

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

1
2013

*акушерство и
гинекология*



Актуальное интервью

Академик РАМН В.Н. СЕРОВ:
«Преждевременные роды – актуальная
проблема для отечественной
акушерско-гинекологической службы»

Клиническая эффективность

Возможности транексамовой кислоты
в лечении пациенток с угрожающим
выкидышем

Инфекции мочевыводящих путей
у беременных: принципы выбора
антибактериальных препаратов

Преимущества применения гормонального
контрацептива в виде вагинального кольца

Медицинский форум

Пессарии как альтернатива оперативному
вмешательству при опущении органов
малого таза и/или недержании мочи
у женщин

Вопросы рациональной терапии
вагинальных инфекций и нарушений
биоценоза влагалища

ПЕССАРИИ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ

Все пессарии сделаны из неаллергенного гибкого силикона.



**Качество наших продуктов – это качество жизни
и здоровья ваших пациентов**

По результатам исследований среди голландских врачей общей практики большинство (79%) женщин, использующих пессарии при влагалищном пролапсе, выбрали продолжение этой терапии.

Марк Е. Вирхаут. Использование пессариев при влагалищном пролапсе. Обзор. Европейский журнал об акушерстве, гинекологии и репродуктивной биологии. 117 (2004) 4-9.

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"
Эксклюзивный дистрибьютер
Тел./факс:(495)788-77-46

www.dr-arabin.ru



Dr.Arabin GmbH&Co.KG
Alfred-Herrhausen-Str.44 D - 58855 Wilzen
СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

www.repro21.ru

Эффективная
фармакотерапия.
Акушерство и гинекология.
1/2013

**Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
Е. КОНЕВА
(kakoneva@yandex.ru)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
Н.Ю. АРБАТСКАЯ, В.Е. БАЛАН,
Н.В. ВАРТАПЕТОВА, О.А. ГРОМОВА,
И.О. МАКАРОВ, С.А. ЛЕВАКОВ,
И.Б. МАНУХИН, Л.Е. МУРАШКО,
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ,
Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,
О.А. САПРЫКИНА, И.С. СИДОРОВА,
Н.А. ТАТАРОВА, Е.В. УВАРОВА

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Шеф-редактор
О. ПАРПАРА

Выпускающий редактор
А. ЗИМЕНКОВА

Журналисты
С. ЕВСТАФЬЕВА, А. ЛОЗОВСКАЯ

Дизайнер
Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка
И. ЛУКЬЯНЕНКО

Корректор
Е. САМОЙЛОВА

Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

**Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:**
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 17 500 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов
возможно только с письменного
разрешения редакции журнала.
Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

Люди. События. Даты

- Академик РАМН В.Н. СЕРОВ:
«Беременной женщине необходимо создать все условия для вынашивания
ребенка, это позволит избежать многих осложнений» 2
- Охрана здоровья семьи – междисциплинарная проблема 4
- Мобильные технологии в сфере репродуктивного здоровья 5

Патология беременности

- Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ, А.А. АГАДЖАНОВА, Т.Б. ИОНАНИДЗЕ
Гемостатическая терапия при кровотечениях во время беременности 6
- Е.В. ШИХ, Л.Ю. ГРЕБЕНЩИКОВА
Возможности применения витаминно-минерального комплекса
Фероглобин-В₁₂ для профилактики железодефицитных состояний
у беременных женщин 12
- О.И. МИХАЙЛОВА, Т.Б. ЕЛОХИНА, А.А. БАЛУШКИНА
Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных 16

Инфекции

- Э.Р. ДОВЛЕТХАНОВА
Современный взгляд на возможности терапии ВПЧ-ассоциированных
заболеваний гениталий у женщин 22

Урогинекология

- И.А. АПОЛИХИНА, Ю.В. КУБИЦКАЯ
Применение тренировки мышц тазового дна в режиме биологической
обратной связи для лечения недержания мочи у женщин 26

Гинекологическая эндокринология

- Н.П. ГАВРИЛОВА, Н.А. ТАТАРОВА
Влияние комбинированного применения заместительной гормональной
и гепатопротекторной терапии на показатели метаболизма в перименопаузе 32

Гормональная контрацепция

- Е.А. ОСТРОВСКАЯ, Т.А. ДУДНИЧЕНКО
Контрацептивный выбор подростков и мотивы отказа от предохранения 36

Медицинский форум

- V *Общероссийский научно-практический семинар
«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»*
Актуальные терапевтические подходы к лечению дисбиоза влагалища,
нарушений менструального цикла, менопаузальных расстройств
и осложненной беременности 42
- XVIII *Всероссийский научный форум «Мать и дитя»*
Симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»
Вагинальные пессарии: за и против 50

- Международный форум «Шейка матки и вульвовагинальные болезни»*
Симпозиум компании «Инвар»
Cervix uteri – увидеть и понять 56

- Литература** 62



Академик РАМН В.Н. СЕРОВ: «Беременной женщине необходимо создать все условия для вынашивания ребенка, это позволит избежать многих осложнений»



Преждевременные роды являются одним из самых важных вопросов охраны здоровья матери и ребенка. Об основных причинах и факторах риска, о методах профилактики и диагностики преждевременных родов, а также о проблеме нового учета и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, родившихся в очень ранние сроки беременности, – в беседе с академиком РАМН, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ, президентом Российского общества акушеров-гинекологов Владимиром Николаевичем СЕРОВЫМ.

– Насколько проблема преждевременных родов актуальна для отечественной акушерско-гинекологической службы?

– Преждевременные роды определяют в первую очередь уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8–13 раз выше, чем при своевременных. Кроме того, недоношенные младенцы умирают в 50–60 раз чаще детей, родившихся в срок.

Длительное время в нашей стране ребенок считался живорожденным, если он появился на свет массой 1000 г при сроке более 28 недель беременности. Однако, следуя рекомендациям ВОЗ, с 2012 г. живорождение в России теперь регистрируется с 22-й недели беременности и массой плода более 500 г. В течение последних лет члены Российского общества акушеров-гинекологов неоднократно высказывали мнение о необходимости поэтапного перехода на новые стандарты. Выживаемость детей, родившихся на сроке 22 недели, чрезвычайно низкая, вероятность того, что они будут здоровыми, составляет всего 10–15%. Оказать необходимую помощь глубоко недоношенным детям можно только в специализированных перинатальных центрах, которые организованы пока не во всех регионах страны.

Преждевременные роды – это еще и важная медико-социальная проблема. Сейчас в России ежегодно рождаются 50 тысяч детей, больных с детства, из них значительную долю составляют младенцы, появившиеся на свет раньше срока. Например, в 2010 г. среди 95% детей, родившихся своевременно, патологии были определены у 37%. Между тем среди 5% недоношенных детей больными оказались 98,6%. Именно поэтому необходимо, с одной стороны, проводить профилактику преждевременных родов, а с другой – внедрять методы, позволяющие выходить недоношенных детей и не допустить их инвалидизации.



Актуальное интервью

– Что может послужить причиной преждевременных родов?

– Преждевременные роды могут быть вызваны болезнью матери или нарушением развития плода. Одна из частых причин недонашивания беременности – это инфекции, острые и хронические, бактериальные и вирусные, и, конечно, инфекции, передающиеся половым путем. Плод является генетически наполовину чужеродным по отношению к матери организмом, который до положенного срока не отторгается за счет определенных изменений в системных и местных иммунных реакциях. В связи с пониженным во время беременности иммунитетом велика вероятность развития или обострения инфекционного заболевания. Даже простая инфекция может запустить иммунные изменения, которые приведут к прерыванию беременности. Мы советуем женщинам, планирующим забеременеть, не пренебрегать предгравидарной подготовкой, комплексно обследоваться, чтобы выявить очаги хронической инфекции и пройти курс лечения, если это необходимо.

К преждевременным родам могут также привести иммунологические, генетические, эндокринные, тромбофилические нарушения. Однако если женщина в период беременности окружена вниманием и заботой в семье и на работе, правильно питается, не подвергается стрессам, то она может доносить ребенка до положенного срока даже при наличии патологии. Именно поэтому я не устаю повторять, что о беременной женщине надо заботиться, создавая благоприятные условия для вынашивания малыша.

– Какой должна быть адекватная диагностика преждевременных родов?

– Прежде всего, акушеру-гинекологу необходимо своевременно выявлять пациенток, которые входят в группу риска. К факторам риска относятся возраст (моложе 17 и старше 40 лет), предшествующие аборт, преждевременные роды и выкидыши в анамнезе. Два и более выкидыша подряд указывают на то, что женщина нуждается в серьезном обследовании и лечении. Например, у 30% женщин с тремя и более неудачными беременностями невынашивание обусловлено антифосфолипидным синдромом. Этот синдром может быть также причиной тромбоза, отслойки плаценты, смерти ребенка сразу после родов. Кроме того, факторами риска являются различные воспалительные заболевания гениталий и экстрагенитальная патология – болезни почек, печени, эндокринной системы и т.д.

Самым доступным и распространенным методом диагностики угрожающих состояний остается оценка изменения шейки матки (укорочение, сглаживание, открытие) с помощью ультразвукового исследования. Наблюдая изменения в динамике,

Только медико-организационные мероприятия не смогут повлиять на ситуацию с преждевременными родами. Снижение числа преждевременных родов можно ожидать в том случае, если в стране улучшатся социальные условия, повысится уровень жизни.

