего ребенка. До сих пор такие показатели считались нормальными, а для постановки диагноза «диабет беременных» нужно было, чтобы были повышены результаты двух тестов.

В исследовании учитывались данные 23 тыс. женщин из 9 стран.

Уровни глюкозы в крови, которые раньше относили к нормальным, теперь все чаще называют причиной более частого появления на свет новорожденных с большим весом и высоким уровнем инсулина, а также преждевременных родов и других осложнений.

Прежние критерии диагностики диабета беременных опирались на уровни глюкозы крови, позволявшие выявить женщин с высоким риском сахарного диабета в будущем. Эти критерии не учитывали рисков для плода и рисков других заболеваний для матери.

Источник: [solvay-pharma.ru](http://solvay-pharma.ru)

Л.В. ЕРОФЕЕВА

Международный эксперт по планированию семьи и репродуктивному здоровью, Генеральный директор Российской ассоциации «Народонаселение и развитие»

# Профилактика повторного аборта

*Проблема аборт в современных демографических условиях в Российской Федерации занимает особое место. Альтернативой аборту является не рождение нежеланного ребенка, а использование контрацепции для профилактики беременности. Отчего российские женщины никак не могут стать «передовиками» в этой области, долгие годы для ученых остается загадкой. Полностью «избавиться» от аборт в ни одна страна не в состоянии, но есть те, на которые следует равняться: страны Западной Европы, в частности Нидерланды, Германия, Великобритания, Франция. Там значительное число молодых женщин (40-70%) использует современные методы контрацепции и практически не прибегает к аборту. Нежелательные беременности почти исключены. Более 150 миллионов женщин во всем мире ежегодно применяют контрацептивы, и большинство из них удовлетворены не только их эффективностью, но и не предъявляют жалоб на незначительные побочные эффекты. При условии отсутствия медицинских противопоказаний применение любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта.*

**В** современном мире каждой женщине должны быть законодательно предоставлены гарантии реализации ее основного репродуктивного права – права на свободный репродуктивный выбор и репродуктивную автономию.

Безусловно, проблема аборт в современных демографических

условиях в Российской Федерации занимает особое место. Число производимых аборт, уровень удовлетворенности этими медицинскими услугами – показатели, по которым оценивается эффективность государственных усилий по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом.

Прежде всего, право на свободный репродуктивный выбор является одной из форм реализации права на жизнь. Следует добавить, что закрепление права на жизнь в ч. 1 ст. 20 Конституции РФ – всего лишь констатация данного явления со стороны государства в том смысле, что государство не может принудить человека самостоятельно создать новую жизнь, следовательно, реализация права человека на рождение детей возможна только по волеизъявлению (желанию) человека.

В соответствии с ч. 2 ст. 17 Конституции Российской Федерации «основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. Следовательно, право на жизнь возникает исключительно с момента рождения».

В связи с этим можно предположить, что право каждого человека на свободный репродуктивный выбор является элементом индивидуальной (личной) свободы и наполняет ее новым содержанием. Эта сфера человеческой жизни не может подлежать государственному регулированию, иными словами, является областью, свободной от правового регулирования. Так, каждая женщина или супружеская пара самостоятельно принимает

решение о рождении детей, об их количестве, об интервалах между их рождением и т.д. Вмешательство в эту сферу человеческой жизни являлось бы грубым нарушением основных (личных) прав человека.

В частности, с правом на личную неприкосновенность (ч. 1 ст. 22 Конституции РФ; на неприкосновенность частной жизни, с правом на личную, семейную тайну (ч. 1 ст. 23 Конституции РФ); с правом на охрану достоинства личности (ч. 1 ст. 21 Конституции РФ) сопрячено право женщины самостоятельно решать вопрос о рождении ребенка без какого-либо насилия. Поэтому недопустимым является установление законодательного запрета, например, на прерывание беременности, либо, наоборот, принуждение к прерыванию беременности, применение принудительной медицинской стерилизации недееспособных женщин и т.д.

По всей видимости, прерывание беременности существовало всегда и будет существовать. Иной раз женщина и не подозревает, что была беременна, так как беременность прервалась на очень раннем сроке, зачастую даже не приводя к задержке менструации. Природа – мудрый регулятор, основная часть самопроизвольных аборт происходит в ранние сроки, до 12-недельного срока беременности. Современная женщина вправе сама регулировать число и время рождения своих детей, но, даже используя контрацепцию, никто не защищен от ошибок, и любой метод может «давать сбои» по причине или по вине пользователя, приво-

дя к незапланированной беременности. Полностью «избавиться» от абортов ни одна страна не в состоянии, но есть, правда, правофланговые, на которые и следует равняться. Это, в первую очередь, страны Западной Европы, в частности Нидерланды, Германия, Великобритания, Франция. При высоком коэффициенте фертильности там значительное число молодых женщин (40-70%) использует современные методы контрацепции и практически не прибегает к аборту. Нежелательные беременности почти исключены, эффективные методы обратимой контрацепции и хирургическая стерилизация одного из партнеров в зрелом возрасте после 35 лет обеспечивают необходимую контрацептивную защиту.

Альтернативой аборту является вовсе не рождение нежеланного ребенка, а использование контрацепции для профилактики беременности. При среднем возрасте начала половой жизни в 17 лет рождение первенца в России осуществляется в 25-27 лет. Целое десятилетие молодой женщине все же придется решать вопросы регуляции своей репродуктивной функции, именно на это десятилетие и приходится самое большое число произведенных прерываний беременности по желанию женщины. В дальнейшем из 35 лет репродуктивного периода россиянка потратит на рождение 3 детей 6-9 лет, в остальные годы ей будут необходимы средства контрацепции, чтобы избежать непланируемой беременности и аборта, чтобы сохранить свое репродуктивное здоровье.

Последние годы создается впечатление, что проблемы, которые в нашем государстве до сих пор тяжким грузом лежали на плечах женщин, с легкостью решают представители клерикальных кругов и политики-мужчины. Последствия демографического кризиса зачастую воспринимаются поверхностно и односторонне, их внимание в меньшей мере обращено к вопросам сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста и качества жизни и здоровья населения. По мнению сторонников запрета

абортов, женщины обленились и не хотят рожать, подвержены «зову» рекламы и предпочитают аборты рождению детей.

Отчего российские женщины, такие образованные и умелые, никак не могут стать «передовиками» в области использования контрацепции, долгие годы для ученых остается загадкой.

Современные исследования свидетельствуют, что 10% женщин не могут реализовать свою репродуктивную функцию, т.к. не имеют постоянных партнеров, не живут половой жизнью. Психологи обнаружили еще один феномен, исследуя причины, по которым женщины репродуктивного возраста не собираются рожать, но при этом и не предохраняются. Таких около 20%, и это значит, что они, скорее всего, при возникновении беременности прервут ее. Эта группа образованных и хорошо информированных о методах контрацепции женщин специально не предохраняется: партнеры этих женщин либо «тянут» с предложением руки и сердца, либо – несвободны, связаны брачными узами. Таким образом, «случайная» беременность таких дам, являясь по сути «стимулятором» или «тестом» для партнера, в случае отрицательного результата и отказа от совместного воспитания будущего ребенка становится фактором, решающим также и судьбу продолжения данной беременности.

Между тем более 150 миллионов женщин во всем мире ежегодно применяют эффективные контрацептивы, и большинство из них удовлетворены не только их эффективностью, но и не предъявляют жалоб на незначительные побочные эффекты.

Женщины, обращающиеся для производства аборта, должны получить консультацию по контрацепции как в сочетании с услугами по производству аборта, так и во время дальнейших визитов. Основная задача при консультировании в этот период – помочь каждой женщине в решении вопроса, хочет ли она использовать контрацепцию вообще, а также хочет ли она пользоваться каким-либо конкретным

методом контрацепции.

Контрацептивное консультирование должно содержать информацию о преимуществах и недостатках методов, имеющихся в распоряжении и приемлемых для клиентки. Консультант должен помочь женщине выбрать метод контрацепции, который наиболее ей подходит, а также научить женщину и ее партнера использовать этот метод правильно (эффективно). Неправильное использование метода контрацепции может вновь привести к наступлению нежелательной беременности.

При условии отсутствия медицинских противопоказаний применение любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта. Хотя большинство женщин не хотят забеременеть сразу после аборта, некоторые из них затрудняются сразу принять решение о выборе определенного метода контрацепции. Женщинам, которые не выбрали метод контрацепции сразу, можно предложить временно использовать презервативы и посоветовать обратиться за консультацией (возможно, вместе с партнером) в удобное для нее время, как только решение будет принято.

### **КОНТРАЦЕПЦИЯ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ АБОРТА**

Контрацепция после аборта имеет ряд преимуществ. Под воздействием стресса (аборт, безусловно, для большинства женщин является стрессовой ситуацией) у женщины может быть повышена мотивация к использованию методов контрацепции, позволяющих предотвратить наступление следующей нежелательной беременности. В этот период времени консультант (медицинский работник) может помочь женщине подобрать надежный метод контрацепции, который обеспечит ей необходимое время для восстановления здоровья и/или решения вопроса о времени наступления следующей беременности.

Важным преимуществом контрацепции после аборта является также тот факт, что некоторые методы

контрацепции легче начать использовать сразу после аборта.

## ПОСЛЕАБОРТНОЕ ВОЗВРАЩЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Женщины нуждаются в использовании эффективных методов контрацепции сразу после аборта, так как овуляция может наступить уже в течение ближайших 2-4 недель после аборта у 75% женщин в течение 6 недель до наступления ближайшей менструации. Особенно быстро фертильность восстанавливается у женщин, прервавших беременность на ранних сроках и путем фармацевтического аборта. В соответствии с этими данными в целях предотвращения нежелательной беременности, которая может наступить сразу после аборта, женщины должны быть проконсультированы о методах планирования семьи и до, и после аборта.

## АБОРТ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рекомендации по применению методов контрацепции после прерывания беременности в первом триместре такие же, как и для женщин, применяющих их в обычном регулярном режиме. Инволюция матки при этом происходит быстро, и даже барьерные методы, такие как шеечный колпачок или диафрагма, могут активно использоваться женщинами после аборта, произведенного в первом триместре беременности.

## АБОРТ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Психологическая и клиническая ситуация у женщин, прерывающих беременность во втором триместре, в основном схожа с таковыми у женщин после индуцированного аборта, выполненного в первом триместре. Однако существуют некоторые различия, связанные, например, с размерами матки, которая, как правило, возвращается к своим нормальным размерам через 4-6 недель. Этот фактор является принципиальным при выборе барьерных методов, связанных с фиксацией некоторых контрацептивных средств,

с хирургической стерилизацией и введением ВМС.

## ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

Женщинам должен предлагаться широкий выбор контрацептивных методов в соответствии с их потребностями, клинической ситуацией, желанием и материальными возможностями.

Не существует медицинских причин для ограничения использования контрацептивных методов у женщин, находящихся на лечении осложнений после аборта либо после индуцированного аборта. Все методы назначаются с учетом клинической ситуации конкретной женщины, необходимого обследования перед назначением метода, определением противопоказаний для каждого метода (Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости использования некоторых методов контрацепции», ВОЗ, 4-е издание, 2009) и при обязательном качественном консультировании. Особенности медицинского состояния конкретной женщины, ее предпочтения, возможности использовать метод, доступность для последующего наблюдения и продолжительность использования и определяют приемлемость каждого метода для любой женщины.

Современные методы выбирают в порядке предпочтения. Основу предпочтений составляют знания о надежности, приемлемости и, конечно, безопасности метода, немаловажным является и его доступность.

*К наиболее эффективным методам контрацепции относится гормональная контрацепция:* комбинированные оральные контрацептивы (КОК), оральные контрацептивы, содержащие прогестаген (ОКП), препараты пролонгированного действия: инъекции ДепоПровера и импланты. К этой группе следует отнести также и левоноргестрелсодержащие системы – ВМС (Мирена, Bayer Schering Pharma, Германия). Перечисленные методы отличаются не только высокой эффективностью, но и тем, что их можно использовать сразу после аборта.

Кроме того, использование всех вышеперечисленных методов не связано с половым актом, что также является преимуществом для большинства женщин после аборта.

## ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Данные, полученные в различных исследованиях, показали преимущества использования комбинированных низкодозированных гормональных таблеток сразу после аборта: организм женщины после начала их использования легче переносит послеабортный гормональный стресс. Использование комбинированных низкодозированных гормональных контрацептивов способствует более быстрому восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения воспалительной реакции в органах малого таза. Назначение эстроген-гестагенных препаратов с 1-го дня после аборта способствует профилактике эндометриоза и улучшению эпителизации шейки матки у первобеременных.

На фоне регулярного использования КОК происходит «гармонизация» менструального цикла, снижается болезненность, уменьшаются объем и продолжительность менструальных кровотечений. Около 90% женщин, принимающих оральные контрацептивы, имеют регулярный цикл и меньший объем кровопотери во время менструации (в среднем на 50%). Благодаря этому снижается риск развития железододефицитной анемии.

Применение комбинированных таблеток хорошо еще и тем, что через 4-5 лет приема КОК появляются неконтрацептивные преимущества (защитные свойства). Профилактика онкологических заболеваний женской половой сферы, миомы матки, эндометриоза, а также лечебный эффект при анемии, мастопатии, различных нарушениях менструальной функции – это лишь немногие из них, а учитывая, что женщины после процедуры аборта как раз и представляют группу риска по вышеперечисленным заболеваниям, все это делает противозачаточную таблетку препаратом первого выбора после аборта.

В настоящее время российский рынок представлен достаточно широким выбором КОК с различными гестагенными компонентами. И хотя окончательный выбор таблеток останется за женщиной, в этом периоде им, вероятнее всего, подойдут монофазные (средне-, низко- и микродозированные) таблетки.

Ряд зарубежных экспертов и отечественных ученых видят в высоком уровне аборт, проводимых путем выскабливания, угрозу генитального эндометриоза, так как относят к факторам риска по его возникновению внутриматочные вмешательства, приводящие к разрушению гистологического барьера между базальным слоем эндометрия и миометрием. При проведении операции прерывания беременности путем выскабливания необходима постабортная реабилитация при помощи КОК, обладающих определенными преимуществами. В частности, при постабортном назначении следует обратить внимание на КОК, содержащий диеногест – это представитель нового класса «гибридных» прогестагенов, сочетающий преимущества производных 19-нортестостерона и прогестерона. Этот прогестаген входит в состав оральных контрацептивов, созданных компанией Bayer Schering Pharma, Жанин (Jeanine): 30 мкг ЭЭ + 2 мг диеногеста.

Поскольку использование иммуномодуляторов с лечебной целью при эндометриозе уже является повседневной практикой, возможно использовать их влияние не только на системные компоненты иммунной системы, но также и на локальные факторы, способствующие формированию и развитию эндометриозного очага. Диеногест способствует нормализации вызванных эндометриозными эктопиями неблагоприятных иммунных сдвигов и нарушений внутриклеточных сигнальных систем, в частности, уменьшает количество мононуклеаров в перитонеальной жидкости, повышает их естественную фагоцитарную активность, снижает продуцирование макрофагами интерлейкина-1 $\beta$ . Помимо этого, в экспериментальных ра-

ботах показано, что, в отличие от других прогестагенов, диеногест вызывает децидуализацию, а затем и атрофию эндометриозных очагов, обладая прямым ингибирующим воздействием на дальнейшую пролиферацию эктопически расположенной ткани эндометрия, по-видимому, связанным не только с закономерным антипролиферативным прогестагенным эффектом, но и с подавлением активности протеинкиназы С. Появились также данные о подавлении под влиянием диеногеста процессов неоангиогенеза, являющегося еще одним важным патогенетическим звеном эндометриоза.

Помимо лечебного профиля, диеногест имеет желаемый спектр фармакологических эффектов и оптимальные фармакокинетические параметры, являясь производным 19-нортестостерона без этинильного радикала у С17. Препаратами КОК, содержащими диеногест, надежно подавляется овуляция, отмечается хороший контроль менструального цикла, значительно уменьшается менструальная кровопотеря и дисменорея.

По фармакологическим свойствам диеногест близок к естественному прогестерону:

1) оказывает чисто гестагенное действие, поскольку взаимодействует только с прогестероновыми рецепторами (высокоселективен);

2) вследствие высокой селективности диеногест метаболически нейтрален – не оказывает отрицательного влияния на метаболизм;

3) гестагенный эффект диеногеста преимущественно периферический: сильное влияние на эндометрий при умеренной антигонадопной активности;

4) переносится альбуминами плазмы, не взаимодействует с ГСПС (глобулин, связывающий половые стероиды) и не вытесняет тестостерон. В отличие от других производных 19-нортестостерона, диеногест не имеет остаточного андрогенного эффекта, а, напротив, оказывает антиандрогенное действие. Диеногест не метаболизируется при первичном прохождении через печень и обладает почти

100% биодоступностью, быстро выводится и не кумулирует в организме. Благодаря отсутствию в его структуре этинильного радикала диеногест не оказывает влияния на активность цитохрома Р-450 и не нарушает окислительный метаболизм в печени.

Если после аборта женщине был рекомендован короткий курс антибиотиков, использование любого КОК не противопоказано, но для надежного контрацептивного эффекта его прием в течение первых 7 дней следует сочетать с дополнительными средствами контрацепции (например, барьерными).

Вторым гестагеном, имеющим клинические преимущества при назначении после аборта, является левоноргестрел (ЛНГ). Это преимущество обусловлено выраженным прогестагенным действием ЛНГ, позволяющим своевременно и полно отторгнуться эндометрию уже в первом после аборта цикле. Препараты с ЛНГ – Минизистон и Микрогинон – отличаются по дозе эстрогенного компонента – 20 и 30 мкг соответственно и могут назначаться немедленно после проведения процедуры аборта в 1 триместре. В этом случае женщина не нуждается в дополнительных методах контрацепции. Несомненным преимуществом этих препаратов является их ценовая доступность, практически это самые низкоценовые препараты из оригинальных контрацептивов немецкого качества для социально уязвимых слоев населения.

Существующие противопоказания к использованию КОК (Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости использования некоторых методов контрацепции», ВОЗ, 4-е издание, 2009) выделяют группу женщин, которым по каким-либо причинам нежелателен прием эстрогенного компонента, содержащегося в комбинированной таблетке. Это курящие (15 сигарет в день) женщины в возрасте старше 35 лет; с показателями артериального давления > 160/100 мм рт. ст. и выше; сосудистыми изменениями и тромботическими осложнениями в анамнезе или в настоящее время; имеющие ишемическую болезнь



сердца в настоящее время или в анамнезе; поражения клапанного аппарата сердца; с эстрогензависимыми опухолями, больные с декомпенсированными формами сахарного диабета, опухолями печени.

Этой группе женщин могут быть предложены мини-пили – таблетки, содержащие только прогестаген: Эклютон (линестрелол), Микролют (левоноргестрол), Чарозетта (дезогестрел) и другие. Преимуществом ОКП является то, что сроки их назначения не зависят от сроков прерванной беременности. При выборе данного метода необходимо тщательно проконсультировать женщину, так как прием ОКП связан с определенными особенностями/трудностями. Принимать их необходимо без перерывов, в одно и то же время; выбранный час приема должен быть за 4-6 часов до времени, наиболее предпочтительного для половых контактов. Мини-пили могут применяться не только особой группой женщин, но и всеми, кто хочет их использовать.

Те минимальные побочные эффекты, которые могут возникать на фоне приема КОК и ОКП в первые несколько месяцев, при приеме в послеабортном периоде сглаживаются и регистрируются в меньшем проценте случаев; если же и возникают, то при соблюдении необходимых правил исчезают самостоятельно (без лечения) к 3-4 циклу приема.

## ПРЕПАРАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

К гормональным методам, использование которых также рекомендуется в послеабортном периоде, относятся препараты длительного действия. В РФ это ДепоПровера и имплант Норплант. Инъекцию ДепоПровера можно сделать перед выпиской после аборта или в последующий приход женщины в женскую консультацию/Центр планирования семьи, но не позднее 7-го дня после аборта. В дальнейшем эти инъекции необходимо повторять регулярно: 150 мг 1 раз в 3 месяца (90 дней). Этот высокоэффективный метод хотя и не зависит

от пациентки, тем не менее связан с ее самочувствием: наличие небольшого числа побочных эффектов служит причиной отказа от его использования. Предварительная консультация врача и объяснение природы побочных эффектов, а также их небольшая продолжительность помогают части женщин перетерпеть и продолжить использование инъекционной контрацепции. Эта контрацепция в полной мере отвечает требованиям конфиденциальности, ее невозможно обнаружить третьим лицам (партнеру, родственникам).

Имплантационная контрацепция также метод, эффективность которого не зависит от клиента, но зависит от опыта врача, его технических, консультативных навыков и умения правильно отбирать пациенток для применения данного метода. Имплант может быть введен в течение первой недели после аборта, контрацептивное действие наступает незамедлительно. Действие существующего в России импланта Норплант рассчитано на 5 лет использования, после чего он может быть удален или заменен на другой.

## ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

В конце двадцатого века широкой популярностью пользовался метод послеабортного введения ВМС. Клинический опыт, накопленный в сфере репродуктивных технологий в течение последних трех десятилетий, объясняет резкое падение популярности метода внутриматочной контрацепции вообще. Во-первых, зачастую ВМС вводились без учета показаний, но, что еще хуже, без учета противопоказаний. Выросло число поступающих в гинекологические отделения носительниц спиралей с полной или неполной экспульсией, приводящей к новой незапланированной беременности. Имидж ВМС был несправедливо «испорчен» из-за госпитализаций в гинекологические отделения женщин с тяжелыми септическими состояниями, тубоовариальными образованиями, кровотечениями и пельвиопе-

ритонитами, происшедшими после небезупречного введения ВМС. Во-вторых, изменился список состояний, при которых рекомендуется либо строго ограничить использование этого метода (3-я категория приемлемости ВОЗ), либо вообще отказаться от него (4-я категория приемлемости ВОЗ). В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ (4-е издание, 2009) к состояниям, при которых использование ВМС запрещено (4-я категория приемлемости ВОЗ), относят: повышенный риск ИППП (например, гонорея и хламидиоз, наличие нескольких половых партнеров или одного партнера, имеющего нескольких половых партнеров), кровотечения из половых путей неясного генеза; использование ограничено: имевшее место воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ) в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; туберкулез половых органов; трофобластическая болезнь (доброкачественная форма); рак яичников (начало применения метода на фоне указанного состояния).

Абсолютными противопоказаниями для использования медьсодержащих ВМС являются: беременность; состояние после септического аборта; деформация полости матки; кровотечение из влагалища неясной этиологии; трофобластическая болезнь (злокачественная форма); рак шейки матки и рак эндометрия (начало применения метода на фоне указанного состояния); миома матки с деформацией полости матки; ВЗОМТ в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; ИППП в настоящее время или в течение последних 3 месяцев (включая гнойный цервицит); туберкулез половых органов. Для левоноргестрелсодержащих ВМС дополнительные состояния включают рак молочной железы в настоящее время.

Тем не менее, с учетом противопоказаний, использование ВМС в послеабортном периоде поможет решить проблему повторных аборт. Введение ВМС можно произвести как после самопроизвольного, так и/или после искусственного аборта, выполненного в первом триме-

стре беременности.

По данным большинства ученых, изучавших послеабортное введение ВМС и влияние этой методики на здоровье женщины, не обнаруживается серьезных негативных последствий.

В настоящее время предпочтение отдается медьсодержащим ВМС типа ТСu 380А, Мультилоуд CU-375 и Нова-Т (Bayer Schering Pharma, Германия). Естественно, что в любой период времени, когда женщина захочет прекратить использование ВМС, ее можно извлечь досрочно. Если женщина желает использовать гормонсодержащие системы или гормонсодержащие кольца НоваРинг, вводимые самостоятельно на 21 день, с последующим 7-дневным перерывом, ей также можно рекомендовать использование этих методов. Гормонсодержащие ВМС, выделяя гормон локально, обладают похожим на импланты и ДепоПровера действием, поскольку левоноргестрел непосредственно всасывается в кровь и минует первичный печеночный барьер. Но внутриматочное средство и само по себе является эффективным средством контрацепции. В настоящее время довольно широко используется качественно новое внутриматочное гормональное контрацептивное средство Мирена (Bayer Schering Pharma, Германия). Мирена представляет собой левоноргестрел-рилизинговую систему, изготовленную из полиэтилена и имеющую Т-образную форму. Длина Мирены – 32 мм. Вокруг вертикального стержня располагается цилиндрический контейнер, заполненный левоноргестрелом (52 мг), оказывающий на эндометрий более сильное воздействие, чем прогестерон. Контейнер покрыт специальной мембраной, обеспечивающей непрерывное выделение левоноргестрела в количестве 20 мкг в сутки. Мирена сочетает высокую контрацептивную эффективность и терапевтические свойства гормональных контрацептивов (КОК и подкожных имплантов) с удобствами и длительным действием ВМС. Продолжительность действия Мирены составляет 5 лет. Меха-

низм действия Мирены основан на сочетании механизмов действия внутриматочного контрацептива и левоноргестрела, за счет которых: подавляется функциональная активность эндометрия, тормозится пролиферация эндометрия; развивается атрофия эндометриальных желез, псевдодецидуальная и децидуальная трансформация стромы и сосудистые изменения, что препятствуют имплантации; происходит изменение физико-химических свойств цервикальной слизи (повышается вязкость), что затрудняет пенетрацию сперматозоидов; уменьшается подвижность сперматозоидов в полости матки и маточных трубах. Для левоноргестрелсодержащих ВМС 3-я категория приемлемости ВОЗ, когда использование метода не рекомендуется, за исключением случаев, когда другие методы недоступны, включает послеродовую лактацию (до 6 недель), использование АРВ-терапии при ВИЧ, наличие послеабортного сепсиса, острого тромбоза глубоких вен/тромбоэмболии в настоящее время; ИБС; мигрень с очаговыми неврологическими симптомами (аурой) в любом возрасте; вирусного гепатита (активная форма); декомпенсированного цирроза печени; доброкачественной (аденома) и злокачественной (гепатома) опухолей печени.

### **ЭКСТРЕННАЯ (СРОЧНАЯ) КОНТРАЦЕПЦИЯ**

Необходимо иметь в виду, что не все женщины после аборта могут положительно ответить на вопрос о возможности дальнейшей регулярной половой жизни и, соответственно, о необходимости постоянного использования контрацептивных методов. В этом случае, как и при выборе любого другого метода контрацепции, женщина должна быть проинформирована о возможности использования метода экстренной (срочной) контрацепции. В зависимости от клинической ситуации и желания женщины во время консультирования могут быть рассмотрены как гормональный метод, так и введение ВМС. Наиболее популярным вариантом метода яв-

ляется использование Постинора, содержащего 0,75 мг левоноргестрела (до 72 часов с момента незащищенного контакта), и Эскапела, содержащего 1,5 мг левоноргестрела (до 96 часов). Для сохранения высокой эффективности и хорошей переносимости (с минимальным числом побочных эффектов) данного метода должны соблюдаться следующие условия: метод может быть использован в положенные инструкцией сроки после незащищенного контакта и не чаще 1 раза в цикл, так как не является методом постоянной контрацепции.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ**

Существует определенная категория женщин, которая после перенесенного аборта предпочтет использование необратимого метода контрацепции – хирургическую стерилизацию. В нашей стране хирургическая стерилизация разрешена женщинам в возрасте старше 35 лет либо имеющим двух и более детей (см. также Приказ МЗ и СР РФ № 121-н от 18.03.2009). Этой категории женщин должно быть уделено особое пристальное внимание при консультировании, так как женщины после аборта могут принимать решение в состоянии стресса и в дальнейшем сожалеть о принятом решении.

Согласно рекомендациям ВОЗ, при соблюдении законов, действующих на территории РФ и определяющих контингент женщин для данной процедуры, при наличии информированного согласия пациентки этот метод может быть выполнен сразу после процедуры аборта, совершенной как в первом, так и во втором триместре беременности (категория 1). Наличие кровотечения, тяжелой травмы мягких тканей половых путей, перфорации матки или гематомы для хирургической стерилизации определены как состояния, строго ограничивающие применение данного метода.

### **БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ**

Рекомендации об использовании барьерных методов и спермицидов также имеют свое обоснование: их



можно применять всем в течение первого месяца после аборта, осуществляя в послеоабортном периоде комплексную защиту и от беременности, и от осложнений инфекционного характера («метод двойной защиты»). Перенесшие аборт во втором триместре могут использовать презервативы, как только начнут половую жизнь. Применение диафрагмы или колпачков следует отложить до тех пор, пока шейка матки и влагалище не примут своих нормальных размеров. Однако отдельно использовать эти малоэффективные методы контрацепции в настоящее время не рекомендуется.

Существует вероятность того, что некоторые женщины захотят использовать естественные методы планирования семьи. В процессе консультирования таких женщин необходимо иметь в виду, что использование этого метода контрацепции после аборта не рекомендуется, так как его применение связано с наличием регулярного менструального цикла. У большинства женщин овуляция наступает в течение первого месяца после аборта. Однако время наступления первой овуляции иногда трудно определить, поэтому до восстановления регулярного менструального цикла полагаться на этот метод не рекомендуется.

### **ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ У ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОК**

Существуют определенные категории населения, у которых могут возникнуть трудности при выборе методов планирования семьи. К таким категориям относятся подростки, женщины с самопроизвольными и повторными абортами, женщины с высокой степенью риска ИППП и ВИЧ-инфицированные женщины.

### **ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ ПОСЛЕ АБОРТА У ПОДРОСТКОВ**

Беременные девушки, обращающиеся к врачам по поводу аборта, нуждаются в особом внимании и подходе во время консультирования. Подростки обычно прибегают к услугам по производству аборта при поздних сроках беременности,

во втором ее триместре. В этих сроках производство аборта связано с повышенным риском, и, кроме того, такая процедура менее доступна. Подростки обычно очень встревожены и обеспокоены по поводу своей будущей фертильности. Таким образом, важно понять их переживания и реагировать на них деликатным и действенным консультированием, иногда с длительным последующим наблюдением. Подросткам следует получать контрацептивное консультирование в рамках полной программы услуг по производству аборта.

В настоящее время не существует медицинских ограничений для использования методов контрацепции у подростков. Учитывая множество положительных непротивных эффектов, свойственных КОК, этот метод является предпочтительным. Для надежной контрацепции и одновременно с целью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, подросткам (они относятся к группе риска) необходимо рекомендовать, наряду с таблетками, барьерные методы – мужские и женские презервативы (возможно, в сочетании со спермицидами).

### **ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ У ЖЕНЩИН С ПОВТОРНЫМИ АБОРТАМИ**

Не менее важно консультирование женщин с повторными абортами. Женщины, обращающиеся за помощью в прерывании повторной нежелательной беременности, нуждаются в особом подходе. Необходимо представлять себе причины такого поведения. Это может быть неиспользование какого-либо контрацептивного метода вообще, разочарование в связи с неэффективностью или низкой эффективностью избранного метода, ошибки при использовании метода и т.п. Во всех случаях необходимо провести консультирование и убедить женщину и/или ее партнера в необходимости применять наиболее эффективные методы контрацепции, вновь обсудить правила применения, сосредоточиться на возможных ошибках использования, дабы избежать их.

### **ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

Ситуация с ВИЧ-инфицированными женщинами в России становится настолько тревожной и реальной, что медицинским работникам, оказывающим услуги по планированию семьи женщинам после абортов, необходимы знания о возможностях использования контрацептивных методов у этой категории населения. Для любой женщины, получающей информацию и консультирующейся по вопросам планирования семьи, должен быть оценен риск ВИЧ-инфицирования. Всем женщинам необходимо знать, что единственным методом, способным защитить половых партнеров от ИППП, является презерватив (мужской или женский). Во многих случаях женщина может выбрать любой эффективный метод контрацепции с дополнительным использованием презерватива для профилактики ИППП.

Барьерные методы, особенно презервативы, должны быть обязательно рекомендованы всем женщинам для профилактики ИППП/ВИЧ и СПИД.

Вне зависимости от того, использует или не использует женщина метод контрацепции, какой бы высокоэффективный контрацептивный метод ни был рекомендован женщине, после аборта пациентка должна быть обязательно приглашена на прием к специалисту в течение 7-14 дней после аборта. Наблюдение за использующей тот или иной контрацептивный метод женщиной осуществляется в последующем регулярно через три месяца, затем через шесть и, наконец, через год. Проведение мероприятий, связанных с реабилитацией репродуктивной функции перенесшей аборт женщины, осуществляется по показаниям специалистами амбулаторно-поликлинической службы или центров планирования семьи.

Таким образом, профессиональные знания медицинских работников и возможность оказания квалифицированной помощи, включая консультирование, проводимое всем женщинам, перенесшим процедуру аборта, будут способствовать профилактике и снижению частоты повторных абортов в России.



# Жанин®

30 мкг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста

**Диеногест - гибридный гестаген с выраженным антипролиферативным действием на эндометрий**



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



## НИЗКОДОЗИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ

### ЖАНИН® (JEANINE®)

**Лекарственная форма:** драже, 0,03 мг этинилэстрадиола и 2,0 мг диеногеста.

**Показания к применению:** Контрацепция.

**Противопоказания:** Тромбозы (венозные и артериальные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), цереброваскулярные нарушения; состояния, предшествующие тромбозу (в том числе, транзиторные ишемические атаки, стенокардия) в настоящее время или в анамнезе. Мигрень с очаговыми неврологическими симптомами в анамнезе. Сахарный диабет с сосудистыми осложнениями. Множественные или выраженные факторы риска венозного или артериального тромбоза, в том числе осложненные поражения клапанного аппарата сердца, фибрилляция предсердий, заболевания сосудов головного мозга или коронарных артерий сердца; неконтролируемая артериальная гипертензия, курение в возрасте старше 35 лет. Пакреатит с выраженной гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе; печеночная недостаточность и тяжелые заболевания печени (до тех пор, пока печеночные тесты не придут в

норму); опухоли печени (доброкачественные или злокачественные) в настоящее время или в анамнезе; выявленные гормонозависимые злокачественные заболевания (в том числе половых органов или молочных желез) или подозрение на них; вагинальное кровотечение неясного генеза; беременность или подозрение на нее; период кормления грудью; повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; длительная иммобилизация, серьезное хирургическое вмешательство, хирургические операции на ногах, повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата.

**Применение с осторожностью:** факторы риска развития тромбоза и тромбоэмболии; заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения; наследственный ангионевротический отек; гипертриглицеридемия, заболевания печени; заболевания, впервые возникшие или усугубившиеся во время беременности или на фоне предыдущего приема половых гормонов (например, желтуха, холестаз, холелитиаз, отосклероз с ухудшением слуха, порфирия, герпес беременных, хорея Сиденгама); послеродовой период. Жанин не назначается во время беременности и в период кормления грудью. Если беременность выявляется во время приема препарата Жанин, препарат сразу же

отменяется. Использование комбинированных пероральных контрацептивов противопоказано при лактации.

**Побочное действие:** Могут отмечаться нарушения менструального цикла, такие как нерегулярные кровотечения (мажущие кровянистые выделения или кровотечения), особенно в течение первых месяцев применения. На фоне приема комбинированных пероральных контрацептивов у женщин наблюдались и другие нежелательные эффекты, связь которых с приемом препаратов не подтверждена, но и не опровергнута. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

**Способ применения и дозы:** Драже следует принимать внутрь по порядку, указанному на упаковке, каждый день примерно в одно и то же время, с небольшим количеством воды. Принимают по одному драже в сутки непрерывно в течение 21 дня. Прием следующей упаковки начинается после 7-дневного перерыва в приеме драже, во время которого обычно имеет место кровотечение отмены. В случае пропуска приема препарата необходимо руководствоваться правилами приема пропущенных драже. Регистрационный номер: ПНО13757/01 от 02.04.2009. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «БАЙЕР». 107113 Россия, Москва, ул. 3-я Рыбинская д.18, стр. 2.

Санкт-Петербург (812) 331 36 00

Ростов-на-Дону (863) 206 20 47

Казань (843) 267 61 27

Екатеринбург (343) 355 31 76

Москва (495) 231 12 00

Новосибирск (383) 222 18 27

Хабаровск (4212) 41 42 29

Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10

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

09.09-0564-RU

Г.Б. ДИККЕ,  
В.И. КИСЕЛЕВ,  
Е.Л. МУЙЖНЕК

Московский  
государственный медико-  
стоматологический  
университет  
НИИ молекулярной  
медицины ММА  
им. И.М. Сеченова  
«МираксБиоФарма»

# Профилактика отдаленных последствий после хирургического аборта

*Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а уровень аборт в России остается одним из самых высоких в мире. Медико-социальная значимость аборта определяется не только его распространенностью, но и высокой материнской смертностью, а также значительным удельным весом в структуре гинекологической заболеваемости. Учитывая высокую частоту осложнений после дилатации и кюретажа, в России принята тактика проведения реабилитационных мероприятий после прерывания беременности этим методом. Для профилактики отдаленных неблагоприятных последствий после хирургического аборта предлагается использовать новый препарат Промисан®.*

**Ч**астота различных осложнений после хирургического аборта, по данным отечественных и зарубежных авторов, колеблется от 16% до 52%. Поэтому проблема сохранения и восстановления репродуктивной функции является крайне актуальной для женщин, подвергшихся операции искусственного прерывания беременности.

Частота осложнений аборт в зависимости от их количества. Так, по данным Н.Л. Никифоровского и др., при наличии 1-2 аборт вероятность возникновения осложнений составляет 3-4%, при наличии в анамнезе 3-4 аборт – 18-20%. Женщины, пере-

несшие 6-7 аборт, в 100% случаев рискуют иметь осложнения. При прерывании первой беременности у молодых нерожавших женщин осложнения отмечаются в 45,5-59,4% случаев.

Среди неблагоприятных исходов аборт выделяют непосредственные осложнения, возникающие во время операции, – кровотечение и перфорация матки; ранние – гематометра, эндометрит, остатки плодного яйца, прогрессирование беременности, воспалительные заболевания матки и придатков или обострение хронического воспалительного процесса; поздние (отсроченные) – нарушения менструального цикла; отдаленные – повреждение и рубцовые изменения внутреннего зева и шеечного канала, повреждение и дегенерация эндометрия, образование синехий в матке, нарушение проходимости маточных труб, психогенные расстройства, дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (метаболический синдром). По данным В.И. Кулакова, через один год после искусственного аборт нарушения в репродуктивной системе обнаруживаются у 15,2% женщин, через 3-5 лет – у 52,4%.

Нередко возникшие осложнения принимают затяжное хроническое течение, которое приводит к выраженным анатомическим изменениям гениталий, что может явиться причиной последующего бесплодия, невынашивания беременности, внематочной беременности. Так, например, искусственный аборт в анамнезе имели

40-44% женщин, оперированных по поводу внематочной беременности, 50-55% женщин – с вторичным бесплодием. Воспалительные заболевания органов малого таза отмечены у 27,3-40,4% пациенток, имевших в анамнезе аборт; невынашивание беременности и истмико-цервикальная недостаточность – у 13,7-50%; доброкачественные новообразования – у 6,8%; депрессивные состояния – у 1-9,1% пациенток.

Исследования показывают, что, помимо анатомических изменений в половых органах, искусственное прерывание беременности является непосредственной причиной функциональных нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Это проявляется в виде олигоменореи, аменореи, гиперпролактинемии, вторичных поликистозных яичников – патологических состояний, которые занимают ведущее место в структуре отдаленных осложнений. Их частота колеблется от 3 до 59,1%.

## ПАТОГЕНЕЗ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДИЛАТАЦИИ И КЮРЕТАЖА

Вызывая дефицит эстрогенов, аборт обуславливает торможение процессов физиологической пролиферации эндометрия, что неблагоприятно влияет в дальнейшем на его прегравидарную трансформацию. Искусственное прерывание беременности, при котором имеет место травма эндометрия, может изменить свойства рецепторов к половым стероидам и тем самым

приводит к нарушению специфического ответа со стороны матки. Изучение структуры эндометрия у пациенток после аборта позволило выявить два возможных варианта ее восстановления: формирование смешанной формы гипопластического эндометрия, которая развивается при воздействии малых концентраций обоих видов половых стероидов, и формирование железисто-кистозной гиперплазии эндометрия по смешанному типу, что свидетельствует об относительной гиперэстрогении и сниженном влиянии гестагенов. Во всех случаях искусственный аборт, наряду с дисгормональными нарушениями, ведет также к повреждению рецепторного аппарата матки, расстройству нейрогуморальных процессов, дистрофическим изменениям эндометрия.

Представляется интересным анализ исследований, посвященных изучению влияния прерывания первой беременности на возникновение в дальнейшем злокачественных опухолей гормонально-зависимых органов. Установлено, что аборт вызывает резкое нарушение начавшихся в организме процессов адаптации к сосуществованию с плодом: внезапно нарушается деятельность эндокринной, иммунной, нервной и других систем по механизму, определяемому некоторыми авторами как «гормональный стресс». При повторных абортах такие изменения могут накапливаться, приводя в итоге к хроническим эндокринным нарушениям и прежде всего к прогестерондефицитным состояниям. Последние в свою очередь способствуют нарушению механизмов регуляции клеточного роста и дифференциации, ухудшению иммунного статуса организма, что прямо или косвенно приводит к развитию опухолей.

В связи с увеличением частоты эндометриоза в популяции молодых нерожавших женщин, имевших в анамнезе прерывание первой беременности, высказываются предположения о взаимосвязи возникновения эндометриоза и аборта. Признаки формирующегося эндо-



**Рисунок 1. Профилактика отдаленных последствий хирургического аборта и внутриматочных вмешательств**

метриоза, подтвержденного гистероскопически, были выявлены при нарушении менструального цикла после аборта у каждой второй женщины.

В результате прерывания беременности могут происходить и изменения в молочных железах. Структура молочных желез изменяется за счет значительного нарастания железистых элементов и увеличения объема желез. Прерывание беременности происходит в период активной физиологической пролиферации железистой ткани молочных желез и может оказывать отрицательное воздействие, явиться «пусковым» фактором для перехода физиологической пролиферации в патологический процесс и привести к развитию мастопатии.

### ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

По оценке некоторых специалистов, прямой экономический ущерб от абортов и их осложнений составляет не менее 5% от общего бюджета здравоохранения.

### ПРОФИЛАКТИКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО АБОРТА

Эксперты ВОЗ утверждают, что использование современных без-

опасных технологий прерывания беременности – медикаментозного метода и вакуумной аспирации – позволит существенно сократить материнскую смертность и частоту осложнений (2-3). Так, материнская смертность при выполнении аборта на ранних стадиях современными безопасными методами не превышает 1 случая на 100 тыс. вмешательств, и в подавляющем большинстве случаев у женщин, которым правильно был выполнен искусственный аборт, не будет каких-либо отдаленных последствий такого вмешательства с точки зрения их общего самочувствия или состояния репродуктивного здоровья. Исключения составляет лишь незначительная доля женщин. Научные исследования не подтверждают связь между безопасно индуцированным абортom в первом триместре и неблагоприятными исходами последующих беременностей. Надежные эпидемиологические данные не свидетельствуют о существовании повышенного риска возникновения рака молочной железы у женщин, прервавших беременность в первом триместре. Судя по результатам тщательного проведенного обзора исследований, психологические остаточные явления имеют место у незначи-



тельного числа женщин и, по всей вероятности, представляют собой продолжение состояний, которые наблюдались ранее.

Осложнения медикаментозного аборта отмечаются только в раннем периоде и в совокупности не превышают 5% (продолжающаяся беременность – 0,9-1,1%, неполный аборт – 1,8-2,9%, кровотечение – 0,33-1,4%, инфекция – 0,09-0,5%), что в десятки раз меньше, чем при дилатации и кюретаже (20-21).

Осложнения, требующие госпитализации после вакуумной аспирации, не превышают 0,1% (22). При этом требуется соблюдение определенных условий выполнения манипуляции: «бесконтактная методика» (профилактика инфекционных осложнений), использование гибких пластиковых канюль и отказ от контрольного кюретажа матки с заменой его на визуальный осмотр удаленных тканей (профилактика травмы эндометрия и трубно-перитонеального бесплодия), выбор размера канюли в соответствии со степенью раскрытия шейки матки, а в сроках более 8 недель или у нерожавших женщин во всех сроках – подготовка шейки матки мифепристоном или мизопростолом (профилактика травматизации шейки матки и истмико-цервикальной недостаточности), предпочтительное использование методов местного обезболивания в сочетании с анальгетиками, седативными средствами и вербальной поддержкой (профилактика риска анестезиологического пособия). При этом необходимо предоставить женщине выбор как метода прерывания беременности, так и метода обезболивания (2, 25).

Согласно рекомендациям ВОЗ, организаторы здравоохранения и

лица, формулирующие политику в этой сфере, должны принять все возможные меры к тому, чтобы медикаментозный метод и вакуумная аспирация пришли на смену кюретажу полости матки (2).

## ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АБОРТ

Учитывая высокую частоту осложнений после дилатации и кюретажа, в России принята тактика проведения реабилитационных мероприятий после прерывания беременности этим методом.

Реабилитация и восстановительное лечение – это процесс или система медицинских мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушений, вызванных произведенным вмешательством, в системах и органах.

Реабилитация после хирургического аборта традиционно включает в себя комплекс мероприятий, направленных на профилактику отдаленных последствий, и предполагает: гормональную контрацепцию, антибактериальную терапию (короткий курс), прием антистресс-витаминов, коррекцию иммунологического статуса, физиотерапевтическое лечение.

Каскад нарушений, вызванных «гормональным стрессом» и травмой эндометрия во время выполнения кюретажа, в 40% случаев приводит к формированию хронического эндометрита (7) и в дальнейшем – к развитию гиперпластических заболеваний органов репродукции (18).

С целью их предотвращения была разработана стратегия первичной профилактики, предусматриваю-

щая формирование групп риска (анамнез, образ жизни, сексуальное поведение), раннее выявление женщин с неблагоприятным гормональным фоном, обусловленным сдвинутым в неблагоприятную сторону метаболизмом эстрадиола (оценка экскреции «физиологического» (2-OHE1) и «канцерогенного» (16 $\alpha$ -OHE1) эстрогенов), и его последующая медикаментозная коррекция с целью переключения метаболизма эстрадиола в сторону 2-OHE1 (24), а также популяризация здорового образа жизни и повышение значимости статуса женщины-матери.

Учитывая то, что частота аборт остается все еще очень высокой и то, что около 80% из них прерываются методом дилатации и кюретажа, поиск новых средств и методов реабилитации после хирургического аборта продолжает оставаться актуальным.

Согласно современным представлениям, идеальная профилактика гиперпластических заболеваний должна предусматривать ингибирование максимального числа звеньев их патогенеза, а именно: подавление воспалительной реакции в эндометрии, снижение клеточной пролиферации, повышение общей иммунной реактивности организма и антибактериальное действие (4). Все указанные биологические процессы оказываются «под прицелом» нового современного направления консервативной терапии – т.н. «таргетной» терапии, или иначе «терапии целевого, направленного действия». Такого рода фармацевтические препараты избирательно модулируют функции сигнальных белков («молекулярных мишеней»), опосредующих переход нормальных клеток и тканей в трансформированные (опухолевые).

В настоящее время с позиций молекулярной медицины доказана патогенетическая обоснованность и клиническая эффективность двух соединений природного происхождения этой группы – индол-3-карбинола (I3C) и эпигаллокатехин-3-галлата (EGCG) (4, 8, 19, 23). Известен ряд работ, выполненных в

**Есть все основания считать, что препарат Промисан® со временем станет одним из основных препаратов в патогенетической профилактике онкологических и предшествующих им гипер- и неопластических заболеваний репродуктивной системы. Для профилактики отдаленных неблагоприятных последствий после хирургического аборта Промисан® следует принимать по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 3 месяцев.**

# Промисан®



**ПРОМИСАН®** – негормональное средство природного происхождения, способствует реабилитации и снижает риск осложнений после аборта.



восстанавливает структуру и функции эндометрия



оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие



блокирует все основные пути патологической клеточной пролиферации



нормализует метаболизм эстрогенов и восстанавливает соотношение физиологического (2-OHE1) и канцерогенного (16 $\alpha$ -OHE1) метаболитов

Эффект от применения **ПРОМИСАНА®** развивается постепенно, что обусловлено накопительным воздействием препарата на молекулярные механизмы патологических процессов. Для достижения результата необходимо строго соблюдать дозировку и курс приема.



утро

+



вечер

= 3 месяца



Не является лекарством. Свидетельство о государственной регистрации 77.99.23.3.У.1450.3.07 от 06.03.2007

Телефон горячей линии: **8-800-555-8-800** Звонки по России бесплатно



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

ЗАО «МираксФарма»

121059 Москва, ул. Брянская д.5

[www.mirax-pharma.ru](http://www.mirax-pharma.ru)

ММА им. И.М. Сеченова коллективом под руководством профессора И.С. Сидоровой, в которых показано улучшение результатов комплексного лечения миомы матки и эндометриоза при использовании I3C и EGCG (8-17).

Оказалось, что совместное применение индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата усиливает действие каждого из них в отдельности. Добавление к этим веществам микроэлементов меди, йода, железа, селена и марганца с целью повышения антиоксидантного действия и восполнения микроэлементного состава в организме привело к созданию нового препарата – Промисан®.

Патогенетически обоснованная фармакологическая коррекция возможных нарушений с помощью препарата Промисан® подразумевает восстановление нарушенного баланса молекулярно-биологических процессов путем блокирования пролиферации (снижение патологической эстрогенной стимуляции и гиперэкспрессии факторов роста) и неопластического ангиогенеза, индуцирования апоптоза, подавления провоспалительных внутриклеточных сигналов, а также ингибирования

инвазии клеток эндометрия в миометрий (19). Другими словами, активные компоненты Промисан® – I3C и EGCG – на молекулярном и субмолекулярном уровне эффективно нормализуют в организме метаболизм эстрогенов, блокируют все основные пути патологической клеточной пролиферации, тормозят провоспалительные процессы, подавляют распространение патологически измененных клеток эндометрия за пределы матки, но одновременно с этим стимулируют избирательный апоптоз клеток, имеющих повышенный пролиферативный потенциал. Чрезвычайно важным моментом является также способность активных компонентов препарата Промисан® – I3C и EGCG – нормализовать процессы клеточной репарации в эндометрии, которые протекают с участием стволовых клеток. Известно, что при неблагоприятных условиях (хроническое воспаление, стресс, гормональный дисбаланс, наличие других факторов риска) с большей степенью вероятности возникающих после инвазивного abortивного вмешательства, нормальный ход репаративных клеточных процессов в эндометрии нарушается, что

приводит к образованию из нормальных стволовых клеток пула так называемых «опухолевых стволовых клеток», являющихся резервуаром растущего опухолевого очага. Следует также отметить, что EGCG обладает самостоятельной антибактериальной, антиоксидантной и антиаллергенной активностью, а также способностью нормализовать и укреплять состояние капилляров (4-6).

Включение в состав препарата минерального премикса позволяет оказывать влияние на обмен веществ, стимулирует выработку гемоглобина, усиливает антиоксидантную и антипролиферативную активность.

Для профилактики отдаленных неблагоприятных последствий после хирургического аборта Промисан® следует принимать по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 3 месяцев.

Есть все основания считать, что препарат Промисан® со временем станет одним из основных препаратов в патогенетической профилактике онкологических и предшествующих им гипер- и неопластических заболеваний репродуктивной системы (1). 

## Литература

1. Ашрафян Л.А., Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Патогенетическая профилактика рака репродуктивных органов. М.: «Димитрейд График Групп», 2009.
2. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ, 2004. С. 138.
3. Берер М. Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения // Проблемы репродуктивного здоровья. 2008; декабрь. С. 5-21.
4. Киселев В.И., Ляшенко А.А. Индинол – регулятор пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы. М., 2008. С. 50.
5. Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Общие принципы профилактики метастатической болезни и сенсibilизации опухолей. М.: «Димитрейд График Групп», 2007.
6. Пальцев М.А., Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Молекулярные мишени в профилактике и лечении гиперплазии и рака предстательной железы. М.: «Димитрейд График Групп», 2009.
7. Ранние сроки беременности (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М.: Status Praesens, 2009. С. 480.
8. Сидорова И.С., Коган Е.А., Унянян А.Л., Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Эпигаллат и репродуктивное здоровье. М., 2008. С. 48.
9. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Клиническое значение и пути фармакологической коррекции экспрессии матричных металлопротеиназ при аденомиозе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006; Т. 5, № 5: 55-61.
10. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А., Леваков С.А. Новые аспекты патогенеза и патогенетически обоснованной терапии аденомиоза // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006; № 9: 38-43.
11. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Клинико-патогенетические особенности разных гистотипов миомы матки и пути их фармакологической коррекции // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007; № 1: 6-11.
12. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Миома матки в сочетании с аденомиозом. Пути фармакологической коррекции // Врач. 2007; 3: 101-102.
13. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Клинико-патогенетические варианты развития аденомиоза – перспективы таргетной терапии // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007; № 3: 38-41.
14. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Дисбаланс апоптоза и пролиферации в патогенезе сочетания аденомиоза с миомой матки: перспективы патогенетически обоснованной терапии // Врач. 2007; № 4: 61-63.
15. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Клинико-патогенетические особенности эндометриодных поражений яичников: возможности прогнозирования и профилактики рецидивов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007; Т. 6, № 1: 18-23.
16. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Коган Е.А. и др. Клинико-морфологические варианты развития аденомиоза и концепция таргетной терапии // Врач. 2007; № 9: 20-23.
17. Сидорова И.С., Унянян А.Л., Карасева Н.В. Возможности применения Индинола и Эпигаллата при сочетании миомы матки и аденомиоза // Фарматека. 2008; № 11: 72-78.
18. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного органосохраняющего лечения миомы матки. М., 2007. С. 37.
19. Brignall M.S. Prevention and treatment of cancer with indol-3-carbinol. Altern. Med. Rev. 2001. Dec. 6 (6): 580-9.
20. Fiala, Christian, MD, PhD. July 2006. Personal communication. Gynmed Clinic. Vienna, Austria.
21. Gemzell-Danielsson, Kristina, MD, PhD. July 2006. Personal communication. Karolinska University Hospital. Stockholm. Sweden.
22. Hassoun, Danielle, MD. July 2006. Personal communication. Delafontaine Hospital. Paris.
23. McFadden M.C., Rooney P.H. et al. Quantitative analysis of the Ah receptor/cytochrome P450 CYP1B1/CYP1A1 signalling pathway. Biochem. Pharmacol. 2003. Vol. 65. № 10. P. 1663-74.
24. Meng Q., Yun F. et al. Indol-3-carbinol is a negative regulator of estrogen receptor signalling in human tumor cells. J. of Nutrition. 2000. 130. P. 2927-31.
25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2004. The care of women requesting induced abortion. Evidence-Based Clinical Guideline Number 7. London. RCOG.

Всемирная Ассоциация Репродуктивной Медицины (WARM)  
Клиника экстракорпорального оплодотворения  
(ЭКО) «Альтравита», г. Москва, Россия



## 5-й Международный Конгресс Всемирной Ассоциации Репродуктивной Медицины WARM-2010

Центр Международной Торговли  
10-13 октября 2010

[www.warm2010.ru](http://www.warm2010.ru)

Тел./Факс: +7 (495) 726-5135

E-mail: [warm2010@onlinereg.ru](mailto:warm2010@onlinereg.ru)



Г.Б. ДИККЕ,  
Е.Л. ЯРОЦКАЯ,  
Л.В. ЕРОФЕЕВА

Московский  
государственный медико-  
стоматологический  
университет

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

Российская ассоциация  
«Народонаселение и  
развитие»

## Проблемы нежелательной беременности, репродуктивного выбора и контрацепции у девочек-подростков

*В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи (6). Несмотря на современную демографическую политику, направленную на повышение рождаемости, в том числе за счет снижения числа аборт и их осложнений, до 95% (2007) репродуктивных потерь в стране обусловлены прерыванием беременностей (по желанию или вынужденные, включая самопроизвольные) (11). Среди них доля аборт у девочек-подростков составляет 11,3% (11). Аборт занимают значимое место в ряду причин заболеваемости и смертности среди женщин фертильного возраста. В ходе «Стратегической оценки политики, программ и услуг в области непланируемой беременности, контрацепции и аборт в РФ» были сделаны находки, позволяющие определить дальнейшие шаги по совершенствованию медицинской помощи населению по вопросам репродуктивного выбора. Данные, которые авторы приводят в настоящей статье, являются частью этого исследования.*

**С**татистические данные по осложнениям аборт и материнской смертности среди подростков отсутствуют. По данным В.Е. Радзинского (2009), у девочек-подростков после прерывания первой беременности в 40% случаев формируется хронический, как правило, аутоиммунный эндометрит, что существенно снижает возможность реализации репродуктивной функции в будущем (9). И.К. Богатовой и др. (2001) было показано, что в подростковом возрасте иммунная система не в состоянии сформировать адекватный ответ на стимуляцию антигенами плода – происходит срыв клеточных реакций на фоне угнетения функциональной активности гуморального звена иммунитета. В то же время медикаментозное прерывание беременности практически не

оказывает отрицательного влияния на показатели функциональной активности иммунокомпетентных клеток периферической крови у подростков. На основании полученных данных авторы приходят к заключению о предпочтительности использования медикаментозных методов у подростков (3). Однако в реальной жизни этот метод мало доступен для данного контингента пациенток (11). Платность медикаментозного аборт является основным препятствием для подростков в получении этого вида медицинской помощи, несмотря на декларирование государством бесплатности услуги по прерыванию беременности (7).

Использование современных средств контрацепции подростками статистически не учитывается. В 1999 г., по данным специального

исследования (3), их применяли лишь 15,9%. По данным МЗ и СР РФ (11), среди всех женщин фертильного возраста ОК и ВМС использовали лишь 27%.

Трудности, связанные с получением квалифицированной помощи подростками по вопросам репродуктивного выбора, обусловлены недостаточной информированностью молодежи, в том числе о наличии молодежных центров даже в тех территориях, где они функционируют.

В России удельный вес девочек и девочек-подростков составляет всего 18,2% от общего числа всех женщин репродуктивного возраста (11).

В ходе «Стратегической оценки политики, программ и услуг в области непланируемой беременности, контрацепции и аборт в РФ», осуществленной группой исследователей, в которую входили представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, других ведущих научных и практических учреждений в области репродуктивного здоровья, Российской ассоциации «Народонаселение и развитие», были сделаны находки, позволяющие определить дальнейшие шаги по совершенствованию медицинской помощи населению по вопросам репродуктивного выбора.

Данные, которые авторы приводят в настоящей статье, являются частью этого исследования, целью которого являлась оценка системы

оказания медицинской помощи в сфере реализации репродуктивного выбора в России, определение возможных стратегических изменений и создание программ, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи в связи с профилактикой нежелательной беременности, искусственными абортами и на снижение их числа, включая небезопасные аборты.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении Оценки использовались концептуальный подход и методология стратегического планирования, известная как Стратегический Подход, разработанный и внедряемый Департаментом репродуктивного здоровья и исследований ВОЗ.

Сбор данных осуществлялся методом интервьюирования руководителей всех уровней, практических врачей акушеров-гинекологов, потребителей услуг, представителей общественности, включая работников предприятий, учителей, студентов, представителей молодежных и женских организаций, владельцев предприятий, региональных государственных чиновников, представителей национальных меньшинств в России и других заинтересованных лиц в трех регионах Российской Федерации (Московская, Ивановская, Свердловская области), а также результаты наблюдений за предоставлением услуг, связанных с планированием семьи и абортми (апрель, 2009). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась качественным методом группой экспертов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе проведения исследования было отмечено, что знания молодежи, как сельской, так и городской, о методах контрацепции и последствиях аборта сравнительно высокие. В то же время знания и отношение к вопросам сексуальной жизни, профилактике беременности, аборту существенно различаются в зависимости от уровня образования, окружающей социальной среды. Так, учащиеся медицинских

училищ в сравнении с учащимися старших классов общеобразовательных школ лучше осведомлены о методах контрацепции: молодые люди ориентированы на презерватив, девушки преимущественно на оральную контрацепцию. В то же время, ни те, ни другие никогда не использовали экстренную контрацепцию, но знают о «домашних методах решения проблемы» – прием лекарственных средств и алкоголя, физические нагрузки, горячие ванны, спринцевания и т.п. Чаще всего информацию о контрацепции подростки черпают из СМИ, Интернета, на занятиях по половому воспитанию (там, где они проводятся).

Многие представители молодежи считают, что информации о средствах профилактики нежелательной беременности достаточно, но отмечают дефицит возможности обсуждения конкретной ситуации и получения рекомендаций от компетентных лиц. Считают, что эту проблему можно решить, организовав кабинеты экстренной помощи, телефонные или интернет-линии доверия и т.п.

По официальной статистике одной из областей, где проводилось исследование, ежегодно около 30 девочек моложе 14 лет подвергаются абортам, причем около трети – выполняются на позднем сроке. В ряде школ и колледжей, которые посетила группа исследования, сообщалось о единичных случаях как абортов, так и родов среди учащихся. В молодежной среде преобладает резко негативное отношение к аборту, однако оно более выражено среди представителей младшего подросткового возраста обоих полов. Подростки старшего возраста высказывают более толерантное отношение к аборту, считая его «неизбежным злом» при наступлении непланируемой беременности. Однако большинство подростков считает такую беременность «катастрофой»: те подростки, которые сообщили о собственном опыте аборта, прибегали к прерыванию

беременности тайно, скрывая даже от самых близких людей, считая, что это непременно крайне негативно скажется на их имидже в семье и обществе. Многие подростки считают, что им может быть отказано в процедуре аборта в связи с юным возрастом, не знают о своем праве получать консультирование, медицинскую помощь, а с 15 лет прервать беременность без ведома родителей или опекунов.

Для молодежи немаловажное значение имеет материальный аспект медицинской помощи по профилактике или прерыванию беременности. Иногородние студентки одного из университетов сообщили, что они лишены возможности получить бесплатную помощь такого рода в городе, где проживают во

Молодым рожавшим женщинам, а также тем, кто ранее принимал КОК, рекомендуют микро-низкодозированные КОК (30 мкг ЭЭ) – Линдинет 30, Регулон. Благодаря тому что Линдинет 30 и Регулон содержат разные прогестины (дезогестрел и гестоден) с разными индексами селективности, их можно подбирать индивидуально согласно конституции: Линдинет 30 – для женщин с преобладанием эстрогенов (эндоморфный конституциональный тип); Регулон – для женщин с преобладанием прогестерона и/или андрогенов (эктоморфный конституциональный тип).

время учебы. Консультирование по контрацепции в студенческой поликлинике не предоставляется.