врач может принять решение о наложении швов на шейку матки или установке акушерских пессариев. Кроме того, диагностическим маркером преждевременных родов, например, является наличие цитокинов (интерлейкина б) в цервикальной слизи и фибронектина в шейечно-влагалищном секрете.

– Что должен предпринять акушер-гинеколог при начавшихся преждевременных родах?

– Отсрочить родовой процесс позволяет токолитическая терапия, которая подавляет сократительную активность матки. В настоящее время токолитическая терапия проводится, как правило, в течение двух дней. За это время вводимые беременной глюкокортикоиды обеспечивают созревание легких плода, тем самым снижая вероятность развития у новорожденного респираторного дистресс-синдрома. Кроме того, применение токолитической терапии целесообразно для того, чтобы успеть перевести беременную в стационар, где есть отделение интенсивной терапии для выхаживания недоношенных детей. В нашей стране доля таких клиник составляет пока около 30%. Например, в Москве отвечают современным требованиям 7 родовспомогательных учреждений – это стационары, объединенные с многопрофильными больницами. Перевод уже родившихся недоношенных детей чреват развитием дополнительных осложнений. Например, перевод ребенка с врожденным пороком развития в 30% случаев приведет к летальному исходу.

Только медико-организационные мероприятия не смогут повлиять на ситуацию с преждевременными родами. Снижения числа преждевременных родов можно ожидать в том случае, если в стране улучшатся социальные условия, повысится уровень жизни. К этому есть все предпосылки.

Мы приглашаем всех на V съезд акушеров-гинекологов России, который пройдет 24–27 сентября 2013 г. в рамках XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя». В рамках съезда мы планируем всесторонне обсудить проблему преждевременных родов. Специалисты смогут узнать о современных и эффективных методах профилактики, диагностики и лечения преждевременных родов, а также интенсивных методах терапии и реабилитации недоношенных детей. ☺

Охрана здоровья семьи – междисциплинарная проблема

По инициативе Уральской государственной медицинской академии, при поддержке Аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Уральском федеральном округе, Законодательного собрания и Правительства Свердловской области 21–22 ноября 2012 г. в Екатеринбурге прошел Уральский медицинский форум «Здоровая семья – здоровая Россия». Основными темами мероприятия стали вопросы, связанные с научно-практической деятельностью в сфере сохранения и укрепления здоровья семьи, организации медицинской помощи, лекарственного обеспечения и совершенствования межведомственного взаимодействия. Главные итоги мероприятия подводит профессор Т.А. ОБОСКАЛОВА (д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России).

Название форума «Здоровая семья – здоровая Россия» предопределило его программу, в которой нашли отражение и медицинские аспекты здоровья семьи, и социальные проблемы, и вопросы образования и воспитания. Рассматривались темы эффективного и безопасного родовспоможения, современной оперативной и консервативной гинекологии, репродуктологии, урологии и андрологии. Обсуждались возможности формирования принципов здорового образа жизни с раннего детства, роль семьи в обеспечении здоровья подрастающего поколения. Прошли телемосты с ведущими специалистами из Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам акушерства, гинекологии и репродуктологии. Особое внимание было уделено инновационным диагностическим и лечебным технологиям.

Участникам форума была предоставлена возможность проследить за операцией кесарева сечения с использованием электрохирургических технологий, которая транслировалась в режиме онлайн. Состоялся мастер-класс по видеокапсульной эндоскопии у детей, на котором обсуждались возможности этого нового диагностического метода в определении тактики лечения в сложных случаях заболеваний желудочно-кишечного тракта. Кроме того, прошли симпозиумы по педиатрии, акушерству и гинекологии, репродуктологии, а также симпозиумы, посвященные здоровому образу жизни и формированию глобальной профилактической среды. Специалисты Министерства образования, Министерства культуры и Министерства социальной политики Свердловской области приняли участие в работе симпозиумов по вопросам межве-

домственного взаимодействия. Проблемы профилактики нарушений репродуктивного здоровья у молодежи и возможности организации просветительской работы в студенческой среде обсуждались на совещании проректоров екатеринбургских вузов.

В работе форума приняли участие врачи не только из Свердловской области, но и из других субъектов Российской Федерации. Программа была составлена таким образом, чтобы темы форума были интересны педиатрам, неонатологам, акушерам-гинекологам, специалистам по перинатальной и репродуктивной медицине, урологам и врачам других специальностей. Научную программу форума дополнила специализированная фармацевтическая выставка, где были представлены отечественные и зарубежные компании.

Интерес, который был проявлен к мероприятию, подтвердил необходимость междисциплинарного обсуждения вопросов охраны здоровья семьи. По решению ректора Уральской государственной медицинской академии профессора С.М. Кутепова проведение форума «Здоровая семья – здоровая Россия» планируется сделать ежегодным. Помимо основных вопросов, связанных с проблемами женского и детского здоровья, в ноябре 2013 г. предполагается обсудить и другие темы, в частности, непрерывное медицинское образование в качестве основы повышения качества оказания медицинской помощи населению. ❧



Мобильные технологии в сфере репродуктивного здоровья

Расширение зоны покрытия сотовой связи, снижение тарифов, а также доступность мобильных устройств и мобильного интернета обусловили появление и широкое распространение множества мобильных сервисов, в том числе связанных со сферой общественного здравоохранения. Подобные проекты получили название «Мобильное здоровье» (от англ. mobile health, или mHealth).

Среди программ в области mHealth наиболее широкое распространение получили СМС-сервисы. Это связано, в первую очередь, с доступностью СМС: они поддерживаются любыми мобильными телефонами независимо от их операционной системы и стандартов сотовой связи. Во-вторых, формат СМС ограничивает сообщения до краткого совета или инструкции, при этом сохраняя характер личного общения с абонентом. В-третьих, рассылка СМС не требует значительных денежных расходов и не зависит от того региона, где находится абонент.

В России первые проекты в области мобильного здоровья были разработаны фондом «Здоровье и Развитие» в сотрудничестве с Министерством здравоохранения РФ, Министерством спорта, туризма и молодежной политики РФ, Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Российской ассоциацией репродукции человека и др.

В феврале 2012 г. стартовал проект по бесплатному СМС-информированию беременных женщин и родителей детей до года – «СМСмаме» (www.smsmame.ru). Это

В последнее время все большее распространение получают различные мобильные сервисы, в том числе связанные со сферой общественного здравоохранения. В России первые проекты в области мобильного здоровья были разработаны и реализуются фондом «Здоровье и Развитие». Уже запущены проекты по бесплатному СМС-информированию беременных женщин и родителей детей до года, федеральный проект «Школа ЭКО». Завершается работа над проектом для подростков «Всё, что тебя касается».

первый проект федерального уровня, доступный всем жителям нашей страны. После регистрации в программе подписчики получают на мобильный телефон 2–3 бесплатных сообщения в неделю, которые содержат советы и напоминания о важных аспектах беременности и развития ребенка. Сообщения подготовлены ведущими российскими специалистами в области неонатологии, акушерства и гинекологии, педиатрии.

В январе 2013 г. был запущен новый федеральный проект «Школа ЭКО» (www.ivfschool.ru) по бесплатному СМС-информированию будущих родителей, которые испытывают сложности с естественным зачатием и рассматривают вспомогательные репродуктивные технологии как основную возможность забеременеть. Программа предоставляет бесплатное комплексное информационно-психологическое сопровождение в виде СМС-сообщений, вебинаров, поддержки сообществ в социальных сетях, лекций и консультаций специалистов. Информирование проводится по таким вопросам, как государственные квоты, правовые основы ЭКО, подготовка к ЭКО

и прохождение самой процедуры, психологическая поддержка и многое другое.

В настоящее время фонд «Здоровье и Развитие» завершает работу над новым проектом для подростков – «Всё, что тебя касается» (www.fzr.ru). В основе проекта – комплексная программа по здоровому образу жизни, в том числе профилактике репродуктивного здоровья и подготовке к семейной жизни и осознанному родительству.

Широкое использование проектов мобильного здоровья открывает новые возможности для формирования ответственного поведения людей в отношении своего здоровья, мотивируя их к регулярному посещению врача. В результате этого снижаются риски заболеваний и в целом улучшаются медико-социальные и демографические показатели. Кроме того, мобильные технологии позволяют существенно экономить время, устанавливая регулярную и оперативную связь между врачом и пациентом.

Источник: пресс-релиз фонда «Здоровье и Развитие»

Гемостатическая терапия при кровотечениях во время беременности

К.м.н. Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ, д.м.н. А.А. АГАДЖАНОВА,
к.м.н. Т.Б. ИОНАНИДЗЕ

Кровотечения во время беременности – состояния, требующие проведения неотложной терапии. Наиболее частой причиной кровотечений из полости матки является угрожающий и начавшийся аборт. Авторами было проведено исследование по изучению эффективности транексамовой кислоты (препарата Транексам) в лечении пациенток с угрожающим и начавшимся выкидышем. Было продемонстрировано, что применение транексамовой кислоты способствует быстрой остановке кровотечения и пролонгированию беременности у данной категории женщин.

Введение

С 2012 г. Россия переходит на новые критерии живорождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения. Теперь регистрации подлежат дети массой свыше 500 г, родившиеся не менее чем на 22-й неделе беременности. Соответственно, преждевременными считаются роды, наступившие на сроке от 22 до 37 недель. Подобный международный подход обуславливает необходимость предотвращения осложнений начиная с ранних сроков беременности во избежание рождения глубоко недоношенного ребенка. Зарубежными авторами получены данные, свидетельствующие о возрастающем риске осложне-

ний беременности при наличии ретрохориальных и заоболочечных гематом начиная с I триместра беременности. Так, в метаанализе, обобщившем данные анализа течения и исходов беременностей за 28 лет, были сделаны ключевые выводы. Во-первых, пациентки, потерявшие 2 и более беременностей, входят в группу риска по развитию преждевременных родов, в том числе очень ранних преждевременных родов, задержке роста плода, преждевременному излитию вод, отслойкам плаценты, предлежанию плаценты, кровотечениям во II и III триместрах беременности. Во-вторых, у женщин с кровотечениями на ранних сроках беременности, образованием

ретроплацентарных гематом повышен риск преждевременных родов (в том числе очень ранних преждевременных родов), задержки роста плода, преждевременного излития вод при недоношенной беременности, отслойке плаценты во II и III триместрах беременности [1].

В этой связи остановка кровотечения, в том числе на ранних сроках беременности, необходима не только с целью избежания выкидыша и повышенной потери крови, но и с целью предотвращения образования больших ретроплацентарных гематом и поздних гестационных осложнений.

Кровотечения во время беременности: причины, диагностика, лечение

Кровотечение во время беременности является одним из самых опасных осложнений, требующих неотложной терапии. Акушерская тактика при кровотечениях зависит от величины кровопотери, причинных факторов, срока гестации, состояния женщины и плода. Кровотечения в I и II триместрах беременности часто сопровождаются образованием внутриматочных гематом, которые могут быть как ретро-



хориальной/ретроплацентарной, так и заоболочечной локализации [2].

В I триместре беременности при появлении кровянистых выделений из половых путей необходимо проводить дифференциальную диагностику между следующими состояниями: имплантационное кровотечение, внематочная беременность, угрожающий аборт, начавшийся аборт, свершившийся аборт, неразвивающаяся беременность, пузырный занос. Очень важная роль в диагностике принадлежит ультразвуковому исследованию, которое позволяет вовремя диагностировать состояния, требующие хирургического вмешательства (внематочная беременность, пузырный занос), а также определиться с тактикой ведения женщин с угрожающим и начавшимся аборт, провести дифференциальный диагноз с неразвивающейся беременностью.

В зависимости от причины угрожающего или начавшегося выкидыша проводится подбор этиопатогенетической терапии. Однако при кровотечениях в I и II триместрах беременности в начале лечения на первый план выходит необходимость остановки кровотечения без ущерба для организма матери и развивающегося плода. Во II триместре беременности кровянистые выделения из цервикального канала могут быть следствием различных состояний, среди которых наиболее частыми являются:

- отслойка плаценты без образования гематом;
- отслойка плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы;
- формирование заоболочечной гематомы;
- кровотечение при низком прикреплении плаценты или ее предлежании;
- децидуальная реакция пустующей полости матки при пороках развития матки (двурогая матка, удвоение матки);
- антенатальная гибель плода из двойни или тройни.

Правильная оценка клинической ситуации помогает определить интенсивность и необходимую длительность проведения гемостатической терапии.

Во II триместре беременности исключительно важным является проведение дифференциальной диагностики между кровотечением из половых путей и кровотечением, сопровождающимся подтеканием околоплодных вод при высоком боковом разрыве плодного пузыря. Диагностика данного состояния иногда представляет значительные трудности, так как тесты на подтекание околоплодных вод часто оказываются ложнонегативными в условиях кровотечения. В некоторых клинических ситуациях только нарастающее маловодие, по данным динамического ультразвукового исследования, позволяет правильно поставить диагноз. Прогноз при подтекании околоплодных вод на 20–22-й неделях беременности и ранее, как правило, неблагоприятный.

При редукциях одного плода из двойни или тройни (особенно в конце I и II триместрах беременности) исключительно важным представляется своевременное назначение антибактериальной терапии (длительность курса не менее 7 дней), контроль лейкоцитоза и палочко-ядерного сдвига в динамике, а также гемостазиологический контроль для своевременной диагностики и коррекции проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Тот же подход необходим при наличии в полости матки больших (более 3 см) ретроплацентарных и заоболочечных гематом, возникающих в результате отслойки нормально- или низко-расположенной плаценты. При наличии воспалительных изменений, по данным клинического анализа крови, решается вопрос об антибактериальной терапии. Важность своевременной остановки кровотечения не подвергается сомнению, поскольку длительные кровянистые выделения

Включение препарата Транексам в комплексное лечение женщин с угрозой прерывания беременности в I и II триместрах позволяет быстро остановить кровотечение, способствует рассасыванию гематом в полости матки и позволяет пролонгировать беременность.

нарушают функционирование фетоплацентарного комплекса, создают предпосылки для формирования плацентарной недостаточности и способствуют активации воспалительных процессов в полости матки.

Гемостатическая терапия кровотечений во время беременности

Препарат для гемостатической терапии, используемый в I и II триместрах беременности, должен отвечать ряду требований:

- отсутствие эмбриотоксического и тератогенного эффектов;
- быстрое и эффективное действие, так как при угрожающем и начавшемся аборте очень важен фактор времени;
- отсутствие кумулятивного эффекта;
- незначительное системное влияние на гемостаз.

Последний фактор является особенно важным, так как активация внутрисосудистого свертывания, с одной стороны, может вести к микротромбозу, что нарушает плацентацию, особенно в условиях физиологической гиперкоагуляции при беременности, а с другой стороны, небезопасна для организма матери в связи с риском развития тромбоза.

Препарат транексамовой кислоты (Транексам), являясь антифибринолитическим средством, ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена. Это позволяет препарату оказывать гемостатическое действие без

системного воздействия и выраженного влияния на гемостаз [3, 4]. Так, в исследованиях, проведенных в Скандинавии за период наблюдения свыше 19 лет и с участием 238 000 женщин, не было отмечено повышения частоты тромботических осложнений по сравнению с обычным уровнем тромбозов среди пациенток того же возраста. Было доказано, что при применении транексамовой кислоты коагуляционный потенциал крови у беременных женщин не повышается, следовательно, вероятность развития тромбоза у них не выше, чем у пациенток, не принимавших препарат [5].

Еще одним безусловно важным фармакологическим свойством транексамовой кислоты является ее противовоспалительное действие, которое обусловлено подавлением образования кининов, провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина 1, интерлейкина 2) и других активных пептидов, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях.

Исследователи-гематологи отмечают большую эффективность транексамовой кислоты по сравнению с другими антифибринолитиками.

В последние годы появляются данные, свидетельствующие о снижении объема кровопотери после родов и во время операций кесарева сечения на фоне приема транексамовой кислоты. В этой связи некоторые авторы высказывают предположения о возможном рутинном использовании препарата в целях профилактики повышенной кровопотери в родах и при кесаревом сечении [4, 6, 7]. Особую значимость такой профилактический подход приобретает в группах риска по развитию кровотечений (у женщин с тромбоцитопенией, при миоме матки, низком прикреплении плаценты и др.) [4, 7]. Однако профилактическое использование транексамовой кислоты подлежит дальнейшему изучению. Что касается терапев-

Транексамовая кислота оказывает противовоспалительное действие, которое обусловлено подавлением образования кининов, провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина 1, интерлейкина 2) и других активных пептидов, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях.

тических методик, то транексамовая кислота активно используется для остановки послеродовых кровотечений и указывается в отечественных и зарубежных руководствах в алгоритме действий при кровотечении [3, 7–9].

Таким образом, использование Транексама во время беременности позволяет быстро и эффективно остановить кровотечение. Внутривенное введение препарата проводится из расчета 10–15 мг на кг массы тела беременной в зависимости от объема теряемой крови. В среднем, в I триместре беременности суточная доза транексамовой кислоты при кровотечении составляет до 1000 мг, во II и III триместрах беременности – от 1000 до 2000 мг в сутки. После внутривенного введения целесообразен переход на таблетированный прием препарата. Препарат применяют по 250–500 мг 3 раза в день в течение 5–7 дней, далее по показаниям. После уточнения причин угрозы прерывания беременности используются препараты, корригирующие выявленные нарушения.

Нами было проведено собственное исследование эффективности транексамовой кислоты (препарат Транексам) для остановки кровотечений у беременных с угрожающим выкидышем.

Материалы и методы

В исследование включались женщины на сроке беременности от 5 до 22 недель с угрожающим выкидышем, проявляющимся болями внизу живота и в пояснице, а также кровотечением из половых путей.

Критериями исключения из исследования были:

- аномалии развития эмбриона/плода;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания матери, являющиеся противопоказаниями для пролонгирования беременности;
- нарушение целостности плодного пузыря (подтекание околоплодных вод).