Несмотря на распоряжение Министерства здравоохранения и социального развития РФ о создании центров репродуктивного здоровья для молодежи, все еще отсутствует единый подход в обеспечении молодежи надежной информацией по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

С информированностью молодежи о своих репродуктивных правах тесно связаны вопросы доступности к получению услуг по контрацепции и прерыванию нежела-

тельной беременности. Подростки испытывают существенные трудности в решении этих вопросов из-за отсутствия конфиденциальности, отсутствия психологической поддержки, ограничения доступности к получению квалифицированной консультации. Если девочка-подросток вынуждена обратиться для прерывания беременности, то предоставление этого вида помощи ей оказывается в женской консультации и гинекологическом отделении роддома лечебной сети в общем порядке. При этом выявленные группой оценки ограничения доступности в равной степени касаются и девочек-подростков. Ограничения связаны: со сроком беременности (вакуум-аспирация до 5 недель, медикаментозный аборт – до 6 недель); отсутствием нормативной правовой базы для использования современных методов прерывания беременности (порядка, протокола и стандарта прерывания нежелательной беременности); низкой подготовкой кадров, оказывающих услуги (отсутствие навыков консультирования и работы с подростками, использование устаревших методов); большим количеством анализов, требующихся для поступления в стационар и проведения наркоза; отдаленностью медицинских учреждений, оказывающих услуги по прерыванию беременности в районах; платностью отдельных видов помощи (наркоз, медикаментозный аборт, некоторые виды обследования); отказ в оказании бесплатной помощи женщинам, имеющим регистрацию в других территориях.

Основным методом прерывания беременности в первом триместре у подростков, так же как у взрослых женщин, является дилатация и кюретаж. Прерывание беременности во втором триместре (до 24 недель) по медицинским и социальным показаниям осуществляется по заключению комиссии в условиях специализированного стационара в основном методами интраамниального введения гипертонического раствора с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой. Современные

методы прерывания беременности, рекомендованные ВОЗ (1), применяются редко, в основном в частных медицинских центрах, в большинстве случаев недоступных для подростков.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Широкое распространение информации среди населения является важным элементом обеспечения охраны репродуктивного здоровья (1, 2). В равной степени имеет значение информирование и обучение медицинского персонала, предоставляющего эти услуги.

Ситуация, характеризующая такой показатель качества предоставления услуг по вопросам репродуктивного выбора в России, как информированность, отличается тем, что при законодательно закреплённом праве женщины на аборт существует множество скрытых препятствий. Так, группой исследователей выявлены низкая информированность населения о своих репродуктивных правах, директивность «консультирования», которое представляет собой попытку повлиять на решение женщины или контролировать его, стигматизация аборта детоубийством, отсутствие психологической поддержки, недостаточное качество консультирования до и после аборта.

Однако если врачи не обучены качественному консультированию или не заинтересованы в его предоставлении, то даже введение в специальный закон пункта о проведении консультации до и после аборта, не даёт ожидаемых результатов (12, 13).

В мире большинство незапланированных беременностей наступает из-за недооценки возможностей современных методов контрацепции или из-за культурного или социального предпочтения традиционных, а не современных методов. Женщины часто попадают в порочный круг, вредящий их здоровью, составляющими которого является «незапланированная беременность – аборт» – круг, который можно было бы разорвать, если для всех были бы доступны услуги службы планирования семьи, пре-

доставляющей информацию и обеспечивающей потребность в контрацептивах.

Согласно рекомендациям ВОЗ, работники здравоохранения и консультанты должны убеждать женщину в доступности контрацепции и предлагать методы контрацепции женщинам, у которых был аборт (ВОЗ, 1997). Женщины, получившие качественную консультацию по контрацепции, будут удовлетворены своим выбором и станут применять выбранный метод регулярно и правильно. Большинство методов контрацепции можно безопасно использовать после медицинского аборта – хирургического или медикаментозного. Любым из методов контрацепции можно начинать пользоваться сразу же после завершения процедуры. Консультирование по вопросам контрацепции должно начинаться как можно раньше, еще до прерывания беременности, при первых визитах в клинику.

Однако следует подчеркнуть, что даже если консультант является приверженцем какого-либо определенного метода контрацепции, женщина сама должна сделать выбор, который будет автономным, на основе информированного согласия.

При консультировании подростков необходимо помнить, что выбор ОК должен отвечать их потребностям – физиологическим особенностям периода полового созревания и их материальным возможностям. Алгоритм подбора гормональных контрацептивов для девочек-подростков заключается в следующем:

- девочкам-подросткам в возрасте до 19, которые никогда ранее не принимали КОК, при отсутствии противопоказаний в первую очередь рекомендуют микродозированные монофазные (20 мкг ЭЭ) – Линдинет 20 и Новинет. Линдинет 20 хорошо переносится девушками, конституциональный тип которых характеризуется преимущественно эстрогеновым влиянием. Новинет назначают тем, у кого конституциональные особенности формировались больше под влиянием гестаге-

# ШИРОКИЙ ВЫБОР КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ: от экстренной до плановой контрацепции



## Новинет

- Плановая контрацепция у подростков и женщин старше 35 лет
- Не влияет на массу тела\*
- Обладает антиандрогенным эффектом\*\*



## Линдинет 20

- Содержит минимальную дозу гормонов
- Комфортен при длительном применении



## Линдинет 30

- Контрацепция с лечебным воздействием на эндометрий
- Отличный контроль менструального цикла



\* Акопян А.Н., Межевитинова Е.А. 2007. Поздний репродуктивный период, перименопауза и гормональная контрацепция. Опыт применения препарата Новинет. Гинекология, том 9, №2

\*\* Кузнецова И. В. 2007. Комплексная терапия андрогензависимых дерматитов у девушек-подростков. РМЖ, том 16, № 3



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,  
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

нов и/или андрогенов, а лечебные эффекты этого препарата необходимы девушкам с проблемной кожей (акне, жирная кожа, себорея);

- молодым рожавшим женщинам, а также тем, кто ранее принимал КОК, рекомендуют микро- низкодозированные КОК (30 мкг ЭЭ) – Линдинет 30, Регулон. Благодаря тому что Линдинет 30 и Регулон содержат разные прогестины (дезогестрел и гестоден) с разными индексами селективности, их можно подбирать индивидуально согласно конституции: Линдинет 30 – для женщин с преобладанием эстрогенов (эндоморфный конституциональный тип); Регулон – для женщин с преобладанием прогестерона и/или андрогенов (экоморфный конституциональный тип). Следует отметить, что в большинстве случаев создание предварительного запаса гормональных препаратов способствует соблюдению пациенткой рекомендаций врача и непрерывности применения метода, т.е. приверженности (и, соответственно, эффективности) использования КОК. Наличие же трехцикловых упаковок (более экономичных и удобных) повышает эффективность и доступность метода (ВОЗ, 2004).

Согласно рекомендациям ВОЗ, КОК необходимо принимать без перерывов. Медицинских причин, по которым нужно «отдохнуть» от препарата, не существует в силу следующих обстоятельств:

- не доказана медицинская польза в перерыве приема КОК;
- это может привести к нежелательной беременности и аборту;
- у женщин, прекративших прием КОК, со временем исчезают их положительные лечебные эффекты.

Существует несколько режимов применения КОК. Какому из них следует отдать предпочтение – циклическому (21 + 7) или одной из схем пролонгированного приема (24 + 4; 42 + 5-7; 63 + 5-7; 84 + 7)? Как правило, первый режим назначают с целью контрацепции, а второй – с лечебной. Так, при использовании таких КОК, как Новинет, Линдинет 20, Линдинет 30 и Регулон, устраняются факторы риска гормональных нарушений, и благодаря циклическому режиму приема 21 + 7 продолжительность функционирования гипоталамо-гипофизарной системы приближается к «лунному» (биологическому) циклу. Режим приема КОК с 7-дневным перерывом характеризуется следующими особенностями: приемлем для большинства женщин, принимающих КОК с целью контрацепции; частота побочных эффектов при правильном подборе препаратов Линдинет 20, Новинет, Линдинет 30 и Регулон в этом режиме минимальна, снижается после периода адаптации; суммарная гормональная нагрузка на цикл приема в режиме 21 + 7 меньше, чем при пролонгированном приеме этих же препара-

тов; во время 7-дневного перерыва восстанавливается чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к эстрогенам.

Когда речь идет не о нарушениях менструального цикла и о «создании новой модели» монотонного режима синтеза фолликулоstimулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, которая обеспечивает исчезновение менструальных симптомов, лечебные и профилактические эффекты, то используется пролонгированный прием КОК. Он позволяет повысить эффективность контрацепции при случайном пропуске таблеток; является терапией выбора при одновременном назначении с препаратами, влияющими на эффективность КОК (барбитуратами, рифампицином и др.), или при состояниях, снижающих эффективность этого метода контрацепции; снижает частоту и уменьшает длительность менструаций; дает возможность предотвратить развитие симптомов, связанных как с самим менструальным циклом, так и с периодами отмены контрацептивов (при железодефицитных анемиях, головной боли в период отмены КОК); усиливает лечебные действия КОК (уменьшение гиперандрогении, проявлений предменструального синдрома, повышение противовоспалительного эффекта, уменьшение/купирование менструальной боли, снижение кровопотери, лечение мастопатии, гиперпластических процессов эндометрия, эндометриоза, комплексная терапия фибромиом матки).

Как правило, КОК назначают с целью контрацепции, однако в случае необходимости их применяют с профилактической или лечебной целью. Одним из показаний к использованию КОК с лечебной целью являются андрогензависимые дерматопии, которые для современной когорты подростков представляют серьезный косметический дефект. Хроническая гиперандрогения несет в себе риск индукции бесплодия, повышение риска развития рака матки, сахарного диабета 2 типа (в 7 раз), инфаркта миокарда (в 7,4 раза), артериальной гипертензии (в 4 раза),

**При использовании циклического режима применения (21 + 7) таких КОК, как Новинет, Линдинет 20, Линдинет 30 и Регулон, устраняются факторы риска гормональных нарушений и продолжительность функционирования гипоталамо-гипофизарной системы приближается к «лунному» (биологическому) циклу. Режим приема КОК с 7-дневным перерывом приемлем для большинства женщин, принимающих КОК с целью контрацепции; частота побочных эффектов при правильном подборе препаратов Линдинет 20, Новинет, Линдинет 30 и Регулон в этом режиме минимальна, снижается после периода адаптации; суммарная гормональная нагрузка на цикл приема в режиме 21 + 7 меньше, чем при пролонгированном приеме этих же препаратов; во время 7-дневного перерыва восстанавливается чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к эстрогенам.**

а в молочных железах больных гиперандрогенией в 85% случаев диагностируются дисгормональные гиперплазии. Часто первой и единственной жалобой пациентки могут быть угревая сыпь и себорея. При этом угревая сыпь является безусловным признаком гиперандрогении, однако ее проявления далеко не всегда коррелируют с уровнем секреции андрогенов. Кожные проявления гиперандрогении могут являться результатом повышенной секреции андрогенов, увеличения фракции свободных андрогенов, повышенной чувствительности рецепторов сально-волосяных структур к андрогенам, повышения активности фермента 5 $\alpha$ -редуктазы, способствующего превращению тестостерона в значительно более активный дигидротестостерон. Во всех плацебо-контролируемых исследованиях показана достоверная эффективность КОК в терапии акне (независимо от вида и дозы прогестина) в сравнении с плацебо.

В отношении лечения акне сравнительное исследование эффективности КОК с различными видами прогестинов показало, что у таких комбинаций, как дроспиренон/ЭЭ, ципротерона ацетат/ЭЭ, дезогестрел/ЭЭ, наблюдается одинаковый клинический эффект (Кокрановский обзор «Комбинированные оральные контрацептивы для лечения акне», 2007; 23 первичных качественных исследования, 7162 пациентки). Гестагены третьего поколения (особенно дезогестрел) снижают концентрацию активных андрогенов в крови, способствуют их связыванию с половым глобулином, подавляют активность

5 $\alpha$ -редуктазы. Одновременно эстрогены, входящие в состав КОК, уменьшают образование андрогенов в яичниках. Таким образом, при дерматопатиях легкой и средне-тяжелой степени и отсутствии нарушений стероидогенеза в надпочечниках девочкам-подросткам, женщинам в возрасте до 25, а также впервые начинающим прием КОК целесообразно назначение препарата с минимальным содержанием ЭЭ в каждой таблетке (20 мкг) и прогестагеном. При этом прогестаген должен обладать высокой антиагондотропной активностью, минимальным сродством к связывающему половые стероиды глобулину, способностью снижать активность 5 $\alpha$ -редуктазы – дезогестрела. Таким препаратом является Новинет. В случае дерматопатии легкой и средней степени тяжести и при отсутствии нарушений стероидогенеза в надпочечниках пациенткам среднего репродуктивного возраста с отсутствием контроля цикла (или при предшествующем применении более высокой дозы ЭЭ с лечебной целью; заболеваний других органов репродуктивной системы, требующих более высокой дозы эстрогена) целесообразно назначение препарата, содержащего в каждой таблетке 30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела (Регулон). Усилить антиандрогенный эффект возможно параллельным назначением Верошпирона в циклическом или непрерывном режиме.

### Выводы

1. Использование современных средств контрацепции среди молодежи является недостаточным для

реального влияния на частоту нежелательных беременностей в этой возрастной группе, что связано с низкой доступностью и ослаблением данного вида профилактической работы в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в области репродуктивного здоровья.

2. Информированность о прерывании беременности, а также доступность этого вида медицинской помощи для подростков сопряжены с рядом ограничений. До- и послеабортное консультирование ограничивается лишь информацией о вреде аборта.

3. Информированность медработников и населения является недостаточной в отношении репродуктивных прав женщин и подростков, а также о современных безопасных технологиях прерывания беременности.

4. Негативные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья девочек-подростков обусловлены как высокой частотой искусственного прерывания беременности, так и несоблюдением принципов безопасного аборта, разработанных и рекомендуемых ВОЗ.

5. Искусственные аборты выполняются в России преимущественно устаревшими методами, что является причиной высокой частоты осложнений и материнской смертности.

6. Повышение качества оказания медицинской помощи девочкам-подросткам по вопросам репродуктивного выбора (включая информированность и доступность) следует считать одной из актуальных задач для российской системы здравоохранения. 

### Литература

- Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ. 2004. 138 с.
- Берер М. Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения / Проблемы репродуктивного здоровья. 2008. Декабрь. С. 5-21.
- Богатова И.К., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С., Горбуля С.С. Обоснование возможности применения мифепристона (отечественного антигестагена) для прерывания беременности у подростков // Акушерство и гинекология. 2001; № 2. С. 14-17.
- Богатова И.К. Контрацептивное поведение девушек-подростков в течение последних 20 лет. // Вестн. росс. асс. акушеров-гинекологов. 1999. № 3.
- Волкова О.И. Коммуникация с подростками по вопросам репродуктивного здоровья: кто, где, когда, как // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2007; № 5. С. 64-69.
- Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
- Письмо МЗ и СР РФ от 2 июля 2003 г. N 2510/7213-03-32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии».
- Постановление Правительства РФ № 913 от 5.12.2008 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009 г.».
- Ранние сроки беременности (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Орзамурадова. М.: Status Praesens, 2009. 480 с.
- Российский статистический ежегодник. Москва. Росстат. 2006.
- Справочно-информационные материалы МЗ и СР РФ. 2007.
- Nunes F.E. et al. Making abortion law reform happen in Guyana: a success story. *Reprod. Health Matters.* 1995. 3 (6): 12-23.
- Nunes F.E. et al. Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reprod. Health Matters.* 1997. 5 (9): 66-76.

О.М. ИВАНОВА,  
А.А. НАБАТОВ

Департамент  
здравоохранения  
Сахалинской области, Южно-  
Сахалинск

МЛПУ «Углегорская ЦРБ»,  
Сахалинская область,  
Углегорск

# Внедрение мануальной вакуумной аспирации при абортах в Сахалинской области

*Несмотря на положительную тенденцию к уменьшению общего количества аборт, эта проблема остается для России актуальной. В связи с высокой частотой осложнений после аборта в Сахалинской области было принято решение шире использовать современные методы прерывания беременности, рекомендованные ВОЗ, – в частности, вакуумную аспирацию. Целью исследования, приведенного в данной статье, стала оценка динамики частоты осложнений после искусственного прерывания беременности после внедрения метода мануальной вакуумной аспирации в сроки до 12 недель беременности. Материалом исследования являются данные МЛПУ «Углегорская ЦРБ». Использовался шприц-аспиратор Ipras MVA Plus и канюли Ipras EasyGrip в соответствии с рекомендациями производителя и принципами безопасного аборта ВОЗ.*

**В** соответствии с рекомендациями ВОЗ безопасность аборта, снижение риска осложнений и материнской смертности после аборта обеспечиваются не только степенью его легальности, но и рядом

важнейших условий – доступностью медицинской помощи по профилактике и проведению операции аборта, применению безопасных технологий, лечению осложнений и реабилитации после аборта.

Поэтому чрезвычайно актуальными остаются вопросы медицинской помощи при аборте и его профилактики, обеспечения качества и безопасности путем внедрения стандартов необходимого объема помощи, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий безопасно аборта, адекватное обезболивание, контрацепцию и реабилитацию.

Среди современных методов прерывания беременности, рекомендуемых ВОЗ, методом выбора является вакуумная аспирация, которая предполагает эвакуацию содержимого полости матки через пластиковые аспирационные канюли, которые подсоединены к источнику вакуума (электрическому или мануальному) при сроках беременности до

12 полных недель без контрольного кюретажа матки. Предварительная подготовка шейки матки перед хирургическим абортм фармакологическими методами (мифепристон 200 мг за 36 часов до операции внутрь или мизопростол 400 мкг за 3–4 часа перед манипуляцией у таких групп пациенток, как: с наличием цервикальных аномалий; наличием в анамнезе хирургического вмешательства на шейке матки; у молодых нерожавших женщин и девочек-подростков; а также со сроком более 9 недель беременности) позволяет использовать местные средства обезболивания в сочетании с анальгетиками и вербальной поддержкой, не прибегая к общему наркозу, и благодаря этому выполнять услуги в амбулаторных условиях (дневной стационар) согласно Приказу МЗ и Ср РФ (14 октября 2003 г. № 484).

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику частоты осложнений после искусственного прерывания беременности (МВА) после внедрения метода мануальной вакуумной аспирации в сроки до 12 недель беременности.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом являются данные МЛПУ «Углегорская ЦРБ», где МВА применяется с 2006 года. Использовался шприц-аспиратор Ipras

**Метод МВА является менее травматичным по сравнению с дилатацией и кюретажем за счет устройства шприца-аспиратора Ipras MVA Plus и гибких канюль Ipras EasyGrip, как правило, не требует общей анестезии, имеет низкий процент осложнений, что способствует сохранению репродуктивной функции женщин для реализации последующих беременностей.**

# Многофункциональная система АСПИРАТОР MVA Plus®

*Ipas*

## Автоклавируемый

**Эффективный:** 98% при низком уровне осложнений



**Портативный:** идеален для первичных медицинских учреждений



**Удобный:** позволяет врачу производить качественные манипуляции



**Экономичный:** низкие начальные вложения и затраты на одно использование



“..основное преимущество МВА состоит в атравматичности метода, обусловленном использованием самого устройства - аспиратора MVA Plus и гибких канюль.”

*Всеров.*

**Владимир Николаевич СЕРОВ.**  
Президент РОАГ. Академик РАМН, профессор.



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР по России ЗАО “ПЕНТКРОФТ ФАРМА” 129110, г. Москва, Пр-т Мира, д.68, стр.2, тел./факс:(495)788-77-46, [www.ru486.ru](http://www.ru486.ru), [www.mva.ru](http://www.mva.ru).

**Использование аспиратора Ipras MVA Plus и канюль Ipras EasyGrip экономически выгодно (снижается стоимость проводимых процедур, т.к. устройство шприца-аспиратора позволяет использовать его многократно, осуществлять ряд манипуляций в амбулаторных условиях, исключив расходы, связанные с госпитализацией и внутривенным наркозом) и существенно снижает расходы на лечение осложнений, ввиду их меньшего числа.**

MVA Plus и канюли Ipras EasyGrip в соответствии с рекомендациями производителя и принципами безопасного аборта ВОЗ. Было произведено 940 абортов методом МВА, из них медицинских (легальных) – 790 (84,07%), в том числе в ранние сроки беременности – 71,9%.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

До внедрения метода МВА во время процедуры в 85% случаев использовался внутривенный наркоз. После внедрения – в 85-90% применяется комбинация внутримышечного введения ненаркотического анальгетика, транквилизатора и парацервикальной блокады (лидокаин). Расширение цервикального канала при сроках 6-7 недель не проводится в связи с отсутствием необходимости. Размер канюли подбирается в соответствии со степенью раскрытия шейки матки. Практически не используется контрольный кюретаж, даже при сроках 11-12 недель. Эта процедура заменяется на визуальный осмотр удаленных тканей, что позволяет убедиться в том, что все элементы гестации удалены из полости матки. Частота применения сокращающих средств ранее составляла 62%, при МВА утеротоники используются значительно реже – не более

чем в 8% случаев. В послеабортном периоде ведение пациенток предусматривает рутинное назначение антибиотиков, подбор контрацепции.

Анализ ранних осложнений после аборта, возникших после дилатации и кюретажа по сравнению с МВА показал снижение частоты осложнений. Так, частота неполного аборта уменьшилась с 2,1% до 0,74% соответственно; повреждения шейки матки – с 0,6% до 0,53%; продолжающейся беременности – с 2,4% до 0,85%; гематометры с 6,8% до 1,91%; инфекций органов малого таза – с 4,8% до 2,77% соответственно. Отмечено, что при проведении МВА значительно снижается длительность процедуры, ее болезненность.