На основании данных критериев было отобрано 120 женщин, которые были поделены на 2 группы в зависимости от вида проводимой гемостатической терапии. Основную группу составили 60 женщин, получавших с гемостатической целью препарат Транексам в суточной дозе 1000–1500 мг до остановки кровотечения. Группу сравнения составили 60 женщин, которым проводилась гемостатическая терапия препаратом этамзилат натрия.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica for Windows v. 8.0 (StatSoft Inc, США). Вычислялись средняя арифметическая (M), ошибка средней арифметической (m), достоверность различий (p). Различия между выборочными совокупностями считались достоверными при уровне вероятности $p < 0,05$ (95%-ный уровень значимости) и при $p < 0,01$ (99%-ный уровень значимости).

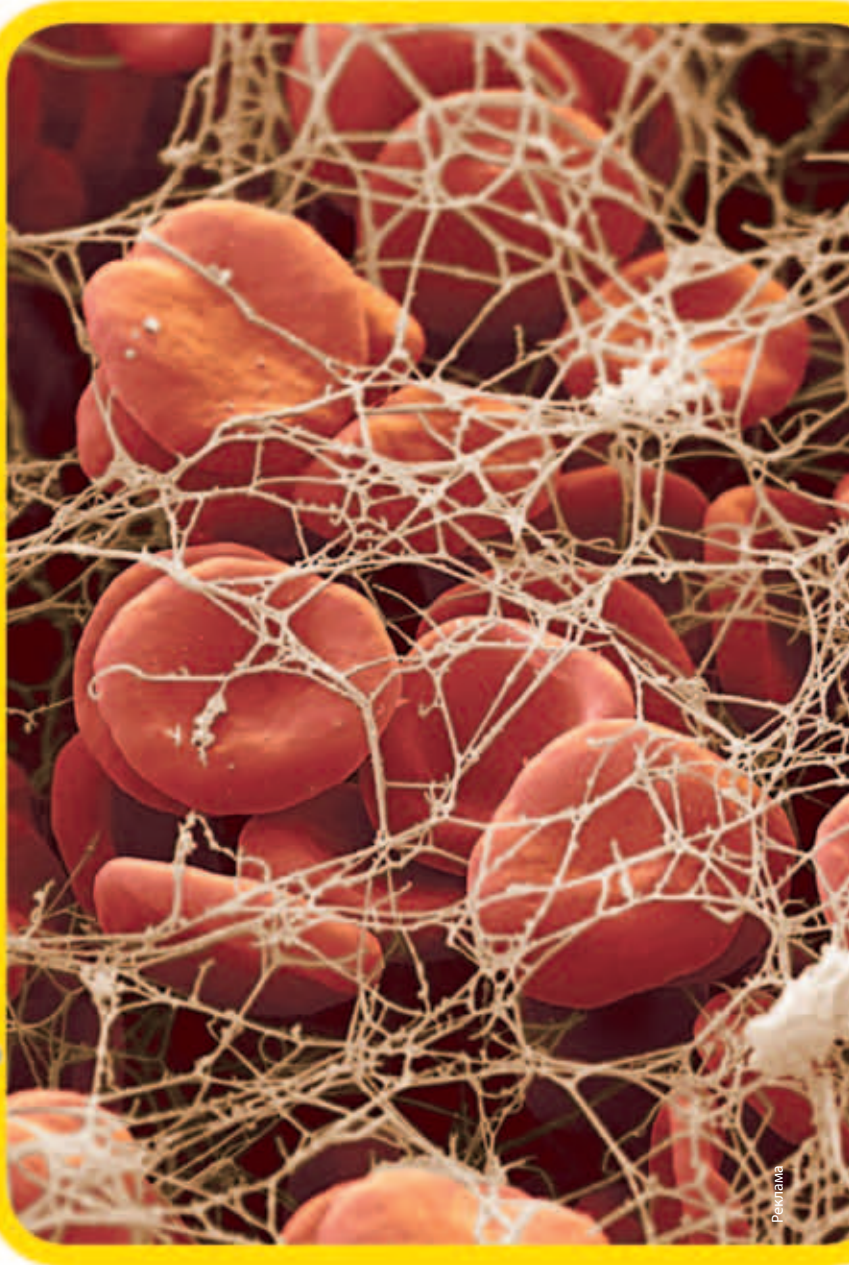
Результаты

Пациентки были сопоставимы по возрасту (в первой группе –

ТРАНЕКСАМ®

транексамовая кислота

Медикаментозная технология кровосбережения



Эффекты:

- Кровесберегающий
- Противовоспалительный
- Анальгетический

- Транексам уменьшает объем периперационной кровопотери на 30%
- Транексам уменьшает потребность в донорских элементах крови на 40%
- Транексам достоверно снижает смертность у больных с политравмой¹
- Транексам не вызывает тромботических осложнений

1 - The importance of early treatment with tranexamsamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised control trial. CRASH-2 collaborators, Lancet, 2011 Mar 26.

Маркетинг и дистрибуция: ООО «Штада Маркетинг»
119017, г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 44, стр. 4
тел./факс: (495) 783-13-03, www.stada.ru



Регистрационный номер: 001709/07

33,1 ± 2,6 год, во второй группе – 34,2 ± 2,5 года), гинекологическому и репродуктивному анамнезу.

В структуре причин угрожающего выкидыша были выделены эндокринопатии (16,7% в основной группе, 13,3% в группе сравнения), иммунологические нарушения (15,0% и 16,6%), инфекционно-воспалительные заболевания (26,6% и 25,0%), анатомические аномалии (10,0% и 11,7%). Таким образом, в исследование были включены пациентки, сопоставимые по причинным факторам угрозы выкидыша.

При ультразвуковом исследовании ретрохориальные/ретроплацентарные гематомы отмечены у 32 женщин основной группы (53,3 ± 7,1%) и 34 пациенток из группы сравнения (51,7 ± 7,3%), заоболочечные гематомы диагностированы у 6 (10,0 ± 2,2%) и 5 (8,3 ± 2,1%) женщин соответственно. У остальных беременных имели место кровянистые выделения из половых путей вследствие отслойки хориона/плаценты или оболочек без образования гематом.

Оценивалась длительность кровотечения из половых путей, регресс ретрохориальных/ретро-

плацентарных и заоболочечных гематом, длительность пребывания в стационаре, пролонгирование и исход беременности.

Установлено, что остановка кровотечения при использовании транексамовой кислоты в среднем наступала на 2-е сутки от начала терапии, длительность кровотечения в среднем составила 2,2 ± 0,3 дня, тогда как в группе, принимавшей этамзилат натрия, длительность кровотечения была достоверно больше – 5,8 ± 0,3 суток ($p < 0,01$). Продолжительность стационарного лечения составила 6,1 ± 0,15 койко-дней в основной группе и 15,6 ± 1,3 койко-дней в группе сравнения соответственно ($p < 0,01$).

Эти данные коррелировали и с ультразвуковой картиной, свидетельствующей о регрессе гематом в полости матки. При использовании препарата Транексам происходила быстрая остановка кровотечения и, как следствие, организация и рассасывание гематом в полости матки в более короткие сроки – у 16 из 38 (42,1%) женщин основной группы и у 10 из 39 женщин в группе сравнения (25,6%) на этапе стационарного лечения. Полное отсутствие гематом отме-

чено в основной группе за 1,9 ± 0,3 недели, в группе сравнения – за 4,2 ± 0,8 недели.

При анализе показателей гемостаза у женщин, получавших терапию Транексамом, не отмечено достоверных изменений в показателях гемостаза (на системном уровне) до и после лечения.

Успешное пролонгирование беременности наблюдалось в основной группе в 96,6% случаев, в группе сравнения – в 91,7% ($p > 0,05$).

У 2 пациенток в основной группе была диагностирована неразвивающаяся беременность на сроке гестации 5–6 недель, в группе сравнения в 5 случаях произошла потеря беременности в сроках от 5 до 11 недель.

Таким образом, было установлено, что препарат Транексам в средних суточных дозах (750 мг/сут) при длительности курса лечения 5–7 дней оказывает выраженный гемостатический эффект при кровотечениях в I и II триместрах беременности и не вызывает побочных эффектов.

Выводы

Включение препарата Транексам в комплексную терапию больных с угрожающим выкидышем и невынашиванием беременности позволяет быстро остановить кровотечение, не влияя на показатели системы гемостаза. Остановка кровотечения в группе пациенток, получавших Транексам, наступала в более короткие сроки по сравнению с женщинами, использовавшими этамзилат натрия (2,2 ± 0,3 и 5,8 ± 0,3 дней соответственно, $p < 0,01$), что требовало меньшей продолжительности стационарного лечения (6,1 ± 0,15 и 15,6 ± 1,3 койко-дней соответственно, $p < 0,01$).

Таким образом, включение препарата Транексам в программу лечения женщин с угрозой прерывания беременности в I и II триместрах позволяет быстро остановить кровотечение, способствует рассасыванию гематом в полости матки и позволяет пролонгировать беременность. ❖

Литература
→ С. 62

NB

Способ применения препарата Транексам в таблетках

- При профузном маточном кровотечении по 1000–1500 мг 3–4 раза в сутки в течение 3–4 дней.
- После операции конизации шейки матки по 1500 мг 3 раза в сутки в течение 12–14 дней.
- При кровотечениях во время беременности по 250–500 мг 3–4 раза в сутки до полной остановки кровотечения. Средняя продолжительность курса лечения – 7 дней.
- При генерализованном фибринолизе (послеродовые кровотечения, ручное отделение последа, отслойка хориона и др.) терапию начинают с парентерального (в/в) введения Транексама в дозе 15 мг/кг каждые 6–8 ч с последующим переходом на пероральный прием по 1000–1500 мг 2–3 раза в сутки.



Уральский федеральный округ
Полномочный представитель
Президента России



Правительство
Свердловской
области



Законодательное
собрание
Свердловской области



Евразийский конгресс Медицина, фармация и общественное здоровье 2013

с международным участием
г. Екатеринбург, 21-23 мая 2013 года,
ЦМТЕ, ул. Куйбышева, 44

С 21 по 23 мая 2013 года, на границе Европы и Азии, в г. Екатеринбурге состоится

Евразийский Конгресс с международным участием
«Медицина, фармация и общественное здоровье-2013»,
который соберет на дискуссионной площадке специалистов,
занимающихся вопросами охраны здоровья человека.

Цель Конгресса – обсуждение проблем, связанных с научно-практической деятельностью в сфере сохранения и укрепления здоровья общества, организации медицинской помощи, лекарственного обеспечения и совершенствования межведомственного взаимодействия.

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА

I. Актуальные вопросы применения лекарственных средств в:

- акушерстве и гинекологии
- онкологии
- аллергологии
- офтальмологии
- вакцинопрофилактике
- педиатрии и неонатологии
- гастроэнтерологии
- пульмонологии
- дерматовенерологии
- реаниматологии и анестезиологии
- иммунологии
- репродуктологии
- кардиологии
- стоматологии
- косметологии
- терапии
- неврологии и психиатрии
- урологии
- нефрологии
- эндокринологии

II. Фармация и общественное здоровье:

- Актуальные вопросы законодательства в области надлежащей фармацевтической практики.
- Современные достижения экспериментальной и клинической фармакологии, фармацевтической химии и технологии.

Интеграция наук во имя человека

Генеральный спонсор **NUTRICIA**
A DANONE COMPANY

Спонсор **TEVA**

Информационная поддержка **МЕДФОРУМ**
ГРУППА КОМПАНИЙ



Оператор форума

Группа компаний «ММ Форум» (ООО «ММ») – организатор
крупномасштабных мероприятий в сфере здравоохранения на Урале
Телефон: (343) 348-61-74, 348-45-81
E-mail: med@ymama.ru



ГБОУ ВПО
«Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова»
Минздрава России,
кафедра клинической
фармакологии
и пропедевтики
внутренних болезней
ГБУЗ «Областной
клинический
перинатальный
центр
им. Е.М. Бакуниной»,
Тверь

Возможности применения витамино-минерального комплекса Фероглобин-В₁₂ для профилактики железодефицитных состояний у беременных женщин

Д.м.н., проф. Е.В. ШИХ¹, Л.Ю. ГРЕБЕНЩИКОВА²

Высокая распространенность железодефицитной анемии у женщин в период беременности и плохая переносимость железосодержащих лекарственных препаратов обуславливают необходимость профилактики данного заболевания. Рациональный состав с использованием синергичных компонентов витаминно-минерального комплекса Фероглобин-В₁₂ производства компании «Витабиотикс» (Великобритания) дает возможность не только эффективно проводить профилактику железодефицитных состояний у беременных, но и, как показывает опыт применения, использовать его для лечения железодефицитных анемий легкой и средней степени тяжести.

Потребности в железе определяются возрастом, полом и физиологическим статусом. Дефицит железа – наиболее часто встречающийся пищевой дефицит во всем мире. Установлено, что низкое содержание железа в организме приводит к ослаблению иммунной системы, нарушению образования гемоглобина и трофическим расстройствам в тканях. Дефицит железа затрагивает в основном детей в активной фазе роста и женщин детородного возраста, что связано с необходимостью поддерживать рост и формирование новых тканей. В ряде исследований показано, что при беременности существенно изменяется активность печеночных ферментов, происходят изменения моторики и секреторной активности желудочно-кишечно-

го тракта. Кроме того, уменьшается поступление витаминов и элементов в организм матери в связи с увеличением объема внеклеточной жидкости, объема циркулирующей крови, почечного кровотока и клубочковой фильтрации, а также поступления витаминов и микроэлементов в организм плода и амниотическую жидкость [5]. Все это влияет на всасываемость железа. Между тем во время беременности потребность в железе повышается с 2–5 до 15–18 мг/сут в связи с усилением эритропоэза у беременной и ростом плода. В целом за весь период беременности и роды расходуется около 1220 мг железа: 500 мг – на усиление эритропоэза, 300 мг – на развитие фетоплацентарной системы, 190 мг – текущий расход железа, 230 мг теряется во время родов.

Возможными последствиями дефицита железа при беременности являются невынашивание, атонические маточные кровотечения. При кровотечениях чаще развивается геморрагический шок, повышается риск гестоза, возрастает опасность инфекции и замедления процесса заживления ран, нарушается обеспечение кислородом плода, увеличивается риск преждевременных родов и рождения мертвого ребенка [1].

Таким образом, анемии беременных являются наиболее распространенным видом патологических состояний беременности. По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии при беременности в разных странах составляет от 21 до 80% (если судить по уровню гемоглобина) и 49–80% (если оценивать по уровню сывороточного железа) [2]. В развивающихся странах частота железодефицитной анемии у беременных достигает 80%. В странах с высоким уровнем жизни населения и более низкой рождаемостью железодефицитную анемию диагностируют у 8–20% беременных. За последнее десятилетие частота железодефицитной анемии во всем мире значительно возросла, несмотря на низкую рождаемость. В России за последние 10 лет частота железодефицитной анемии увеличилась в 6 раз [3].



Несмотря на большое число разнообразных препаратов железа и их лекарственных форм, лечение железодефицитной анемии связано с определенными трудностями. Известно, что на фоне приема препаратов железа достаточно часто развиваются нежелательные эффекты (гиперемия кожи, тошнота, снижение аппетита вплоть до анорексии, запор, режее диарея, боли в эпигастриальной области, кишечные колики, отрыжка). Кроме того, переносимость препаратов железа является дозозависимой: чем выше доза применяемого препарата железа, тем чаще возникают нежелательные реакции и сильнее их выраженность [4].

На сегодняшний день наиболее рациональной является тактика профилактического применения беременными витаминно-минеральных комплексов, содержащих железо в дозе пищевой суточной потребности. ВОЗ рекомендует всем женщинам на протяжении II и III триместров беременности и в первые 6 месяцев лактации принимать препараты железа. Профилактика развития железодефицитной анемии у беременных группы риска по возникновению данной патологии заключается в назначении небольших доз препаратов железа в течение 4–6 месяцев, начиная с 14–16-й недели беременности, курсами по 2–3 недели, с перерывом в 2–3 недели, всего 3–5 курсов за беременность [6].

Витаминно-минеральный комплекс Фероглобин-В₁₂: преимущества состава и формы

Одним из препаратов, назначаемых для восполнения дефицита витаминов и минеральных веществ и применяемых для профилактики железодефицитной анемии, является Фероглобин-В₁₂. Наряду с железом Фероглобин-В₁₂ содержит такие важные компоненты, как цинк, медь, марганец, йод, глицерофосфат кальция и лизин, а также витамины С, В₁, В₂, В₃, В₆, В₁₂, фолиевую и пантотеновую кислоты. Важное преимущество препарата заключается в том, что железо в нем представлено в виде трех-

валентного соединения – железа аммония цитрата. Большинство же современных препаратов железа являются соединениями двухвалентного железа. Именно трехвалентное железо может всасываться, в процессе синтеза гемоглобина восстанавливаясь до Fe²⁺. В клетках слизистой оболочки кишечника Fe²⁺ окисляется в Fe³⁺, образуя свободные радикалы, что обуславливает потенциальную токсичность двухвалентного железа. Из слизистой оболочки кишечника в кровь железо транспортируется с помощью активных транспортных механизмов клеток. Одним из наиболее сильных стимуляторов всасывания железа является витамин С. Транспорт через клетки слизистой оболочки кишечника осуществляется при участии специального белка-носителя, связывающего ионы Fe²⁺. Абсорбция ионов Fe²⁺ происходит быстрее, чем абсорбция ионов Fe³⁺. Для «превращения» трехвалентного железа в двухвалентное необходимо восстановитель, которым в большинстве случаев выступает аскорбиновая кислота. Именно поэтому сочетание в витаминно-минеральных комплексах и препаратах, предназначенных для профилактики и лечения железодефицитной анемии у беременных, Fe³⁺ с аскорбиновой кислотой (как в препарате Фероглобин-В₁₂) является рациональным. В состав комплекса Фероглобин-В₁₂ входит 150 мкг фолиевой кислоты, которая выполняет ряд важных функций. Фолиевая кислота поддерживает нормальную структуру клеток слизистой оболочки кишечника, что позволяет осуществлять транспорт железа. Фолиевая кислота необходима в первую очередь для нормального образования клеток крови, включая процессы созревания мегалобластов и образования нормобластов. Именно поэтому первым признаком дефицита фолиевой кислоты является нарушение эритропоэза – мегалобластическая анемия. Недостаток фолиевой кислоты в большинстве случаев является причиной, тормозящей

переход процессов кроветворения из мегалобластической фазы в нормобластическую. Вместе с витамином В₁₂ фолиевая кислота стимулирует эритропоэз, участвует в синтезе аминокислот (метионина, серина и др.), нуклеиновых кислот, пуринов и пиримидинов, в обмене холина. Кроме того, фолиевая кислота играет важную физиологическую роль в синтезе ДНК, формировании и созревании эритроцитов. Учеными доказано, что во время беременности фолиевая кислота расходуется не только на формирование тканей плода, но и на восстановление 70 трлн клеток матери. Фолиевая кислота играет важную роль в формировании ткани плаценты и новых кровеносных сосудов в матке.