Нами накоплен также опыт применения МВА при поздних выкидышах, при необходимости ревизии полости матки в послеродовом периоде. Использование шприца-аспиратора с канюлей № 12 позволяет опорожнить матку от сгустков, тело матки быстро сокращается, охватывая канюлю шприца. Врач легко контролирует дно матки тупым концом канюли и ощущает момент сокращения тела матки. Как правило, данная манипуляция проводится без обезболивания, так как оно не требуется. Дважды

данный метод был успешно применен при лохиометре в раннем послеоперационном периоде после операции кесарева сечения.

#### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Согласно мнению большинства исследователей, вакуумная аспирация представляет собой безопасную процедуру. Так, при обследовании 170 тыс. женщин, которым был сделан аборт в первом триместре путем вакуумной аспирации, было установлено, что лишь у менее 0,1% женщин возникли осложнения, потребовавшие лечения в условиях стационара (1, 2). Высокая эффективность вакуумной аспирации была неоднократно продемонстрирована на примере проведения целого ряда рандомизированных контролируемых испытаний (3). Было показано также, что технологии мануальной и электрической вакуумной аспирации в равной степени эффективны и могут использоваться при сроке до 12 полных недель в амбулаторных условиях (1, 3).

По статистическим данным МЗ и СР РФ, в России аборты, выполненные методом вакуум-аспирации, составляют менее четверти от общего их количества. Такая же ситуация была и в Сахалинской области до проведения оптимизации медицинской помощи женщинам при выполнении этого вида услуг. Внедрение МВА на примере Углегорской больницы показало эффективность этой методики в снижении осложнений в раннем послеабортном периоде, что является очень важным в работе по сохранению репродуктивного потенциала населения и благополучного исхода последующих («отложенных») беременностей. 

#### Литература

1. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ. 2004. 138 с.
2. Bird S.T., Harvey S.M., Beckman L.J., Nicholas M.D., Rogers K., Blumenthal E.U. Similarities in women's perceptions and acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration for first trimester abortion // *Contraception*. 2003; 67: 207-212.
3. World Health Organization (WHO). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO. 2003.

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



**XXIII Международный конгресс с курсом эндоскопии**

# Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний



## Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

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

Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)

Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов (РАГЭ)

Общество репродуктивной медицины и хирургии (ОРМХ)

Российская ассоциация эндометриоза (РАЭ)

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

## Специализированная выставочная экспозиция

**7–10 июня 2010 года**

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

**М+Э МЕДИ Экспо**    

Тел./Факс: +7 (495) 721 88 66 e-mail: [expo@mediexpo.ru](mailto:expo@mediexpo.ru)

Е.Н. КРАВЧЕНКО

Омская государственная  
медицинская академия

# Клинико-иммунологические особенности хронического неспецифического сальпингоофорита и комплексное его лечение с применением препарата Пирогенал

*На современном этапе в структуре и клиническом течении воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин произошли существенные изменения. Почти у 75% больных процесс локализуется в придатках матки, из них у 80-82% отмечается хронический сальпингоофорит, характеризующийся длительным течением с частыми обострениями и осложнениями (2, 3). По мнению ряда исследователей, в основе хронизации и рецидивирующего течения воспаления придатков матки наряду с особенностями микроорганизмов лежат нарушения в иммунной системе. Неполноценная иммунная реактивность организма еще больше усугубляется в процессе традиционной антибактериальной терапии. Вместе с тем вопрос об иммунокорректирующей терапии окончательно не решен. Требуются дальнейшие исследования с тщательной оценкой как положительного, так и отрицательного влияния стимуляторов иммуногенеза (1). Одним из эффективных средств является отечественный препарат Пирогенал – иммуномодулятор широкого спектра действия, обладающий адъювантным, десенсибилизирующим и противовоспалительным свойствами, стимулирующий иммунную систему, влияющий на терморегулирующие центры гипоталамуса.*

**П**репарат оказывает влияние на многие органы и системы организма, что предопределило широкую область использования его как неспецифического средства при лечении различных заболеваний. Установлена высокая эффективность препарата в комплексной терапии хронических заболеваний разной этиологии и различной локализации.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологических особенностей сальпингоофорита в стадии подострого течения и оценка комплексной терапии с включением Пирогенала.

Проведено комплексное исследование, лечение и динами-

ческое наблюдение 67 больных с подострым течением сальпингоофорита в возрасте 17-43 лет. Длительность заболевания колебалась от 2 до 14 лет. До 2 рецидивов в год отмечено у 35 (52,2%) больных, 3 – у 22 (32,8%), 4 – у 10 (14,9%). В зависимости от характера проводимой терапии больные были распределены на 2 группы. В 1-ю (основная группа) вошли 35 больных, которым проводилось лечение с применением Пирогенала, во 2-ю (группа сравнения) – 32 больных, получавших традиционную (антибактериальную, противовоспалительную, симптоматическую) медикаментозную терапию. Контрольную группу составили 30 соматически здоровых женщин

репродуктивного возраста. Помимо общеклинического обследования больных, проводились определение протеинограммы, лейкограммы, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рН-метрия вагинального содержимого, а также путем идентификации популяций и субпопуляций лимфоцитов по кластерам дифференцировки в реакции непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител к CD3 (зрелые Т-клетки), CD4 (Т-хелперы/индукторы), CD8 (Т-супрессоры/киллеры), CD16 (нормальные киллеры), CD22 (В-лимфоциты). Фагоцитарная активность нейтрофилов оценивалась путем подсчета фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса его активаций и с помощью восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест). Уровень комплементарной активности сыворотки крови исследовали по 50% гемолизу эритроцитов барана в единицах СН50, титр циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) – методом осаждения в 3,75% растворе полиэтиленгликоля. Иммунологические исследования выполнены в динамике при первом обращении и на 14-е сутки от начала лечения.

Характерными для подострого течения рецидива сальпингоофорита были боли в нижних отделах живота преимущественно ноющего характера с разнообразной зоной иррадиации, обильные бели. Повышенной температуры

тела отмечено не было. На этом фоне у 74,6% пациенток количество лейкоцитов было ниже или в пределах нормы, СОЭ от 15 до 24 мм/ч отмечена у 71,6%, не превышала 15 мм/ч – у 28,4%. Диспротеинемия со снижением уровня альбуминов и белкового коэффициента отмечена у 82,1%. Реакция на СРБ была слабopоложительной у 46,2% пациенток, умеренно положительной – у 17,9%; ЛИИ был ниже 3,5 у 70,1% пациенток, выше этого показателя – у 9,9%. При рН-метрии сдвиг в сторону щелочной реакции отмечен у 83,6% больных. Таким образом, подострое течение сальпингоофорита характеризовалось снижением уровня неспецифических факторов защиты, что согласуется с данными литературы, свидетельствующем о низком уровне противоинфекционного иммунитета при хронических воспалительных заболеваниях половых органов и длительной антибактериальной терапии (2). Наряду с этим обращала на себя внимание высокая частота влажлищного дисбиоза.

Изучение исходного состояния иммунитета показало, что при обострении сальпингоофорита имеется значительное снижение числа лимфоцитов и моноцитов в периферической крови ( $P < 0,05$ ) и абсолютного ( $p < 0,001$ ) количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3), хелперно-супрессорного (CD4/CD8) коэффициента преимущественно за счет уменьшения количества CD4. Относительное количество CD8 почти не изменялось, а абсолютное было ниже нормы ( $P < 0,05$ ). На фоне умеренного снижения относительного уровня В-клеток у 52,2% обследованных обнаружено достоверное уменьшение их абсолютного количества. При этом степень снижения пула В-лимфоцитов коррелировала с длительностью сальпингоофорита и уровнем Т-хелперов, что подтверждает ведущую роль Т-хелперов и выделяемых ими лимфокинов (интерлейкин-2 и др.) в проли-

ферации и дифференцировке В-лимфоцитов.

Установлен дисбаланс в содержании иммуноглобулина М, G, А, достоверное их снижение выявлено у 47,8% пациентов, свидетельствующее о неполноценности гуморального звена иммунитета. У остальных 52,2% больных на фоне снижения уровня IgG и IgA ( $P < 0,05$ ) концентрация IgM оказалась выше нормы ( $P < 0,05$ ).

Существенные изменения выявлены в содержании естественных киллеров (CD16). У всех обследованных их уровень был достоверно ниже нормы, а у 50,7% дефицит составил 31,4%. Недостаточная активность фагоцитоза оказалась характерной для всех обследуемых и более чем у половины из них (53,7%) сочеталась со снижением интенсивности фагоцитоза. Низкие показатели НСТ-теста и индекса активации у пациенток свидетельствовали об уменьшении функциональных резервов лейкоцитов.

Обнаружено достоверное увеличение титра ЦИК на 35 и 33% соответственно в основной и сравнительной группах больных, что указывает на функциональную неполноценность фагоцитирующих клеток на фоне длительной персистенции антигена в организме, что подтверждается высоким бактериальным обсеменением влажлища (положительные результаты посевов отмечены в 88,0% случаев, дисбиоз вагинального содержимого – в 83,0%. Наряду с высоким содержанием ЦИК у этих больных отмечалось снижение клеточной активности ( $p < 0,05$ ). Снижение данного параметра свидетельствует об иммунном ответе организма на антигены-возбудители с образованием комплекса антиген-антитело.

Лечение пациенток основной группы проводилось в 2 этапа. На первом этапе назначали Пирогенал в виде суппозиторий ректально (один суппозиторий в сутки). Введение суппозиторий производили ежедневно

с начальной разовой дозой 50 мкг, максимальной – 200 мкг. Курс лечения составлял от 12 до 15 суппозиторий. Лечение осуществляли по следующей схеме: 50, 50, 50, 100, 100, 100, 150, 150, 150, 200, 200, 200 мкг. Чувствительность к Пирогеналу определялась по степени повышения температуры и по изменению формулы крови (лейкопения в первые часы после введения препарата сменялась лейкоцитозом с лимфопенией после окончания лихорадочного приступа).

Температура тела повышалась до 37,2° С, сопровождалась слабым ознобом и легким недомоганием у некоторых больных (14,9%) после введения Пирогенала. Такое состояние длилось от 3 до 8 ч. Сильного озноба и резкого повышения температуры, какие бывают при применении инъекционных форм препарата, не наблюдалось.

На втором этапе проводили антибактериальную, рассасывающую терапию, воздействовали на неспецифические факторы защиты путем применения физиотерапевтических процедур (УФО, переменное магнитное поле низкой частоты, микроволны дециметрового диапазона) с параллельной санацией влажлища. У больных с дисбиотическими нарушениями вагинальной микрофлоры применяли эубиотик Лактобактерин по 3 дозы 2 раза в день интравагинально в течение 10 дней.

В группе сравнения лечение начинали с проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии.

Эффективность лечения больных основной и сравнительной групп оценивалась по результатам клинико-лабораторных исследований. Установлено, что в основной группе проведенное лечение дало выраженный клинический эффект и оказало корректирующее влияние на иммунный статус, в сравнительной группе положительных сдвигов в иммунном статусе не отмечено.



**Таблица 1. Иммунологические показатели женщин исследуемых групп**

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Контрольная группа
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
CD3, % Абс. число	56,29 ± 4,38* 642,97 ± 62,57*	69,35 ± 3,23** 1366,97 ± 17,38**	58,27 ± 4,55 648,97 ± 67,54	59,35 ± 3,28 1376,97 ± 17,36	67,00 ± 2,85 1365,25 ± 16,9
CD4, % Абс. число	29,7 ± 2,35* 303,22 ± 32,76*	33,77 ± 0,61** 647,2 ± 75,3**	29,9 ± 2,47 354,22 ± 45,76	30,75 ± 0,68 547,2 ± 35,3	34,08 ± 1,75 696,85 ± 87,44
CD8, % Абс. число	22,27 ± 2,06 230,06 ± 28,84*	21,33 ± 2,06** 407,06 ± 63,84**	23,27 ± 2,06 236,09 ± 28,65	22,33 ± 2,08 345,16 ± 45,84	21,83 ± 1,82 468,24 ± 71,12
CD4/CD8	1,33 ± 0,08*	1,68 ± 0,16**	1,29 ± 0,09	1,46 ± 0,26	1,65 ± 0,2
CD22, % Абс. число	9,8 ± 1,02 78,65 ± 13,00*	13,67 ± 2,02** 276,83 ± 57,9**	9,2 ± 1,02 74,45 ± 13,00	10,45 ± 2,03 176,28 ± 66,9	12,0 ± 0,49 225,9 ± 24,9
CD16, % Абс. число	8,05 ± 1,43* 78,65 ± 13,0*	12,07 ± 0,94** 219,15 ± 27,0**	9,05 ± 1,44 79,95 ± 15,0	10,08 ± 0,84 116,15 ± 26,1	12,17 ± 2,06 250,07 ± 59,21
Ig M, г/л	2,62 ± 0,37*	1,91 ± 0,41**	2,54 ± 0,51	2,03 ± 0,45	1,97 ± 0,34
Ig G, г/л	13,41 ± 1,86*	18,41 ± 1,26**	12,42 ± 1,76	14,36 ± 1,29	17,0 ± 1,97
Ig A, г/л	2,07 ± 0,15*	2,72 ± 0,23**	2,06 ± 0,19	2,12 ± 0,25	2,67 ± 0,27
ЦИК, ед	61,76 ± 14,88*	48,47 ± 6,88**	63,78 ± 14,88	58,46 ± 6,76	46,43 ± 5,31
НСТ-тест, %	10,87 ± 0,91*	13,18 ± 1,46**	11,07 ± 0,91	12,08 ± 1,53	12,25 ± 0,93
НСТ-тест, ИА	0,1 ± 0,01	0,16 ± 0,02**	0,1 ± 0,01	0,11 ± 0,02	0,15 ± 0,01
Комплементарная активность, СН50	60,58 ± 6,68*	76,0 ± 7,68**	61,44 ± 6,54	68,0 ± 6,78	73,33 ± 5,31
Фагоцитарный индекс, %	33,21 ± 3,17*	43,21 ± 4,17**	32,22 ± 3,21	35,24 ± 4,23	42,25 ± 5,36
Фагоцитарное число	4,14 ± 0,43*	6,64 ± 1,43**	4,28 ± 0,45	5,64 ± 1,53	5,52 ± 0,87

Примечание: разность показателей достоверна по сравнению \* – с уровнем в контрольной группе, \*\* – с показателями до лечения.

У больных основной группы на 14-е сутки лечения прослеживалась положительная динамика всех исследуемых факторов иммунитета. Однако абсолютное число Т-лимфоцитов, Т-хелперов, иммунокорригирующий индекс, уровень естественных киллеров, IgG и комплементарной активности все же не достигали нормы, но были достоверно выше, чем до лечения. Полноценная иммунокоррекция проявлялась восстановлением уровня Т-клеточных факторов, естественных киллеров в сочетании с нормализацией гуморального звена и фагоцитоза (табл. 1). Комплексная терапия с включением Пирогенала позволила значительно повысить эффективность лечения по сравнению с традиционной. Клиниче-

ское выздоровление отмечено у 64,2% женщин, значительное улучшение состояния – у 35,8% при сокращении срока лечения в стационаре до 14 дней, в сравнительной группе – клиническое выздоровление отмечено у 55,2% женщин, значительное улучшение состояния – у 29,8%, срок лечения в стационаре в среднем составил 18 дней. Рецидив наступил в течение 3-4 месяцев у 14,9% больных групп сравнения. Более благоприятными оказались и отдаленные результаты (от 6 мес. до 2 лет): число здоровых женщин основной группы составило 76,1%, с улучшением состояния – 17,9%, рецидивы отмечены у 6,0%, в группе сравнения число здоровых женщин составило 55,2%, с улучшением состояния – 16,4%,

рецидивы отмечены у 28,4%.

С целью выяснения вопроса о продолжительности иммуностимулирующего эффекта Пирогенала у 18 женщин проведены иммунологические исследования через 2-3 мес. после окончания введения препарата. Установлено, что у 68,7% пациенток изучаемые параметры клеточного и гуморального звеньев иммунитета оказались в пределах нормы, а у 31,3% было повторное их снижение.

Таким образом, комплексное лечение сальпингоофорита с подострым течением с применением Пирогенала при параллельной коррекции дисбиотических нарушений содержимого влагалища позволило значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты. 

**Литература**

1. Пинегин Б.В. Принципы применения иммуномодуляторов // Лечащий врач. 2000 октябрь; № 8. С. 34.
2. Серов В.Н., Ильенко Л.Н. // Акуш. и гинек. 1997. № 3. С. 11-13.
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Основы репродуктивной гинекологии / Под ред. А.Л. Тихомирова. М.: МЕДПРАКТИКА, 2003. С. 200.



# Пирогенал

Бактериальный липополисахарид

- + Иммуномодулирующий эффект
- + Профилактика спайкообразования

**УНИКАЛЬНЫЙ  
ИММУНОМОДУЛЯТОР  
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ  
СКРЫТЫХ ИНФЕКЦИЙ**



Официальный дистрибьютор:

ЗАО "Фирма ЕВРОСЕРВИС" 117105, Москва, Нагорный пр-д, д.6  
тел.: 8 (985) 763 3650, 8 (495) 735 4225, факс: 8 (499) 127 4947  
<http://www.euro-service.ru> e-mail: [pyrogenal@euro-service.ru](mailto:pyrogenal@euro-service.ru)



**ФИЛИАЛ «МЕДГАМАЛ»**  
ГУ НИИ Эпидемиологии и Микробиологии  
имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи РАМН

О.А. ГРОМОВА,  
Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ,  
И.Ю. ТОРШИН,  
И.С. ЮРГЕЛЬ,  
О.А. ЛИМАНОВА

Российский спутниковый  
центр института  
микроэлементов ЮНЕСКО

Ивановская  
государственная  
медицинская академия РФ

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

# Магний, пиридоксин и тромбообразование: молекулярные роли при беременности

*Повышенная склонность к тромбообразованию (тромбофилия) играет значительную роль в этиологии различных заболеваний: сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, акушерско-гинекологических. Исследования экспериментальной фармакологии показывают, что баланс микроэлементов (и прежде всего магния) важен для поддержания нормальных уровней свертываемости крови во всех тканях организма. Препараты магния и пиридоксина используются в клинической практике наряду с другими антитромботиками (гепарин, аспирин) для компенсации тромбофилий. В то же время молекулярные механизмы воздействия магния на процессы тромбообразования недостаточно изучены. В данном исследовании рассмотрены основные физиологические механизмы возникновения тромбофилий (синтез тромбосана, гиперкоагуляция, воспаление эндотелия сосудов, антифосфолипидный синдром, нарушения липидного профиля, эндокринные нарушения, структура соединительной ткани) и представляются результаты систематического анализа молекулярных эффектов магния и пиридоксина на тромбообразование. Результаты анализа позволяют предположить, что магний не только является дезагрегантом, но и умеренным антикоагулянтом.*

**Н**ормальные уровни магния в тканях тела – фундаментальный параметр, непосредственно влияющий на здоровье женщины. Однако современное питание характеризуется сильными деформациями минерального состава рациона: избыточным потреблением поваренной соли (хлорида натрия) и дефицитом поступления солей калия, кальция и магния. Как следствие, недостаток магния встречается достаточно часто в популяционных группах. Так, 16-42% населения в таких странах, как США, потребляют менее 2/3 рекомендованного количества магния (1). Популяционное исследование около 16000 немцев указало на субоптимальный уровень потребления магния у 33,7% населения, причем 14,8% данной выборки

имели яркую клиническую картину магниевых дефицита и нуждались в магниальной терапии (2). Поэтому с 1995 года Всемирная организация здравоохранения классифицировала патологическое состояние «недостаточность магния» как заболевание, имеющее свой код (код E61.3 по МКБ-10).

Одним из негативных последствий гипомagneмиемии, приводящим к осложнениям беременности (невынашивание, гестоз и др.), является повышенная склонность крови к тромбообразованию (3, 4). И наоборот – препараты магния могут задерживать образование тромбов (5-7), улучшая макроциркуляцию и микроциркуляцию, в т.ч. в сосудах плаценты. Положительные влияния магния на гомеостаз подтверждаются исследованиями на экспери-

ментальных животных: в/в сульфат магния значительно сокращал смертность от тромбоэмболизма у мышей (8, 9). Исследования также показали, что торможение тромбообразования зависимо от дозы магния; ингибирующий эффект на агрегацию тромбоцитов оказывают препараты магния в клинически эффективных концентрациях (5). Предметом настоящей статьи является систематический анализ физиологических и молекулярных механизмов воздействия магния на процессы тромбообразования.

Влияние уровней магния и приема магниевых препаратов на процессы тромбообразования имеет общетерапевтическое значение в кардиологии, неврологии, эндокринологии и др. Традиционно в акушерско-гинекологической практике магниевые препараты используются для снижения повышенного тонуса матки и профилактики преждевременных родов. В данном случае магний понижает тонус мышечной ткани за счет антагонизма с кальцием, обеспечивающим сокращение мышц. Фундаментальные исследования последних 10-20 лет показали и раскрыли многогранность воздействия магния на физиологию. В нашей предыдущей работе (10) мы представили анализ молекулярных функций практически всех известных магниевых зависимых плацентарных белков. Сформулированная молекулярная картина влияния магния на функционирование плаценты указывает на непреходящую роль адекватной магниевой поддержки физиологи-

ческого течения беременности.