Витамины группы В также входят в состав комплекса Фероглобин-В₁₂. В₁ – один из наиболее важных витаминов в энергетическом обмене беременной. Витамин В₂ наряду с участием в процессах энергообеспечения участвует в образовании красных кровяных клеток. Витамин В₆ необходим для эффективного синтеза белков и образования гемоглобина. Витамин В₁₂ является гематическим нутриентом, необходимым для синтеза гемоглобина, для формирования эритроцитов как у матери, так и у плода. В 1920 г. было установлено, что сырая печень ускоряет регенерацию эритроцитов при анемиях, вызванных кровопусканием. В 1925 г. сырой печенью начали лечить пернициозную анемию, и в 1948 г. было выделено антианемическое вещество в чистом виде – витамин В₁₂. Дополнительный прием цианкобаламина является обязательным для вегетарианцев, так как В₁₂ полностью отсутствует в растительной пище. Учитывая исключительно низкую биодоступность цианкобаламина в пищевых продуктах, во время беременности необходимо дополнительное поступление этого микронутриента в виде витаминно-минеральных комплексов. Метаболизм пантотеновой кислоты тесно связан с обменом витаминов С, В₁₂ и фолиевой кислоты. Пантотеновая кислота очень ши-

роко используется при лечении различных интоксикаций, в том числе при лечении токсикоза беременных. Длительное применение многих антибиотиков, сульфаниламидов снижает обеспеченность организма пантотеновой кислотой и может привести к появлению гиповитаминоза [7].

В состав витаминно-минерального комплекса Фероглобин-В₁₂ включен лизин – незаменимая аминокислота, входящая в состав молекулы гемоглобина, а также медь и цинк. Медь способствует усилению абсорбции железа. Пониженное содержание меди и цинка повышает риск возникновения спонтанных аборт, влияет на уровень послеродовой смертности у женщин; может привести к развитию врожденных уродств плода, гипотрофии плода, задержке внутриутробного развития.

Содержание цинка в организме матери может оказывать непосредственное воздействие на рост плода и вес младенцев при рождении. Умеренная недостаточность цинка ассоциируется с осложнениями во время родов и родовой деятельности, что, в свою очередь, может приводить к нежелательному исходу беременности. В ряде исследований было показано, что недостаток цинка повышает риск возникновения таких осложнений беременности, как удлинение родов, послеродовые кровотечения, спонтанные аборты, развитие врожденных дефектов плода.

Единственным источником цинка для плода является организм матери. Недостаток цинка может оказаться тератогенным и вызывать развитие дефектов нервной трубки плода. Содержание цинка в организме матери во время беременности оказывает влияние на рост младенцев и уровень заболеваемости детей в младенческом возрасте [8]. Особенно высок риск развития цинковой недостаточности у недоношенных детей.

Рядом исследователей доказано, что цинк и железо обладают аддитивным эффектом в профилактике и лечении анемий у беременных. Проведенные в США

исследования показали, что комбинированное введение цинка с железом и фолиевой кислотой приводит к более быстрому и выраженному повышению уровня гемоглобина в плазме крови пациенток по сравнению с пациентками, получавшими комбинацию, содержащую только железо и фолиевую кислоту. Авторы данной работы приводят ряд доказательств наличия аддитивного эффекта железа, цинка, фолиевой кислоты и витаминов группы В на метаболическом уровне. Американские ученые считают, что применение цинка, железа и фолиевой кислоты снижает риск развития анемии беременных в 2 раза [9].

Проведенное в Японии исследование продемонстрировало, что применение железа и цинка является более эффективным, чем назначение одного из них, а также что некоторые формы анемии обусловлены недостаточностью цинка, а не железа [10].

Исследователи медицинской школы при университете Куматоты выяснили, что в случае применения только цинка или только железа среднее число эритроцитов не изменилось, при совместном применении цинка и железа произошло увеличение количества эритроцитов в крови [11].

Еще одним важным преимуществом витаминно-минерального комплекса Фероглобин-В₁₂ является его форма выпуска – сироп. Следует отметить, что жидкие лекарственные формы быстрее и полнее усваиваются организмом и имеют более высокую биодоступность. Таблетки и капсулы должны пройти через пищеварительный тракт, прежде чем биологически активное вещество достигнет органа-мишени. В результате для их переваривания и перехода в форму, возможную для усваивания, требуется до 4 часов. Параметры организма у каждого человека индивидуальны, поэтому в некоторых случаях таблетки вообще не успевают раствориться в должной степени за время их нахождения в желудочно-кишечном тракте. Лекарства и нутриенты, применяемые в виде

раствора, обычно всасываются быстрее, чем твердые формы, так как не требуют растворения. Кроме того, жидкий препарат предпочтителен для тех, кто не может по тем или иным причинам глотать таблетки [2].

Таким образом, комплекс Фероглобин-В₁₂ содержит рациональную комбинацию жизненно важных веществ, необходимых для формирования элементов крови, что обуславливает его применение для профилактики железодефицитных состояний в период беременности [10]. Кроме того, жидкая форма комплекса Фероглобин-В₁₂ (сироп) позволяет быстрее и полнее усвоить необходимые нутриенты.

Клиническая эффективность комплекса Фероглобин-В₁₂

Имеется отечественный опыт применения комплекса Фероглобин-В₁₂ у 71 беременной женщины с железодефицитным состоянием во второй половине беременности, которые получали по 1 чайной ложке сиропа Фероглобин-В₁₂ два раза в день [6]. Средний возраст пациенток составил 23,8 ± 1,12 года. Нарушение менструальной функции в анамнезе отмечено у 17 (23,94%) пациенток; продолжительность анемии составляла от 5 до 21 недели у 71 (100%) беременной; патология печени имела место у 7 (9,86%) пациенток, патология почек – у 12 (16,90%) женщин, заболевания желудка и кишечника – у 19 (26,76%) пациенток. Первородных было 14 (19,72%) женщин, а имевших в анамнезе беременность, роды, патологическую кровопотерю – 57 (80,28%). При обследовании женщины указывали на слабость, недомогание, раздражительность, снижение памяти, головокружение, одышку, снижение работоспособности, сухость кожи, мышечную слабость, боли в области сердца, ломкость ногтей. У 47 (66,20%) женщин беременность сопровождалась гестозом легкой и средней тяжести. Частота сердечных сокращений в среднем по группе обследованных пациенток составила 82 уд/мин, ударный объем – 106 мл,



минутный объем – 8,01 л/мин, ударный индекс – 53,8 мл/м², общее периферическое сопротивление – 957 дин/сек/см⁵.

Диагностика железодефицитных состояний во время беременности проводилась по уровню гемоглобина. Точкой отсчета являлась концентрация гемоглобина на уровне 110 г/л, цветового показателя – менее 0,85, гематокрита – ≤ 33%, средний эритроцитарный объем – менее 80 мкм³, содержание ретикулоцитов – 1,2%, содержание сывороточного железа – менее 12,5 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом – 18%, ферритина сыворотки – до 16 мкг/мл. Симптомы анемии были наиболее выражены у беременных с уровнем гемоглобина менее 90 г/л.

В исследуемой группе женщин на фоне железодефицитного состояния отмечалось снижение показателей гуморального иммунитета ($p < 0,05$) по сравнению с показателями женщин с физиологическим течением беременности. На фоне приема витаминно-минерального комплекса Фероглобин-В₁₂ уровень IgA в плазме крови беременных увеличился на 50%; уровень IgM – на 105%; IgG – на 62%.

Проводимые доплерометрические исследования показали, что у 21 (45,65%) пациентки во II и III триместрах беременности был нарушен кровоток в маточной артерии и сосудах пуповины. Радиоиммунологические исследования выявили снижение концентрации плацентарного лактогена, кортизола у этих женщин. Показатели кровотока яичниковой артерии у беременных женщин зависели от наличия экстрагениальной патологии и осложнений беременности, степени железодефицитного состояния. В целом у пациенток, принявших участие в исследовании, показатели были достоверно более низкие, чем у пациенток с физиологическим течением беременности ($p < 0,05$).

Кровоток в маточной артерии у 25 (53,62%) женщин был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациенток с физиологическим течением беременности.

Таблица. Показатели трансферрина и ферритина у беременных женщин на фоне проводимого лечения ($p < 0,05$)*

Показатель	Период лечения		
	До лечения	II триместр	III триместр
Коэффициент насыщения трансферрина железом, %	18,44 ± 1,05	27,74 ± 2,01	29,4 ± 2,31
Сывороточный ферритин, мкг/мл	15,37 ± 1,01	26,89 ± 2,0	28,92 ± 2,1
Сывороточное железо, мкмоль/л	9,7 ± 0,22	14,9 ± 0,31	16,2 ± 0,39

* Адаптировано по [6].

У 16 (22,54%) пациенток с признаками железодефицитного состояния до лечения регистрировался синдром задержки развития плода первой и второй степени. Признаки фетоплацентарной недостаточности присутствовали у 25 (35,21%) женщин второй группы. Эффективность лечения контролировали на основании исследования уровня трансферрина и ферритина, гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов (табл.) [6]. Проведенное лечение витаминно-минеральным комплексом Фероглобин-В₁₂ приводило к приросту гемоглобина к концу первого месяца на 10,2 ± 0,15 г/л ($p < 0,05$). После проведенной терапии у женщин снизился уровень раздражительности, слабости, недомогания, улучшилась память, повысилась работоспособность. Наблюдалось улучшение состояния кожи, ногтей, снижалась отчетливая синева склер. В этой группе женщин не было зарегистрировано гестозов средней и тяжелой степени тяжести [6].

Проведенное лечение оказывало благоприятное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. У 63 (88,73%) женщин ударный объем составил 91 мл, минутный объем – 7,2 л/мин, общее периферическое сопротивление – 1298 дин/сек/см⁵, число сердечных сокращений – 79 уд/мин. Нормальные показатели кровотока в маточной и яичниковой артериях регистрировались у 63 (88,73%) женщин.

Полная клиническая и гематологическая ремиссия была получена у 39 (84,78%) беременных,

получавших Фероглобин-В₁₂. Клинически значимое улучшение состояния беременных было зарегистрировано через 3–4 недели лечения.

Заключение

Прием витаминно-минеральных комплексов беременными женщинами обусловлен не только распространенностью гиповитаминоза в этот период жизни, но и необходимостью профилактики и лечения железодефицитной анемии. Рациональная витаминотерапия в период беременности позволяет повысить неспецифическую резистентность организма женщины и избежать развития целого ряда нежелательных состояний. Специалист должен уметь проанализировать состав комплекса и помочь пациентке выбрать наиболее оптимальный.

При выборе витаминно-минерального комплекса для профилактики железодефицитных состояний целесообразно учитывать наличие у компонентов витаминно-минеральных комплексов синергизма действия по фармакодинамическому эффекту. Доказанным является наличие аддитивного эффекта на метаболическом уровне для железа, цинка, фолиевой кислоты и витаминов группы В [12]. Проведенный анализ состава и опыт применения комплекса Фероглобин-В₁₂ производства компании «Витабиотикс» (Великобритания) подтверждают, что он может быть эффективно использован для профилактики и лечения железодефицитных состояний, возникающих во время беременности. ♥

Литература
→ С. 62

Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных

О.И. МИХАЙЛОВА¹, к.м.н. Т.Б. ЕЛОХИНА², А.А. БАЛУШКИНА¹

В статье рассматриваются эпидемиология, клинические проявления и принципы терапии таких распространенных в период беременности инфекций мочевыводящих путей, как бессимптомная бактериурия и пиелонефрит. Необходимо тщательно подходить к назначению антибактериальных препаратов во время беременности и осуществлять клиничко-лабораторный контроль за состоянием матери и плода во время лечения. Препараты, разрешенные во время беременности, должны обладать достаточной антимикробной активностью, хорошо переноситься, быть удобными в применении. Всем этим требованиям отвечает амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав), что позволяет рекомендовать его для терапии инфекций мочевых путей как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

по меньшей мере 1 раз в жизни переносит эпизод ИМП, при этом у 25–40% женщин в течение ближайших 6–12 месяцев отмечается рецидив заболевания [4, 5].

Инфекции мочевыводящих путей в период гестации

Инфекции мочевыводящих путей у беременных довольно распространены. Наиболее часто встречаются бессимптомная бактериурия (2–13%), острый цистит (1–2%) и пиелонефрит (2–10%) [6–8]. Анатомические и функциональные изменения в мочевых путях во время беременности обуславливают значительно более высокую восприимчивость к прогрессированию инфекции от бессимптомной бактериурии до стадии пиелонефрита.

По некоторым данным, ИМП у беременных приводит к развитию анемии у 23% женщин, септицемии – у 17%, транзиторных нарушений функции почек – у 2%. Кроме того, инфекции мочевыводящих путей у беременных становятся причиной таких осложнений, как тромбоцитопения, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, задержка развития плода, рождение детей с низкой массой тела и заболеваниями мочевыделительной системы, респираторный дистресс-синдром новорожденных, преэклампсия,

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей (ИМП), эта проблема остается одной из наиболее важных в современной медицине [1, 2]. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью этой патологии: показатель заболеваемости ИМП в России составляет около 1000 случаев на 100 000 населения в год [3]. Инфекция мочевыводящих путей – собирательный термин, объединяющий воспалительные процессы на различных уровнях мочевой системы. Различают инфекции верхних (пиелонефрит, абсцесс, карбункул

почек) и нижних (уретрит, цистит) мочевыводящих путей. Кроме того, выделяют бессимптомную бактериурию, когда у больных обнаруживают лейкоциты и бактерии в моче, однако клинические проявления заболевания отсутствуют. По характеру течения ИМП классифицируют как неосложненные (развиваются у людей, не страдающих серьезными сопутствующими заболеваниями, в отсутствие структурных изменений почек и других отделов мочевыводящего тракта) и осложненные. У женщин ИМП встречаются значительно чаще, чем у мужчин. По данным Европейского общества урологов, каждая вторая женщина в мире



артериальная гипертензия, увеличение частоты гнойно-септических осложнений у матери и плода [2, 5, 15].

Бессимптомная бактериурия у беременных

Бессимптомная бактериурия – это стойкая бактериальная колонизация мочевого тракта у пациенток без клинических проявлений, количественно соответствующая истинной ($\geq 100\ 000$ микробных тел в 1 мл мочи, или 10^5 КОЕ/мл) при отсутствии клинических симптомов мочевого тракта. Острый цистит отличается от бессимптомной бактериурии наличием соответствующей клинической картины (учащенное, болезненное мочеиспускание).

Согласно международным рекомендациям, всем беременным на ранних сроках гестации проводится бактериологическое исследование мочи с целью выявления бактериурии. Однако не все авторы являются сторонниками подобного тотального скрининга. Это обусловлено чрезвычайной вариабельностью частоты данной патологии в различных популяциях, где она может не превышать 2,5%, в связи с чем проведение всеобщего скрининга экономически нецелесообразно. Кроме того, имеются данные о том, что приблизительно у 1–2% из 90–98% пациенток, имеющих в I триместре отрицательные тесты на бессимптомную бактериурию, в последующие сроки беременности возникают симптомы инфекций мочевыводящих путей. Таким образом, целесообразно проводить скрининг на бессимптомную бактериурию каждые 4–6 недель у беременных, имеющих факторы риска ее развития в период гестации, включая:

- бессимптомную бактериурию и рецидивирующие ИМП в анамнезе;
- наличие почечной патологии, особенно способствующей развитию обструктивной уропатии и рефлюксной нефропатии (в том числе мочекаменная болезнь, пороки развития почек

и мочевых путей, функциональные нарушения мочевых путей);

- наличие сахарного диабета I типа до беременности;
- низкий социально-экономический уровень;
- угрозу прерывания беременности;
- артериальную гипертензию [9–11].

Пациенток с ≥ 2 отмеченных эпизодов бессимптомной бактериурии или острым циститом в период беременности необходимо тщательно обследовать с целью выявления возможных структурных аномалий, обструктивной патологии мочевыделительной системы [6].

Терапия бессимптомной бактериурии

Лечение бессимптомной бактериурии основывается на данных посева мочи с учетом чувствительности высеваемых микроорганизмов к антибиотикам и не представляет трудностей. При двукратном положительном результате (более 10^5 КОЕ/мл) беременным показано проведение антибактериальной терапии. Установлено, что лечение бессимптомной бактериурии снижает вероятность возникновения во время беременности пиелонефрита, риск развития которого у таких больных составляет 20–40%. По мнению ряда авторов, своевременное выявление и лечение бессимптомной бактериурии также снижает риск преждевременных родов.

Острый и хронический пиелонефрит у беременных

Пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, протекающий преимущественно в чашечно-лоханочной системе почки и ее тубулоинтерстициальной зоне, – прочно занимает первое место в структуре заболеваний почек во всех возрастных группах, в том числе у женщин репродуктивного возраста. Среди взрослого населения пиелонефрит встречается с частотой 1:1000 случаев. По данным

русских авторов, частота пиелонефрита у женщин молодого возраста составляет 15%, что в 5–7 раз выше, чем у мужчин [1, 4, 12]. Это объясняется не только анатомо-морфологическими особенностями мочеполовой системы женщины, но и частой манифестацией пиелонефрита в период беременности (6–10%). Острый пиелонефрит и обострение хронического пиелонефрита являются очень серьезными заболеваниями, которые могут прогрессировать вплоть до уросепсиса и вызывать преждевременные роды [7].

Заболевание может наблюдаться во время беременности, родов или в послеродовом периоде [13, 14]. Для беременных характерно развитие острого пиелонефрита во II–III триместре гестации с поражением правой почки у 75% пациенток. В ряде случаев развитию острого пиелонефрита предшествует бессимптомная бактериурия, которая, однако, может оставаться таковой на протяжении всей беременности [13, 14].