Невынашивание – основное осложнение, отягощающее течение и прогноз беременности. У многих пациенток в основе невынашивания лежат тромбозы в сосудах плаценты. Сама по себе беременность является **гиперкоагуляционным состоянием** (11-18). Нарушения баланса свертывания крови не только является одной из ведущих причин невынашивания, преждевременных родов, но и замедления/остановки роста плода, гестоза и др. (11, 12). Невынашивание (англ. «recurrent pregnancy loss») встречается от 1% до 10% беременных и в 50-60% случаев наследственно обусловлено (13-15).

Слаженное функционирование различных физиологических механизмов (каскада свертывания крови, адгезии тромбоцитов, вазодилатации/вазоконстрикции, ангиогенеза сосудов плаценты и др.) поддерживает нормальное течение беременности. Активно обсуждаются перспективы магниевого препарата в акушерстве, гинекологии и перинатальной медицине как антагониста кальция в процессах тромбообразования. Углубленное понимание механизмов воздействия магния на тромбофилию при беременности может в значительной степени помочь более осмысленному ведению пациенток. В настоящей статье после детального анализа этих молекулярных механизмов мы кратко рассматриваем данные доказательной медицины по использованию магния для профилактики тромбозов.

### МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ МАГНИЯ НА ПРОЦЕСС ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ

Основной процесс в тромбообразовании – гемостаз, сложный физиологический процесс, посредством которого происходит переход крови из текучего состояния в нетекучее и обратно. Гемостаз может быть подразделен на четыре основных этапа:

1) локальная вазоконстрикция для ограничения кровяного потока

в месте повреждения;

2) активация тромбоцитов и образование первоначального тромба на месте повреждения;

3) перекрестное сшивание первоначального тромба посредством фибриновых нитей (коагуляция);

4) частичное, а затем полное растворение фибринового сгустка для восстановления нормального потока крови (фибринолиз).

Хотя коагуляция является основным процессом гемостаза, состояние системы коагуляции далеко не единственный фактор, влияющий на формирование тромба. Например, присутствие атеросклеротических бляшек и микроэмболов сужает просвет артерий и артериол и создает возможность для их обструкции (рисунок 1). Противовоспалительные процессы, связанные с атеросклерозом, могут сами по себе инициировать агрегацию тромбоцитов с образованием первоначального тромба.

В целом, механизм тромбообразования может быть описан тремя общеизвестными фундаментальными физиологическими механизмами (т.н. триадой Вирхова (26)). Триада Р. Вирхова (1856) отражает три специфических механизма, которые могут приводить к возникновению тромба:

1) изменения в токе крови (вазоконстрикция);

2) изменения в свертываемости крови (коагуляция, фибринолиз);

3) изменения в стенках сосудов (атеросклероз, воспаление, нарушение структуры соединительной ткани).

Во время беременности слаженная работа системы гемостаза – залог рождения здорового ребенка. Вышеупомянутые патофизиологические процессы, в той или иной мере способствующие тромбообразованию у беременных, суммированы на рисунке 2. Эти процессы взаимосвязаны. Что более важно, практически все эти процессы (за исключением анти-фосфолипидного синдрома, гипергомоцистеинемии и эндокринных нарушений) зависят от уровней магния в крови. Гипергомоцистеинемия в значительной

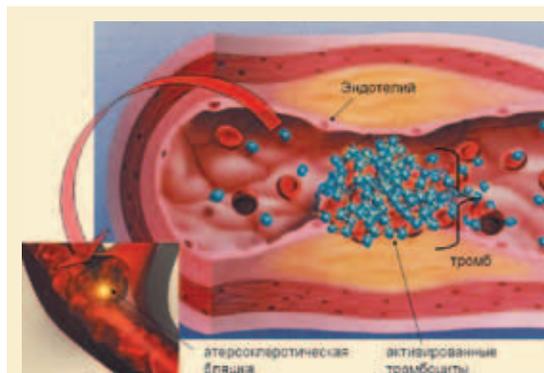


Рисунок 1. Схема формирования тромба и атеросклеротической бляшки в сосуде



Рисунок 2. Основные патофизиологические процессы, вносящие вклад в тромбообразование. Магний оказывает влияние на большую часть упомянутых процессов

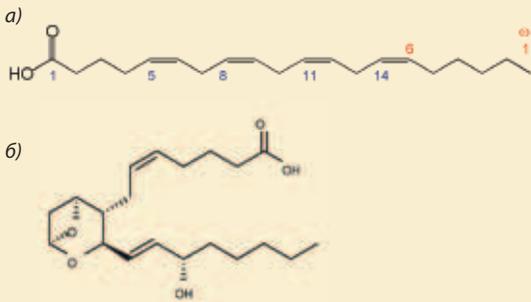
степени зависит от витаминов группы В: фолиевой кислоты ( $B_9$ ), цианокобаламина ( $B_{12}$ ) и пиридоксина (витамин  $B_6$ ).

В Российском спутниковом центре института микроэлементов ЮНЕСКО при участии О.А. Громовой, Н.К. Тетраушвили, И.Ю. Торшиной, И.С. Юргель, О.А. Лимановой был проведен анализ возможных механизмов влияния уровней магния на каждый из процессов, стимулирующих тромбообразование:

- синтез тромбоксана;
- коагуляцию;
- воспаление эндотелия сосудов;
- атеросклероз;
- дисплазию соединительной ткани;
- вазоконстрикцию (рисунок 2).

Затем нами были рассмотрены





**Рисунок 3. Строение молекул арахидоновой кислоты и тромбоксана А2:**  
а) арахидоновая кислота, б) тромбоксан А2

при беременности, особенно на последнем триместре. Фундаментальные исследования, проводимые более 30 лет, многократно подтверждают, что магний является дезагрегантом (16). Магний ингибирует воздействие многих активаторов агрегации тромбоцитов, и прежде всего тромбоксана А2 (17). Кроме того, магний (сернистая магнезия, 3 ммоль/л) способствует значительному снижению уровней тромбоксана А2 (5, 18) и соответственно уменьшению поверхности тромба (19). При дефиците магния в крови уровни тромбоксана А2 в плазме крови и в моче повышаются (20). Магний уменьшает активность тромбоцитов и увеличивает среднее время кровотечения, при этом скорость фибринолиза остается неизменной (21).

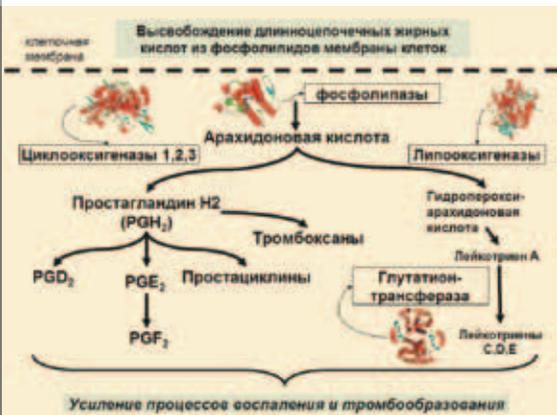
Тромбоксан А2 является одним из простаноидов, которые образуются в каскаде биотрансформаций арахидоновой кислоты. Арахидоновая кислота (АРК) – незаменимая жирная кислота, метаболиты которой выполняют важные регуляторные функции, такие как поддержание тонуса мускулатуры, сохранение целостности сосудов и остановка кровотечения при небольших травмах. Поэтому среди метаболитов АРК преобладают вещества, обладающие вазоконстрикторными и провоспалительными свойствами

(простагландины F, лейкотриены 4 ряда), и также индукторы коагуляции (тромбоксаны).

На первом этапе АРК синтезируется из фосфолипидов посредством фосфолипаз, катализирующих гидролиз фосфолипидов до жирных кислот. Затем арахидоновая кислота преобразуется в простаиноиды (простагландины, простациклины, тромбоксаны) через циклооксигеназу. Пространственные структуры ферментов этих классов представлены на рисунках 5, 6.

Хотя сам факт влияния магния на уровни тромбоксана был доказан десятками независимых исследований, точного молекулярного механизма воздействия не было предложено. Рассмотрение ферментов каскада арахидоновой кислоты позволяет высказать несколько предположений. Каждый из этих ферментов содержит тот или иной ион металла (фосфолипаза – кальций, циклооксигеназа и липоксигеназа – железо). Ионы магния могут ингибировать весь каскад АРК путем вытеснения кальция или железа. Синтез тромбоксанов значительно замедлится при ингибировании магнием фосфолипазы, содержащей два иона кальция в активном центре. Принимая во внимание кальциево-магниевый антагонизм, достаточная дозация магния приведет к замещению кальция в активном центре и падению активности фосфолипаз.

Данная гипотеза построена в соответствии с имеющимися данными о молекулярных эффектах магния на уровни тромбоксанов. Повреждения мембран и в самом деле усиливаются при низких уровнях магния (< 0,25 mM) (3). Низкие уровни магния соответствуют увеличению высвобождения АРК из мембран (т.е. увеличению активности фосфолипаз), что и приводит к увеличению уровней тромбоксана и простациклина (22). Дефицит магния стимулирует биосинтез не только тромбоксана А2, но и других простаиноидов – тромбоксана В2, простагландинов Е2, F1 и простациклина (4, 23). Был отмечен синергидный эффект магния и аспирина



**Рисунок 4. Каскад биотрансформаций арахидоновой кислоты**

молекулярные эффекты пиридоксина. Мы приводим данные доказательной медицины по антиромботическому действию магния.

**МАГНИЙ И СИНТЕЗ ТРОМБОКСАНА, ДЕЗАГРЕГАЦИЯ**

Дезагреганты (дипиридамо, ацетилсалициловая кислота и т.д.) – одно из типичных назначений



**Рисунок 5. Пространственные структуры центральных ферментов каскада арахидоновой кислоты:**  
а) фосфолипаза (PDB 1j1a). Показаны два иона кальция (зеленая сфера) и жирная кислота;  
б) циклооксигеназа. Показана молекула эйкозопентаеновой кислоты в активном центре фермента. Связывание ПНЖК предотвращает связывание арахидоновой кислоты; в) липоксигеназа. Показаны молекула ПНЖК и атом железа (фиолетовая сфера) в активном центре фермента



# Магний — женский минерал №1



## Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> при состоянии дефицита магния в акушерстве и гинекологии

Для профилактики угрозы прерывания  
беременности и гестоза:

- способствует нормализации тонуса матки
- улучшает маточно-плацентарное кровообращение
- способствует предупреждению эндотелиальной дисфункции

Сидельникова В.М. Применение Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> в клинике невынашивания беременности // Акушерство и гинекология, 2002, 6. Кошелева Н.Г. и соавт. Роль гипомagneмии в акушерской патологии. Применение препаратов магния. Метод. рекомендации, 2007.



Эффективно устраняет  
симптомы предменструального синдрома:

- раздражительность
- нервозность
- повышенная утомляемость

Прилепская В.М. и соавт. Роль магния в развитии предменструального синдрома. М., 2003.

Рекомендуется для коррекции  
психовегетативных расстройств  
при климактерическом синдроме

Сметник В.П. и соавт. Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> в коррекции психовегетативных расстройств у женщин в постменопаузе // Фарматека. 2004. 15.



**sanofi aventis**

Главное – здоровье

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).  
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.  
Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11.  
[www.sanofi-aventis.ru](http://www.sanofi-aventis.ru), [www.magne-b6.ru](http://www.magne-b6.ru)

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. Перед началом приема проконсультируйтесь с Вашим врачом.

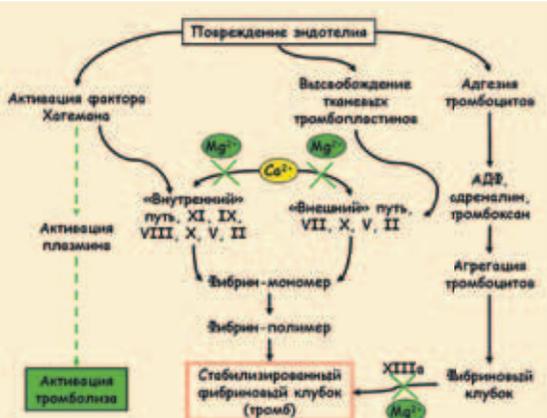


Рисунок 6. Общая схема каскада свертывания крови. Магний препятствует активации кальция внешнего и внутреннего пути коагуляции

активность ферментов через регуляцию гомеостаза кальция путем ингибирования гидролиза фосфоинозитидов. При этом увеличивается внутриклеточная концентрация аденозинмонофосфата (АМФ), регулирующего гомеостаз кальция (5). Следовательно, снижение уровня кальция будет приводить к снижению активности фосфолипаз.

**МАГНИЙ И КОАГУЛЯЦИЯ**

Так как беременность является гиперкоагуляционным состоянием, антикоагулянты используются в акушерско-гинекологической практике наряду с дезагрегантами. Влияние магния на снижение уровня тромбксана и, как следствие, на уменьшение агрегации тромбоцитов сопровождается отчетливым антикоагуляционным эффектом. На модели магниевого дефицита у свиней наблюдается увеличение уровня тромбксана, параллельное снижению уровня магния и увеличению на 57% активности прокоагулянтного белка С (PROC). В то же время уровни антикоагулянтных белков антитромбина III и белка S (PROS) снижаются на 15-20% (25).

Общие молекулярные механизмы коагуляции крови хорошо изучены. Они включают собственно каскад коагуляции (активация которого приводит к образованию фибриновых волокон и сеток, стабилизирующих структуру тромба) и фибринолитический каскад (осуществляющий деградацию тромба посредством гидролиза фибриновой сетки). Процессы коагуляции и

фибринолиза занимают центральное место в гемостазе, т.к. именно они приводят к образованию устойчивых тромбов, которые при соответствующих условиях и являются непосредственными причинами невынашивания беременности. Схема каскада свертывания крови представлена на рисунке 6 и в таблице 1. Основные молекулярные гены, вовлеченные в каскад коагуляции, приведены на рисунке 7.

Считается, что процесс коагуляции подразделяется на два основных пути: «внешний» механизм инициации коагуляции и «внутренний» механизм инициации коагуляции. «Внешняя» инициация коагуляции происходит при значительном повреждении (разрыве) сосуда, которое ведет к проникновению тканевого фактора свертывания (ген F3) в кровяное русло. Вслед за этим образуется комплекс F3-F7 в комплекс, активирующий факторы F9 и F10. В свою очередь F10a и кофактор F5a образуют протромбиназный комплекс, который затем активирует тромбин – центральный компонент молекулярного каскада коагуляции крови. В результате активированный тромбин катализирует преобразование фибриногена (гены FGB, FGA) в фибрин. Разложение фибринового сгустка – функция фермента под названием плазмина. Плазмин образуется из плазминогена тканевым активатором плазминогена и урокиназой. Действие тканевого активатора плазминогена может быть приостановлено специфическим белком-ингибитором (ген PA11).

«Внутренний» механизм коагуляции срабатывает при отсутствии значительного повреждения ткани и представляет собой реакцию на присутствие любой чужеродной поверхности в кровяном русле или стенке сосуда (например, при контакте с коллагеновыми волокнами соединительной ткани сосудов при микроповреждениях эндотелия). Этот механизм коагуляции включает преобразование прекалликреина в калликреин и активизацию фактора свертывания F12 (т.н. «фактор Хагемана»). F12

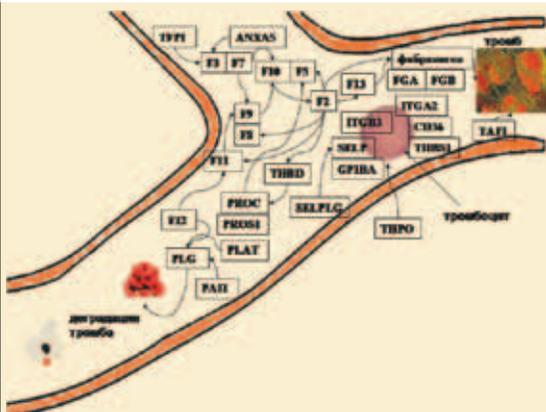


Рисунок 7. Молекулярные гены и белки, вовлеченные в процессы коагуляции/фибринолиза

(24), что косвенно указывает на снижение именно фосфолипазной активности.

Магний также может влиять на

**Таблица 1. Биологические функции факторов свертывания крови; роли кальция и магния. Активированные формы факторов обозначены буквой «а»**

Фактор	Название	Общие функции
I, Ia	Фибриноген, фибрин	Образует фибриновый гель
II, IIa	Протромбин, тромбин	Конвертирует фибриноген в фибрин
III	Тканевый фактор	Активирует фактор VIII
IV	Кальций	Опосредует взаимодействие тромба с гиалуронатом
V, Va	Проакселерин, акселерин	Активирует комплекс Ха-Са2+
VII, VIIa	Проконвертин, конвертин	Активирует факторы IX и X
VIII, VIIIa	Антигемофильный фактор А	Активирует фактор X
IX, IXa	Антигемофильный фактор В	Активирует фактор X
X, Xa	Фактор Стюарта	Активирует протромбин
XI, XIa	Тромбопластин	Активирует фактор IX
XII, XIIa	Фактор Хагемана	Активирует контактный путь свертывания
XIII, XIIIa	Фибринстабилизирующий фактор	Стабилизация фибринового клубка

**Таблица 2. Кальций-зависимые белки коагуляционного каскада**

Белок	Ген	Функция	Последствия генетических дефектов
Протромбин	F2	Образует тромбин, превращающий фибрин в фибриноген, также играет роль в поддержании целостности сосудов.	Хронические кровотечения
Фактор VII	F7	Витамин-К-зависимый фактор свертывания VII связывается с F3 и активирует «внешний» механизм коагуляции при значительном повреждении сосудов. Повышенная активность связана с возрастанием риска тромбозов.	Кровотечения, особенно послеоперационные
Фактор VIII	F8	Активирует фактор X, стабилизируется взаимодействием с фактором фон Виллебранда.	Частые спонтанные кровотечения
Фактор IX (Крисмаса)	F9	Активирует фактор X в присутствии кальция, фосфолипидов и фактора VIII.	Частые спонтанные кровотечения
Фактор X (Стюарта)	F10	Преобразует протромбин в тромбин, высокие уровни FX в плазме связаны с возрастающим риском тромбозов.	Хронические кровотечения
Фактор XI	F11	«Внутренний» путь коагуляции, активирует фактор IX.	Избыточные кровотечения
Фактор XIII	F13A1, F13B	Формирует перекрестные связи фибриновых молекул, стабилизируя тромб. Биологически активная форма состоит из глобул двух типов: альфа и бета.	Хронические кровотечения, ухудшенное заживление ран

активирует фактор F11, который, в свою очередь, активирует F9, F8 и F10. Хотя иногда говорится, что внутренний механизм коагуляции имеет «незначительную роль» в гемостазе, абнормальные состояния стенок сосудов (возникающие, например, вследствие атеросклероза или воспаления) могут приводить к активизации свертывания через внутренний механизм и увеличивать вероятность тромботических инцидентов (26).

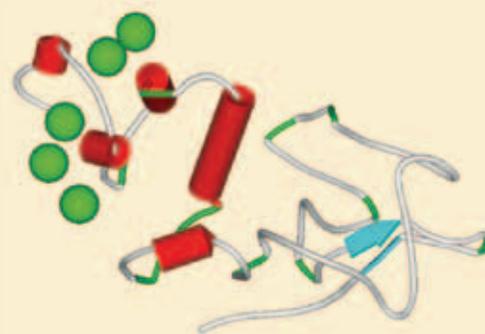
Недавние исследования показывают, что понятия «внутреннего» и «внешнего» механизмов инициации не более чем просто удобные категории и не отражают реальной сложности физиологии коагуляции. Например, белок-белковый комплекс F3-F7a не только активизирует F10, но также фактор F9 «внутреннего» механизма коагуляции (27). Серьезные кровотечения, связанные с дефицитом F8 и F9, также позволяют предположить, что только «внешний» механизм не является достаточным для поддержания нормального гемостаза (28, 29).

Наиболее вероятным механизмом воздействия магния непосредственно на коагуляцию является замещение кальция в структурах прокоагуляционных белков. Антагонизм между кальцием и магнием хорошо известен. Не менее хорошо известно, что многие прокоагулянтные белки (протромбин F2, факторы свертывания крови F13, F10, F11, F7, F8, F9, белок PROC) являются кальций-зависимыми белками

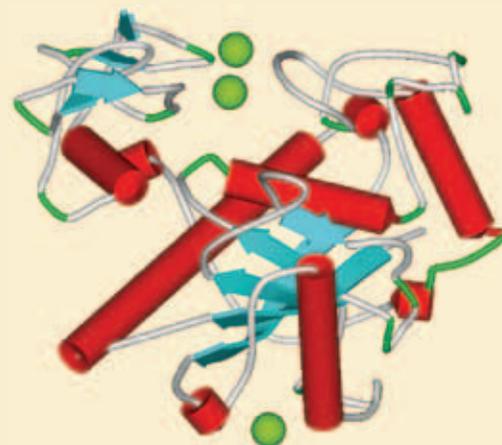
с достаточно похожими пространственными структурами. Ионы кальция связываются N-концевыми Gla-доменами этих белков и необходимы для поддержания процессов коагуляции. Активность этих белков может падать вследствие генетических дефектов, при дефиците кальция или избытке магния. Соответственно, замещение кальция на магний приводит к уменьшению прокоагулянтной активности этих белков и, следовательно, к уменьшению склонности к тромбообразованию. Краткая информация об этих белках приведена в таблице 2.

Gla-домен (Гла-домен) – эссенциальный фрагмент пространственной структуры коагуляционных факторов F2, F7, F9, F10, PROC и др. Этот фрагмент характеризуется очень близкой пространственной структурой во всех белках (рисунок 5). Гла-домены прокоагулянтных белков связывают гиалуронан внеклеточной матрицы (матрикса) и необходимы для надежной фиксации тромба снаружи от поврежденной части сосуда. Остатки глутамовой кислоты в синтезированной белковой цепи Гла-доменов конвертируются при посредстве витамина К в гамма-карбоксиглутаматы (Гла), которые, собственно, и связывают ионы кальция (30).

Связывание кальция необходимо для поддержания конформации (пространственной структуры) домена, необходимой для взаимодействия с гиалуронаном. Гла-домены также содержат гидрофоб-



**Рисунок 8. Пространственная структура кальций-связывающего Gla-домена прокоагулянтных белков. Показаны ионы кальция, связанные Gla-доменом**



**Рисунок 9. Пространственная структура каталитического домена ADAMT13 протеиназы (модель на основе PDB-файла 2JH), осуществляющей протеолитическую трансформацию фактора фон Виллебранда (ФВ). Ионы магния (сферы) ускоряют протеолитическую обработку ФВ**





28 сентября – 1 октября 2010 г.  
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

XI Всероссийский научный форум

# Мать и дитя

XII Международная специализированная выставка



**Охрана здоровья  
матери и ребенка 2010**

**Организаторы:**

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

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

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ-Экспо»

**МЕДИ Экспо**

Телефон/Факс: +7 (495) 721-88-66

e-mail: [expo@mediexpo.ru](mailto:expo@mediexpo.ru)

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

[www.mother-child.ru](http://www.mother-child.ru)



# ВИРУСНЫЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ:

31 марта 2010 года в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова в рамках Всероссийского Конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты» состоялся симпозиум «Вирусные генитальные инфекции: новые подходы к лечению», в работе которого приняло участие более 300 врачей из многих регионов России. Симпозиум, председателями которого были Е.А. Межевятинова и В.Н. Прилепская, осветил десятилетний практический опыт применения отечественного противовирусного препарата Панавир.



## ТЕРАПИЯ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ



**Т.Н. Бебнева**, научный сотрудник, к. м. н., врач акушер-гинеколог первой категории  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

Тактика лечения клинической и субклинической форм папилломавирусной инфекции определяется прежде всего исходя из состояния иммунитета пациента. Имеют значение наличие сопутствующей соматической болезни, урогенитальная патология; локализация и характер патологического процесса на шейке матки, на вульве или влагалище; наличие рецидивов. Принципы комплексного лечения как клинической, так и субклинической форм ВПЧ-инфекции заключаются, в первую очередь, в деструкции кондилом; стимуляции противовирусного иммунитета;

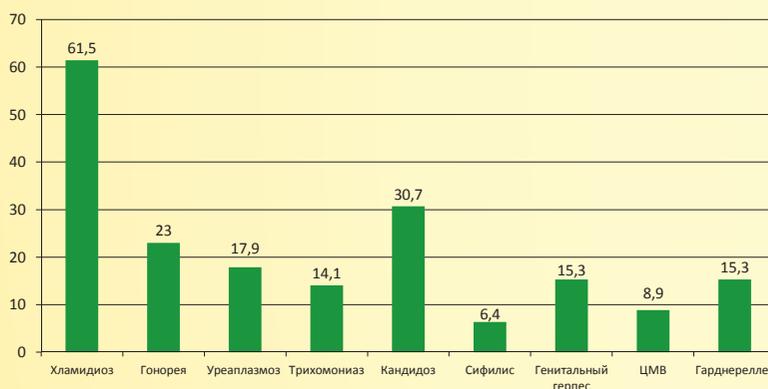


Рисунок 1. Сочетания с урогенитальными инфекциями

устранении факторов риска, которые способствуют рецидивам заболевания.

На практике мы начинаем именно с устранения факторов, которые способствуют рецидивам заболевания. Следует обратить внимание на то, что очень часто в 67-93% случаев папилломавирусная инфекция сочетается с другими урогенитальными инфекциями (рисунок 1). И поэтому при наличии сопутствующей инфекции обязательно следует провести противовоспалительное лечение.

Прежде чем применять хирургические методы лечения, как показывает практика, следует провести противовирусную терапию – об этом говорят результаты исследований: иммунограмма у больных с ВПЧ-инфекцией снижена. Существующие хирургические ме-

тоды лечения: электро-, крио-, лазерное, хирургическое иссечение, аргоноплазменная коагуляция. Нет исследований, которые показали бы преимущество того или иного хирургического метода. Результаты исследований говорят о правильной тактике использования комбинированного лечения (медикаментозного + хирургического), это повышает эффективность лечения. Все противовирусные средства по происхождению можно разделить на синтетические и на средства природного происхождения, к последним и относится Панавир. Препарат состоит из очищенного экстракта побегов растения *Solanum tuberosum*. Субстанцию препарата Панавир составляют растительные полисахариды, относящиеся к классу высокомолекулярных гексозных гликозидов

# НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

сложного строения и состоящие из глюкозы, рамнозы, арабинозы, маннозы, ксилозы, галактозы и уроновых кислот. Полисахариды Панавира воздействуют на Т-лимфоциты, то есть на их количественную и функциональную активность. Кроме того, они повышают продукцию интерферона, повышают активность макрофагов и снижают проницаемость мембран для вирусов и бактерий.

остроконечных кондилом на фоне системного и местного применения Панавира. Деструкции назначают один раз в день наружно гель Панавир и после деструкции дважды в день утром и вечером. Системная терапия по схеме: 0,004% раствор Панавир внутривенно 5,0 мл – 3 инъекции с интервалом 48 часов, две последующие с интервалом 72 часа, курс – 5 инъекций.

Была отмечена хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов и осложнений. Кроме того, препарат применялся у беременных женщин после получения их согласия и после оценки состояния беременной и характера патологического процесса, у женщин с остроконечными кондиломами, с вирусносительством ВПЧ, включая 16 и 18 тип, и с субклиническими формами папилломавирусной ин-

## ЗАБОЛЕВАНИЙ: АНАЛИЗ КЛИНИЦИСТА

Было проведено много как экспериментальных, так и клинических исследований институтами вирусологии, фармакологии, физико-химической медицины и была показана эффективность и безопасность препарата Панавир.

Было доказано, что препарат обладает цитопротективным действием, то есть защищает клетку от воздействия вирусов. Кроме того, Панавир способен тормозить репликацию вируса в инфицированных культурах клеток и приводить к существенному снижению инфекционной активности вирусов. Он также индуцирует синтез интерферона в организме.

Схематически механизм действия Панавира можно представить так: происходит препятствие адгезии; ингибция пенетрации; препятствие раскрытию вирусного капсида; нарушение репликации вирусной ДНК (синтетические нуклеозиды); нарушение сборки вирусных частиц.

Руководствуясь инструкцией, в гинекологии Панавир применяют при следующих вирусных инфекциях: генитальный герпес, цитомегаловирус, аногенитальные папилломы. Методика комплексного лечения остроконечных кондилом: начинают с лечения сопутствующих бактериальных инфекций, которое проводится до назначения Панавира, в соответствии с существующими стандартами без использования иммунотропных препаратов. Далее проводится деструкция

Лечение поражений шейки матки (плоская кондилома, CIN1): 0,004% раствор Панавир внутривенно 5,0 мл: 3 инъекции с интервалом 48 часов, две последующие с интервалом 72 часа, курс – 5 инъекций, или Панавир ректальные свечи через день вводят на ночь, курс 10 суппозитивов, в качестве метода деструкции кондилом рекомендуется радиоволновая хирургия.

Лечение эндоуретральных кондилом: Панавир системно № 5-6 раствор внутривенно или суппозитории Панавир на курс – 10; эндоуретральное облучение низкоинтенсивными лазером № 10-15.

Результаты исследований показали высокую эффективность препарата Панавир: отсутствие рецидивов через 6-12 месяцев наблюдения у большинства больных (93%), а эффективность определяется только отсутствием рецидивов.

фекции. Результаты исследований: отсутствие ВПЧ по результатам ПЦР-диагностики после внутривенного введения раствора Панавира – 97%, после ректальных свечей Панавир – 93%. Таким образом, на основании этого можно сказать, что препарат Панавир высокоэффективен при бессимптомном носительстве ВПЧ (частота элиминации ВПЧ – 93-97%). Препарат является эффективным средством в лечении клинически выраженной формы папилломавирусной инфекции. Панавир позволяет добиваться стойкой ремиссии папилломавирусной инфекции на протяжении беременности.

Конечно, этих исследований еще не достаточно и проводятся новые клинические исследования. Но, тем не менее, 10-летняя практика показывает, что препарат Панавир обладает высокой эффективностью лечения. 



## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



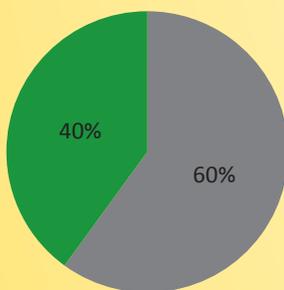
**П. П. Абакарова, к.м.н.**

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

Герпесвирусная инфекция занимает одно из ведущих мест по распространенности среди заболеваний, передающихся половым путем. Заболевания, вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ), занимают второе место после гриппа в качестве причин смерти от вирусных инфекций (не считая СПИДа). Генитальный герпес поражает все популяционные группы, 98% взрослого населения во всем мире имеют антитела к ВПГ I или II типа. Инкубационный период составляет от 3 до 12 дней. Инфицирование возможно от партнера, являющегося источником инфекции и имеющего типичные герпетические высыпания на половых органах. И также от партнера, выделяющего вирус при отсут-

В 90% случаев после эпизода первичного генитального герпеса, вызванного ВПГ-II, наблюдаются рецидивы

> 6 рецидивов в год



1-5 рецидивов в год

**Рисунок 2. Рецидивирование процесса**

ствии клинических симптомов, то есть при атипичной форме или при бессимптомном вирусоносительстве. Основные пути передачи – это контактный, воздушно-капельный, половой. Существует также риск передачи инфекции при переливании крови и при трансплантации органов.

Клинические формы генитального герпеса – это первичный генитальный герпес и рецидивирующий генитальный герпес, который может протекать типично, атипично и бессимптомно. До 60% случаев рецидивирующий генитальный герпес протекает атипично, и именно эти формы являются наиболее опасными.

В 90% случаев после эпизода первичного генитального герпеса, вызванного ВПГ II типа, наблюдаются рецидивы. Причем в 60% случаев наблюдается от 1 до 5 рецидивов в год. Более 6 рецидивов наблюдаются у 40% пациентов (рисунок 2).

Большое значение для диагностики имеет правильный забор материала. Материалом для исследования являются содержимое везикул, соскоб со дна эрозий, слизистой оболочки уретры, влагалища, цервикального канала, пробы крови. Для диагностики генитального герпеса используются вирусологические методы обнаружения и идентификации ВПГ; молекулярно-биологические методы (ПЦР, дот-гибридизация); цитоморфологический метод (выявление внутриклеточных включений); иммунологические (выявление антигенов ВПГ: реакции прямой и непрямой иммунофлуоресценции, иммуноферментный анализ), выявление антител иммуноглобулинов М и G в сыворотке крови методом ИФА. IgG можно определить на 21-28 день после заражения. IgM определяется на 9-10 сутки с момента заражения в течение 7-14 дней. И только определение типоспецифических антител к гликопротеину G обеспечивает адекватную точную диагностику.

Дифференциальную диагностику

проводят с сифилисом, красным плоским лишаем, болезнью Бехчета, рецидивирующим кандидозом, болезнью Крона, чесоткой, пузырчаткой, стрептококковым импетиго.

Каковы основные подходы к терапии генитального герпеса? В первую очередь, это противовирусная химиотерапия. Также могут быть использованы иммуномодулирующая терапия или комбинация этих методов. Длительность, интенсивность и требуемый объем лечения генитального герпеса определяется тяжестью клинического течения, частотой рецидивов, состоянием иммунной системы, психоэмоциональными последствиями, наличием риска передачи инфекции половому партнеру или новорожденному.

Для лечения первого эпизода генитального герпеса используются препараты Ацикловир, Фамцикловир и Валацикловир. Цель терапии заключается, в первую очередь, в уменьшении тяжести и длительности эпизода герпетической инфекции.

Для рецидивирующего генитального герпеса существует два варианта терапии: эпизодическая и супрессивная. Эпизодическая терапия используется для снижения тяжести и продолжительности текущего рецидива. Супрессивную терапию мы можем использовать для снижения частоты последующих рецидивов и предотвращения передачи вируса партнеру.

Однако существует проблема увеличения случаев резистентности к синтетическим нуклеозидам при длительной терапии и токсическое воздействие препаратов. На этом основании в практике врачей появляются новые схемы лечения с применением противовирусных препаратов растительного происхождения.

Мне бы хотелось представить российский противовирусный препарат растительного происхождения Панавир, который отличается своей химической структурой и

# ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

механизмом действия. Особенности противовирусного действия препарата Панавир является то, что препарат обладает цитопро-тективным действием; ингибирует синтез вирусных белков, тормозит репликацию вирусов в инфицированных культурах клеток и приводит к существенному снижению инфекционной активности вирусов; модулирует уровень интерферона  $\gamma$  и  $\alpha$ ; повышает жизнеспособность инфицированных клеток.

Безопасность Панавира была доказана в многочисленных доклинических и клинических исследованиях. Было показано отсутствие мутагенного, тератогенного, канцерогенного, аллергизирующего и эмбриотоксического действия.

В период рецидива заболевания применяются 2 внутривенные инъекции 0,004% раствора Панавир по 5,0 мл с интервалом 48 ч. Еще одна форма терапии, которая может быть использована при генитальном герпесе – суппозитории ректальные. Схема применения: по 1 суппозиторию Панавир на ночь на курс 5-10 свечей. В качестве местной терапии гель Панавир – наружно 3-4 раза в сутки. Курс при необходимости можно повторить через месяц.

Данные о клинической эффективности препарата Панавир при рецидивирующей герпетической инфекции таковы (при лечении 0,004% раствором Панавира по 5,0 мл на курс 2 или 5 инъекций по схеме): значительное улучшение и сокращение длительности рецидива и/или увеличение длительности ремиссии более чем в 2 раза отметили 20% пациентов; улучшение и сокращение длительности рецидива и/или увеличение длительности ремиссии менее чем в 2 раза отметили 62% пациентов; отсутствие эффекта отметили 18%. Таким образом, клиническая эффективность препарата составила 82%. Также было показано, что при применении препарата уже на второй день произошло значительное уменьшение таких явлений, как зуд, жжение, боль в месте высыпаний, боль при

мочеиспускании и т.д. (рисунок 3). Постмаркетинговое исследование эффективности, безопасности и переносимости Панавира при лечении генитального герпеса и его влияние на показания ИНФ-статуса (при лечении 0,004% раствором Панавира по 5,0 мл – от 2 до 5 инъекций) показало, что ремиссия 6 и более месяцев отмечалась у 58,1% пациентов. Увеличение межрецидивного промежутка в 2 раза произошло у 27,1% пациентов. И у 14,8% изменений не произошло. Также 59,5% пациентов отмечали значительное улучшение; улучшение – 21,6%; отсутствие эффекта – 18,9%. Было проведено еще исследование по эффективности препарата Панавир ректальные суппозитории у пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом. Использование ректальных суппозиторияв Панавир на курс суппозиторияв в период продромальных явлений у пациентов с генитальным герпесом способствовало abortированию рецидива у 60% больных. Сокращалась длительность рецидива герпеса у 90% больных. При наблюдении



**Рисунок 3. Эффективность противогерпетической терапии**

за больными в течение 3 месяцев после лечения ремиссия отмечалась у 29 из 30 человек. Ни в одном случае в процессе применения не зарегистрировано нежелательных побочных явлений или аллергических реакций.

Высокая клиническая эффективность и безопасность, хорошая переносимость и комфортность использования суппозиторияв Панавир, отмеченные у абсолютного числа пролеченных пациентов, позволяет рекомендовать эти суппозитории к широкому применению в терапии рецидивирующего генитального герпеса.



## ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ



### А.В. Ледина,

врач акушер-гинеколог высшей категории, к.м.н.,  
Научный центр акушерства, гинекологии  
и перинатологии им. В.И. Кулакова

Цитомегаловирус (ЦМВ) – крупных размеров вирус, условно-патогенный микроорганизм семейства герпесвирусов. Это очень широко распространенная инфекция. Ее распространенность у детей первого года жизни уже достигает 20%. В детских садах в процессе оборота инфекций до 60-80% детей инфицируются ЦМВ или имеют антитела к нему. А у взрослых к 50-60 годам эта цифра достигает 90-95%. Женщины детородного возраста в 60%, а по некоторым данным в 80% случаев являются носителями ЦМВ.

Источником цитомегаловирусной инфекции являемся мы с вами. Кроме вирусоносителей, источником инфекции является больной острой формой ЦМВ и больной в период обострения инфекции. Пути передачи вируса – все, какие существуют на свете: воздушно-капельный, половой, контактный, пероральный, парентеральный, энтеральный, вертикальный. Инфекция передается через все био-

логические жидкости и выделения организма.

Как протекает инфекция у иммунокомпетентных лиц? После первичного инфицирования вирус находится в организме пожизненно. Вирус надежно защищен лимфоцитами от воздействия антител и интерферона. Инфекция протекает бессимптомно в виде вирусоносительства. Клинически выраженное заболевание развивается при активации латентной инфекции на фоне снижения резистентности организма (детский возраст, беременность, воздействие неблагоприятных экологических факторов, ятрогенные вмешательства, прием цитостатиков и иммунодепрессантов, химиотерапия).

Клиническая картина неспецифична и протекает цитомегаловирусная инфекция как гриппоподобная инфекция. Дело в том, что клиническое проявление цитомегаловирусной инфекции протекает как гриппоподобная инфекция. Период первичного инфицирования длится 2-3 недели. При достаточном иммунном ответе происходит самоизлечение – это те самые 90-95% взрослого населения, о которых я говорила. Если у человека нет иммунного ответа, инфекция переходит в генерализованную форму. Проявляется ЦМВИ воспалением околоушных и подчелюстных слюнных желез, печеночной ткани, надпочечников, селезенки, суставов и др. Если иммунный ответ недостаточный, вирус переходит в локализованную форму. Проявляется в виде цервицита, эндометрита, сальпингоофорита, поражения околоушных и подчелюстных слюнных желез. У мужчин протекает бессимптомно или в виде вялотекущего уретрита.

Одним из средств для этиотропного лечения цитомегаловирусной инфекции является отечественный противовирусный препарат Панавир. Обладает выраженным

противовирусным, вирусостатическим, иммуномодулирующим действием, активен в отношении многих ДНК- и РНК-содержащих вирусов, в частности ЦМВ. Препарат Панавир выпускается для внутривенного введения – в ампулах, для введения ректально в виде суппозиторий и для наружного применения в виде геля. Препарат вводится внутривенно 3 раза в течение первой недели лечения с интервалом 48 или 72 часа через 2 дня. И 2 раза в течение второй недели с интервалом в 72 часа. То есть на 1-й, 3-й, 5-й, 7-й, 11-й дни лечения. Через 3 месяца после проведенного лечения Панавиром в группе из 30 женщин с экзоцервицитами на фоне зоны трансформации контрольное обследование показало: отсутствие патологии шейки матки, ПЦР на ЦМВ не выявило ни у одной пациентки наличия инфекции. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии характерной клинической картины для ЦМВ. Таким образом, положительные результаты применения препарата Панавир свидетельствуют о возможности его использования в целях подготовки женщин с ЦМВ к беременности.

Комплекс профилактических мероприятий показан женщинам высокой группы риска – с отрицательными результатами обследования на иммуноглобулины G и M к ЦМВ. Нужно соблюдать правила личной гигиены, что позволяет снизить вероятность заболевания во время беременности. Необходимо мыть руки, особенно после посещения улицы и общественного транспорта; избегать поцелуев в губы, особенно с детьми младше 5 лет (они, как правило, в этом возрасте впервые болеют ЦМВИ и являются самыми частыми распространителями острой инфекции); пользоваться отдельной косметикой, особенно губной помадой. 

Материал подготовила Я. Соловьева

# ПАНАВИР

ОРИГИНАЛЬНЫЙ РОССИЙСКИЙ ПРЕПАРАТ  
ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ



## Доказанная эффективность при заболеваниях, вызванных вирусами

- Герпесвирусная инфекция различной локализации (рецидивирующий генитальный герпес, герпес Зостер)
- Цитомегаловирусная инфекция, хронические вирусные инфекции и интерферонодефицитные состояния у пациенток с привычным невынашиванием беременности на этапе подготовки к беременности
- Папилломавирусная инфекция в комплексной терапии, с использованием геля после деструкции папиллом для достижения противовоспалительного и регенеративного эффекта
- Вторичные иммунодефицитные состояния на фоне инфекционных заболеваний различной этиологии
- Различные формы выпуска обеспечивают удобное применение и индивидуальный подход к лечению, учитывая возраст и беременность
- Панавир Инлайт используется с целью профилактики вирусных заболеваний

**КОМБИНАЦИЯ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ**

Телефон горячей линии: 8-800-555-222-9 (звонок бесплатный) [www.panavir.ru](http://www.panavir.ru)

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

Вопрос репродуктивного потенциала Российской Федерации – один из основных аспектов программы социально-экономического развития страны. По материалам Организации Объединенных Наций, к 2050 году численность населения у нас сократится и составит 101,5 миллиона человек. Медики констатируют, что 15% супружеских пар в России бесплодны и только 32% беременных и рожениц можно считать здоровыми. Поэтому сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской и государственной задачей, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда. Большие усилия направлены на научное решение этой безотлагательной проблемы. 25 марта 2010 года в Уфе состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья», а 1 апреля 2010 года конференция прошла в Санкт-Петербурге.

### УФА

Конференция «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья», состоявшаяся в Уфе, была проведена компанией «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения Республики Башкортостан. Тематика мероприятия очень актуальна, так как количество заболеваний репродуктивной системы населения огромно: воспалительные процессы, бесплодие, миома матки, рост злокачественных опухолей.

Разработка и внедрение современных методов диагностики и высокотехнологичной лечебной помощи имеют колоссальное значение в восстановлении репродуктивного здоровья. Конференция состоялась в рамках XV специализированной выставки «Фармация-2010». Организаторами выставки по традиции выступили Министерство здравоохранения РБ, ГУП «Башфармация» и коммерческий центр «Лигас». Ежегодная встреча профессио-

налов фармацевтического рынка и врачебного сообщества стала одной из крупнейших в Уральском регионе. В этом году состоялась презентация более 110 отечественных государственных предприятий и частных фирм из Москвы, Санкт-Петербурга, Уфы, Казани, Алтайского края, Свердловской, Челябинской, Самарской областей, других регионов России. В Уфу приехали также представители крупных зарубежных компаний.

Работа конференции «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья» прошла по трем основным секциям: «Онкопатология в гинекологической практике», «Эндокринная патология у женщин», «Аntenатальная охрана плода». Были прослушаны доклады известных в нашей стране ученых и их молодых коллег о новейших достижениях в гинекологии, акушерстве, перинатологии, планировании семьи, междисциплинарным аспектам репродуктивного здоровья.

Папилломавирусной инфекции как фактору риска развития патологии шейки матки посвятил свое выступление **В.А. Исаков**, профессор, руководитель отделения СПбНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, академик РАЕН. В докладе было рассмотрено влияние генетических, иммунных и иных факторов на состояние репродуктивной системы населения, сохранение женского здоровья при



На научно-практической конференции в Уфе выступает Валерий Александрович Исаков, профессор, руководитель отделения СПбНИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, академик РАЕН

# В УФЕ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

онкологической и эндокринной патологии.

Вирусные заболевания приобрели в современном обществе эпидемический характер. По официальным данным, вирусом папилломы человека в мире инфицировано 630 миллионов человек. Ежегодно диагностируется около 470 тысяч новых случаев рака шейки матки, 230 тысяч женщин умирают от этой страшной болезни. Рак шейки матки является одним из самых распространенных онкологических заболеваний. Существуют около 200 типов вируса папилломы человека. Около 15 из них могут вызывать образование измененных клеток слизистой шейки матки. В дальнейшем они могут переродиться в рак. Факторами, приводящими к возможности заражения ВПЧ, являются снижение иммунитета после инфекционных и воспалительных заболеваний, гормональный дисбаланс, сопутствующие урогенитальные инфекции, стресс и другие причины. Наиболее распространенные типы ВПЧ, связанные с риском развития рака шейки матки, – типы 16 и 18. Процесс перерождения обычно протекает бессимптомно и занимает годы, пока не доходит до последней стадии. Напомним, что изучение вируса папилломы человека и его связь с развитием рака шейки матки отмечена Нобелевской премией в области медицины.

О новых подходах к диагностике и лечению заболеваний шейки матки, реализации в Екатеринбурге профилактических программ, направленных на снижение онкологической заболеваемости и повышения качества жизни рассказала **И.Н. Кононова**, доцент Уральской государственной медицинской академии. Подробно были освещены практика использования лекарственных средств в лечении гиперпластических процессов эндометрия, а также деятельность городских жен-

ских консультаций по иммунизации девочек рекомбинантной вакциной Гардасил против ВПЧ. Подобная вакцинация включена в программу профилактики онкозаболеваний в ряде стран Европы и Северной Америки. Первое иммунобиологическое средство против ВПЧ (6, 11, 16, 18 штаммов) зарегистрировано в 2006 году в 60 государствах мира, в том числе и в России. По мнению экспертов Международной ассоциации против рака, «вакцина против ВПЧ является вакциной против рака». Многолетние наблюдения свидетельствуют: высокий иммунитет сохраняется и обеспечивает защиту. «Наши женщины должны быть здоровы и наслаждаться жизнью!» – вдохновенно заключила свое выступление доцент Кононова.

Вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики патологии молочной железы, сравнительные данные по крупным промышленным центрам и сельским районам Башкортостана были изложены в сообщении **М.Г. Галева**, заведующего отделением маммологии Республиканского клинического онкодиспансера. Рак молочной железы занимает первое место по заболеваемости и смертности женщин от злокачественных новообразований в промышленно развитых государствах. Видеослайды пациенток диспансера с запущенной стадией рака груди вызвали у аудитории чувства глубокого страдания и жалости к больным. Опытный хирург, неоднократно выступавший в местных СМИ на темы профилактики злокачественных опухолей, вновь очень эмоционально и убедительно говорил о необходимости онкологической настороженности и внимательного отношения женщин к своему здоровью. Слушателями были заданы вопросы о применении препарата Индинол в лечебной практике. Очень наглядно особенности состо-



Слушатели на научно-практической конференции «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья», состоявшейся во Дворце культуры нефтяников города Уфы

яния эндометрия женщин на фоне ЛНГ-содержащей системы были раскрыты в выступлении **Г.Е. Чернухи**, доктора медицинских наук, ведущего научного сотрудника отделения гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова. Галина Евгеньевна активно работала со слушателями, давала исчерпывающие ответы. Актуальную причину женского эндокринного бесплодия – гиперпролактинемия – исследовала в своей лекции **А.Г. Ящук**, доцент, заведующая кафедрой Башкирского государственного медицинского университета. В обсуждении докладов участвовали педагоги и студенты БГМУ. Современной тактике ведения многоплодной беременности, подготовке эндометрия к беременности и программам ЭКО посвятили доклады **Л.Г. Сичинава**, профессор Российского государствен-





Регистрация участников на научно-практической конференции по репродуктивному здоровью в Уфе

ного медицинского университета им. М.Н. Пирогова, и **Э.Ш. Абляева**, кандидат медицинских наук, врач высшей категории Центра репродукции и генетики «ФертиМед».

С бесспорным интересом был воспринят доклад «Проблема бактериальных вагинозов и их современная коррекция в практике акушера-гинеколога» **В.А. Кулавского**, профессора, заведующего кафедрой ИПО БГМУ, академика РАЕН. Василий Агеевич отметил: в его выступлении – «главное о главном, известное об известном». По мнению авторитетного ученого, назрела необходимость вновь акцентировать внимание специалистов на приоритетах и ключевых вопросах акушерства и гинекологии.

«У меня очень большая радость от встречи с вами», – с этих слов начала свой доклад в башкирской столице **К.Г. Серебренникова**, профессор ММА им. И.М. Сеченова. Выступление Клары Георгиевны создало особенно теплую атмосферу в зале. Профессор Серебренникова рассказала об особенностях прегравидарной подготовки и ведения ранних сроков беременности у женщин с хроническим эндометритом. Блестящие знания и богатый клинический опыт позволили автору привлечь внимание всех без исключения делегатов конференции. Московская гостья также напомнила о некоторых научно-

практических достижениях своей коллеги, трагически ушедшей **Веры Михайловны Сидельниковой**.

Прозвучало также очень важное и полезное сообщение о новых аспектах патогенеза и лечения сочетания миомы матки и аденомиоза. Его автор – **Т.Д. Гуреев**, доктор медицинских наук, профессор ММА им. И.М. Сеченова. Были предложены и другие не менее значимые и злободневные доклады о профилактике микроциркуляторных осложнений беременности, способах коррекции инсулинорезистентности при синдроме поликистозных яичников, терапии железодефицитных анемий.

Вел конференцию главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения РБ, кандидат медицинских наук, доцент ИПО БГМУ **А.А. Афанасьев**. В его выступлении были исследованы новые возможности современной контрацепции, гестагены с антиандрогенным действием. Александр Александрович отметил, что в кризисных условиях специалистам сложно выезжать на профессиональные встречи по одной узкой тематике. Тем отраднее разноплановость выступлений и их инновационность. В Уфе были представлены ведущие научные центры Российской Федерации, неоднократно цитировались международные данные ВОЗ по репродуктивной медицине, рассматривались малоизученные аспекты онкопрофилактики и лечения пациентов. По словам слушателей, состоялся очень ценный обмен опытом. Все выступления имели хорошее информационно-техническое обеспечение, сопровождалось красочным иллюстративным материалом. Участники мероприятия посетили клинику «Мать и дитя». Ее специализация – комплексное обследование, лечение, сохранение репродуктивного здоровья семейной пары. На базе нового медучебно-диагностического отделения с собственной лабораторией, гинекологическое отделение с операцион-

ной и дневным стационаром. Здесь проводится экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

Всего в научно-практической конференции по актуальным вопросам репродуктивного здоровья приняли участие около 200 практикующих врачей и ученых, руководителей перинатальных центров и клиник, преподавателей и студентов. P.S. Накануне конференции заместитель министра здравоохранения Башкортостана **Ралида Шакирова** сообщила: в Уфе планируется открытие еще одного родильного дома. Правительством республики принято решение о строительстве современного акушерско-гинекологического корпуса РКБ им. Куватова. По данным Минздрава, в настоящее время в РБ функционируют 49 учреждений материнства и детства. Медицинскую помощь женщинам и детям оказывают 798 акушеров-гинекологов, 1275 педиатров и 128 неонатологов.

*Материал подготовила региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии»*

*Г. Юсупова (Уфа)*

## САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Тематика научно-практической конференции «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья», которая прошла в Санкт-Петербурге, определялась самыми актуальными вопросами для обсуждения. В программе были широко представлены вопросы охраны репродуктивного здоровья семьи от зачатия до старости, новейшие достижения в гинекологии, перинатологии, онкогинекологии, гинекологической эндокринологии, репродуктивной хирургии, вспомогательных репродуктивных технологий, планирования семьи, а также междисциплинарные аспекты репродуктивного здоровья.

В этом году одно из самых значительных мероприятий в сфере акушерства и гинекологии посетило большое количество ведущих специалистов в этой области, которые

делились опытом и достигнутыми результатами в сфере сохранения репродуктивного здоровья и организации лечебной и профилактической работы. В деятельности конференции приняли участие крупнейшие в своей области профессионалы: **Н.Г. Кошелева**, доктор медицинских наук, профессор Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. А.О. Отта РАМН; **Л.В. Иванова**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии и Санкт-Петербургской государственной медицинской Академии им. И.И. Мечникова, акушер-гинеколог высшей категории; **М.М. Сафронова**, д.м.н., профессор кафедры репродуктивного здоровья СПб МАПО; **А.В. Иванов**, заведующий отделением ВРТ Мариинской больницы и другие видные специалисты.

Конференция началась с работы секции «Онкопатология в гинекологической практике». Ее открыло выступление **В.А. Исакова**, профессора, руководителя отделения СПбНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, академика РАЕН, «Актуальные вопросы терапии генитального герпеса». Генитальный герпес в настоящее время относится к наиболее частым заболеваниям, передаваемым половым путем, и представляет собой одну из наиболее социально значимых проблем в медицине. Доклад В.А. Исакова был посвящен практическим аспектам лечения этого заболевания, так как частота генитального герпеса, регистрирующаяся в разных странах, значительно увеличилась за последние годы, что во многом связано с распространением бессимптомной и недиагностированной герпетической инфекции, которая имеет широчайшее распространение в человеческой популяции, занимая по частоте третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии.

В докладе **Л.В. Ивановой** «ВПЧ.

Спорные вопросы в лечении. Тактика ведения больных» прозвучали цифры, иллюстрирующие неблагоприятное положение дел и в этой области. Выяснилось, что женщины, страдающие раком шейки матки, в 100% случаев заражены ВПЧ (вирусом папилломы человека).

Эстафету приняла секция: «Аntenатальная охрана плода». Особая важность этого вопроса обуславливается тем, что антенатальная охрана плода во время беременности может быть успешной лишь при тесном сотрудничестве медработников, беременной и ее родственников. Необходимыми условиями являются тщательное медицинское обследование, систематическое профилактическое наблюдение с первых недель беременности в женской консультации, патронаж, строгое выполнение беременными рекомендаций врача, касающихся питания, труда, отдыха, и другие необходимые мероприятия. Большое значение имеет и выявление у беременной факторов риска в отношении развития антенатальной патологии и рациональное ведение беременности в каждом конкретном случае. Для рационального решения проблем акушерской тактики ведения беременности и родов важную роль играет своевременная оценка состояния плода на всех этапах внутриутробного развития.

Здесь наибольший интерес представляло выступление **С.М. Манкеева**, д.м.н., сотрудника Медицинского центра Управления делами Президента РФ, «Парадокс терапии железодефицитных анемий, или Когда меньшее становится лучшим». Он рассказал, что анемия – это болезненное состояние, характеризующееся снижением массы эритроцитов, часто в сочетании с уменьшением количества эритроцитов в единице объема крови. Наиболее типична как раз железодефицитная анемия. Поэтому ее терапия должна проводиться препаратами железа для устранения дефицита в организме, а не просто нормализа-

ции уровня гемоглобина.

Традиционно не обошла стороной конференцию и секция: «Эндокринная патология у женщин», где обсуждению подлежали вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения соответствующих заболеваний. Практическое решение этой проблемы может быть осуществлено лишь при всестороннем и глубоко обсуждении ее сторон не только акушерами-гинекологами, но и специалистами смежных направлений. В работе секции были подробно освещены исследования, посвященные диагностике и лечению эндокринных нарушений у женщин. Исследования, о которых рассказывалось в докладах, позволили специалистам прийти к некоторым теоретическим обобщениям, которые в свою очередь стали базисом для лечебных мероприятий.

Большой интерес вызвало выступление **Н.В. Ивановой**, сотрудника кафедры эндокринологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования им. академика В.Г. Баранова «Роль пролактина в репродуктивном здоровье женщины. Методы коррекции гиперпролактинемии».



На научно-практической конференции в Санкт-Петербурге выступает Н.В. Иванов, сотрудник кафедры эндокринологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования им. академика В.Г. Баранова



Сбор гостей в фойе гостиницы «Москва» г. Санкт-Петербурга, где состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья»

Он сообщил, что гормон пролактин играет исключительно важную роль во многих процессах, происходящих в организме, в частности, в обеспечении нормальной работы репродуктивной системы. У женщин пролактин способствует продлению существования желтого тела яичников (удлинению лютеиновой фазы цикла), тормозит овуляцию и наступление новой беременности, снижает секрецию эстрогенов фолликулами яичников и секрецию прогестерона желтым телом. В норме этот физиологический механизм предотвращает беременность следующим ребенком в период кормления грудью предыдущего и может предотвращать менструации в период кормления. При патологически повышенном уровне пролактина у женщин нарушается менструальный цикл, развивается бесплодие, аноргазмия, фригидность, увеличиваются размеры молочных желез вплоть до формирования макромастии (гигантских молочных желез) и могут развиваться кисты или аденомы молочных желез, а впоследствии даже рак молочной железы. Поэтому коррекция этого нарушения обладает огромной важностью для здоровья женщин. Завершила конференцию работа секции «Вспомогательные репродуктивные технологии», которые

помогают стать родителями супругам, чей брак остается бесплодным. В настоящее время во всем мире отмечается ухудшение репродуктивного здоровья граждан и увеличение количества бездетных пар – по данным медицинской статистики, таковым является каждый шестой союз. Таким образом, лечение бесплодия при помощи новых технологий является одной из самых серьезных задач для наших врачей. В настоящее время насчитывается уже целое поколение детей, рожденных с помощью репродуктивных методов. Вопросы, касающиеся состояния здоровья этого контингента и их родителей, также являются крайне актуальными.

Не менее актуальной является проблема влияния методов, используемых для достижения беременности, на состояние здоровья женщин. Здесь внимание привлек доклад **А.В. Иванова**, заведующего отделением ВРТ (отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)) Городской Мариинской больницы, «Ведение беременности после ЭКО». Он подчеркнул, что важнейшим и принципиальным этапом в лечении бесплодия явилась разработка и внедрение в клиническую практику методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Этот этап можно назвать завершающим на данном уровне развития науки и практики в решении проблем бесплодия. Метод ЭКО дал возможность реализовать функцию деторождения при таких формах бесплодия, которые ранее считались абсолютно бесперспективными для лечения: отсутствие или полная непроходимость маточных труб, отсутствие или истощение яичников, даже отсутствие матки не является абсолютным препятствием для рождения ребенка. Решение этих проблем – насущная потребность настоящего времени. Поэтому столь важной становится процедура ведения беременности после проведения ЭКО, ведь будущая мать еще до зачатия может

страдать довольно серьезными нарушениями.

Завершилась конференция подведением итогов, где было отмечено, что для участников конференции это была прекрасная возможность узнать мнение экспертов и поделиться с коллегами конкретными проблемами, характерными для репродуктивного здоровья населения, так как демографическая ситуация в стране продолжает оставаться крайне неблагоприятной. Депопуляция переросла из региональной и этнической проблемы в национальную и затронула практически все территории Российской Федерации. По данным социологических опросов, около 4,5 млн супружеских пар в стране имеют одного ребенка в возрасте до семи лет и потенциально могут родить второго. При этом около 60% из них хотели бы родить еще одного ребенка при определенной государственной поддержке. Поэтому участники конференции отметили широкий спектр и актуальность обсуждаемых тем, которые охватили почти весь перечень назревших проблем и показали их постоянную значимость для практического здравоохранения. Было особо выделено, что репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Проблема охраны здоровья матери и плода является важнейшей составной частью здравоохранения. Поэтому правильная организация ведения беременности, пренатального и постнатального ведения новорожденных детей позволит значительно снизить риск тяжелых осложнений, а также уровень материнской и младенческой смертности.

*Материал подготовила региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» В. Иванова (С.-Петербург)*

# Новый путь лечения бактериального вагиноза



SOLVAY  
PHARMA

# Достинекс®

(КАБЕРГОЛИН)

ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ  
ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ  
И ПОДАВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ



- Достинекс® — доказанная эффективность в лечении синдрома гиперпролактинемии<sup>1</sup>
- Достинекс® — хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов у более 90% пациентов<sup>2,3</sup>
- Достинекс® — 13-летний опыт применения в России<sup>4</sup>

## Краткая информация по препарату Достинекс®

Достинекс® (каберголин) таблетки.

**Состав и форма выпуска:** каберголин 0,5 мг, по 2 или по 8 таблеток в упаковке.

**Фармакологические свойства:** каберголин является дофаминергическим производным эрголина и характеризуется выраженным и длительным пролактинснижающим действием.

**Показания к применению:** предотвращение физиологической лактации после родов, подавление уже установившейся послеродовой лактации, лечение нарушений, связанных с гиперпролактинемией, включая аменорею, олигоменорею, ановуляцию, галакторею, пролактинсекретирующие аденомы гипофиза (микро- и макропролактиномы), идиопатическая гиперпролактинемия; синдром «пустого» турецкого седла в сочетании с гиперпролактинемией.

**Побочные действия:** наиболее часто встречаются такие побочные эффекты, как снижение АД в течение первых 3–4 дней после родов, головокружение, головная боль, тошнота, рвота. Побочные явления носят транзиторный характер, а по тяжести являются нетяжелыми или среднетяжелыми.

**Противопоказания:** повышенная чувствительность к каберголину или другим компонентам препарата, а также к любым алкалоидам спорыньи; детский возраст (до 16 лет), т.к. безопасность и эффективность препарата у детей не установлена.

Перед применением препарата следует тщательно ознакомиться с Инструкцией<sup>5</sup>

## Список литературы:

1. Webster J. et al. A comparison of Cabergoline and Bromocriptine in the Treatment of Hyperprolactinemic Amenorrhea. The New England Journal of Medicine 331:904-909, Oct.1994.
2. Colao A., Di Sarno A. et al. Macroprolactinoma shrinkage during cabergoline treatment is greater in naive patients than in patients pretreated with other dopamine agonists: a prospective study in 110 patients. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2000.
3. Caballero-Gordo A., Lopez-Nazareno N. et al. Oral cabergoline. Single-dose inhibition of puerperal lactation. J. Reprod Med. 1991 Oct; 36(10):717-21.
4. РУ II-8-242-N 009400 от 21.04.1997 г.
5. Инструкция по медицинскому применению препарата Достинекс № П N013905/01.

Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч.Си.Пи. Корпорэйшн» (США)  
109147 Москва, ул. Таганская, д.17-23. Тел.: (495) 258-55-35. Факс: (495) 258-55-38.



DOS-10-01

**Достинекс®**  
(КАБЕРГОЛИН)

ПРЕИМУЩЕСТВА ОЧЕВИДНЫ