Развитию пиелонефрита способствуют гормональные изменения, которые происходят во время беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме. Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, расслабляется гладкая мускулатура кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Вследствие этого у беременных наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. У 70% беременных отмечается глюкозурия, способствующая размножению бактерий в моче. Повышение в моче уровня прогестина и эстрогена снижает устойчивость уроэпителия к инвазии бактерий. В этих условиях формируется благоприятный фон для распространения инфекции восходящим путем из уретры, мочевого пузыря

по субэпителиальному слою ткани в почечные лоханки. Препятствия оттоку мочи (камни, аномалии развития, перегибы мочеточника) усугубляют развитие инфекции мочевых путей и создают благоприятные условия для активации латентно протекающей инфекции в почках.

Возбудителями пиелонефрита у беременных часто являются условно-патогенные микроорганизмы. В основном это *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Enterobacteriaceae* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. В 70–80% случаев у беременных этиологическим фактором развития ИМП является *Escherichia coli*. Грамотрицательные аэробы, такие как *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacteriaceae* spp., высеваются в случаях ИМП, характеризующихся резистентностью к лечению. Грамположительные микроорганизмы (*Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae*, *Enterococcus faecium* и др.) чаще обнаруживаются при воспалении мочевыделительных путей, осложненном мочекаменной болезнью. В развитии ИМП выделяют несколько последовательных звеньев: колонизация микроорганизмами периуретральной области; проникновение микроорганизмов в уретру; пролиферация микроорганизмов в мочевом пузыре; адгезия микроорганизмов к уроэпителию мочеточников; нарушение функции мочеточников; проникновение микроорганизмов

в почечные лоханки, почечную ткань. Среди условий реализации воспалительного процесса верхних мочевых путей у беременных можно выделить: инфицирование мочевых путей и почек; проявление вирулентных свойств бактерий; неадекватность иммунного реагирования организма; нарушение уродинамики и внутривисцеральной гемодинамики; гормональные и анатомические изменения [1, 7, 10].

Клиническими проявлениями острого пиелонефрита являются резкое и значительное повышение температуры тела; быстрое нарастание симптомов интоксикации; лихорадка ремитирующего типа; локальная симптоматика. Локальные признаки острого пиелонефрита заключаются в наличии болей в поясничной области, иногда с иррадиацией по ходу мочеточника; локальной болезненности в пояснице на пораженной стороне; напряжении мышц передней брюшной стенки. Симптомы хронического пиелонефрита, которые можно обнаружить при детальном расспросе, заключаются в проявлениях инфекционной астении (субфебрилитет, ознобы, головная боль, быстрая утомляемость, снижение работоспособности); наличии расстройств мочеотделения и мочеиспускания (полиурия, никтурия, поллакиурия, дизурия) и болей в поясничной области.

По существующим критериям диагноз ИМП должен быть подтвержден микробиологически и устанавливается в случае обнаружения в посевах мочи, произведенном двукратно, одного и того же вида микроорганизма в диагностически значимом количестве. К лабораторно-диагностическим признакам острого пиелонефрита относятся: бактериурия ($\geq 10^3$ КОЕ/мл); лейкоцитурия; возможны олигурия, высокая относительная плотность мочи; протеинурия (как правило, не выше 1 г/л); цилиндурия, микрогемагурия. В клиническом анализе крови обычно отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; умеренное снижение

уровня гемоглобина, повышение СОЭ. Кроме того, возможно повышение уровней билирубина, креатинина, мочевины, печеночных ферментов. Для диагностики пиелонефрита можно использовать дополнительные методы исследования, такие как ультразвуковое исследование, доплерография сосудов почек, магнитно-резонансная томография (относительное противопоказание – беременность до 12 недель), хромоцистоскопия. Признаками воспалительного процесса в почках по данным магнитно-резонансной томографии являются: снижение дифференцировки коркового и мозгового слоев; истончение коркового слоя; расширение чашечно-лоханочной системы, наличие отека паранефральной клетчатки [3, 8, 12, 16].

Частота рецидивов острого пиелонефрита у беременных составляет, по данным литературы, от 10 до 30%. С целью их профилактики предлагается использование метода супрессивной терапии, заключающегося в длительном применении низких доз антибактериальных средств (обычно 1 р/сут на ночь, за исключением фосфомицина). Для этого предлагаются различные антибактериальные препараты: амоксициллин, цефалоспорины 3–4-го поколения, фосфомицина трометамол и др. Некоторые авторы сообщают об успешном применении фитотерапии в профилактике ИМП у беременных.

Терапия пиелонефрита

Начальное лечение пиелонефрита всегда носит эмпирический характер и не может быть отложено до получения данных посева мочи и чувствительности к антибактериальным препаратам. Современным принципом лечения пиелонефрита, в том числе и у беременных, является применение ступенчатой терапии, подразумевающей начальное введение антибиотиков парентерально (внутривенно или внутримышечно), с последующим переходом на прием препаратов внутрь.

Амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав) обладает достаточной антимикробной активностью, хорошо переносится, удобен в использовании, разрешен к применению в течение всего периода гестации и в послеродовом периоде без прекращения лактации.



Дискуссионным остается вопрос о влиянии лечения пиелонефрита при беременности на улучшение перинатальных исходов. По некоторым данным, своевременно пролеченная инфекция мочевых путей не влияет на исходы беременности [11, 17].

Терапия пиелонефрита включает устранение причин, вызывающих нарушение пассажа мочи или почечного кровообращения; антибактериальную терапию; лечение коагуляционных нарушений; симптоматическую терапию; профилактику рецидивов заболевания. Основные принципы антибактериальной терапии пиелонефрита заключаются в этиотропности воздействия; своевременности начала и оптимальной продолжительности лечения; быстрой смене антибиотиков и коррекции схем лечения при получении новых данных о возбудителе; выборе рациональной комбинации антибактериальных препаратов при проведении эмпирической терапии; переходе на монотерапию после идентификации возбудителя. Продолжительность антибактериальной терапии острого пиелонефрита у беременных составляет не менее 10–14 дней. При отсутствии клинического эффекта в течение 48 часов необходимо дообследование с целью исключения обструкции мочевых путей. В случае выявления обструкции показана катетеризация мочеточника. Предпочтительнее проводить ступенчатую терапию (парентеральное введение препаратов – в течение всего периода фебрилитета и последующих суток нормализации температуры, далее возможна антибактериальная терапия пероральными препаратами) [18–20]. Показанием к смене антибиотиков служит отсутствие клинического улучшения через 48–72 часа, а также получение данных о чувствительности возбудителя по результатам посева мочи.

При выборе антимикробного препарата для терапии пиелонефрита у беременных должны учитываться следующие факторы: спектр антимикробной актив-

ности в отношении возбудителей бессимптомной бактериурии, острого цистита; низкий уровень антибиотикорезистентности основных уропатогенов в регионе; фармакокинетика антибиотика, позволяющая обеспечить его высокие концентрации в моче (при оптимальной кратности приема 1–2 раза в сутки); высокий профиль безопасности антибиотика; приемлемая стоимость.

Одним из факторов, значительно осложняющих выбор антибиотика, является ограниченный спектр препаратов, безопасных для матери и плода и в то же время обладающих высокой эффективностью. Рекомендуются антибактериальные средства для терапии пиелонефрита: пенициллины, цефалоспорины, монобактамы. Амоксициллин/клавуланат рекомендован Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) в качестве препарата выбора у беременных.

При лечении пациенток в I триместре беременности (в период органогенеза) для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применяются только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины, которые подавляют рост многих грамотрицательных и грамположительных бактерий, а также растительные уросептики. Во II и III триместрах беременности, когда закончен органогенез плода и начинает функционировать плацента, выполняющая барьерную функцию по отношению к некоторым антибактериальным и противовоспалительным препаратам, спектр антибактериальных лекарственных средств может быть расширен: природные и полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, макролиды. В послеродовом периоде, помимо указанной терапии, можно применять и другие препараты при условии отказа от кормления на период лечения. Антибактериальная терапия при пиелонефрите продолжается 7–10 дней в зави-

Амоксициллин/клавуланат рекомендован Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США в качестве препарата выбора для терапии пиелонефрита у беременных. Ко-Амоксиклав включен в российские и европейские рекомендации по лечению бессимптомной бактериурии и цистита.

симости от степени тяжести течения заболевания: первые 5 дней осуществляется парентеральное введение лекарственных средств, в дальнейшем лечение проводится пероральными формами препаратов до нормализации клинико-лабораторных показателей. Используются следующие антибактериальные препараты: амоксициллин/клавуланат, ампициллин, ампициллин/сульбактам, карбенициллин, цефалоспорины 3–4-го поколения [8, 14, 21].

Преимущества амоксициллина/клавуланата

Препаратом выбора для лечения инфекций мочевыводящих путей у беременных в настоящее время является амоксициллин/клавуланат, который можно с высокой степенью безопасности применять начиная с ранних сроков гестации (предпочтительно со II триместра беременности). Амоксициллин/клавуланат обладает высокой активностью как в отношении *E. coli* (частота резистентности менее 3,5%), так и в отношении *K. pneumoniae* (5,9% устойчивых штаммов). Низкая частота резистентности данного препарата к наиболее частым возбудителям ИМП обуславливает его применение в качестве препарата первой линии. В моче и паренхиме почек создаются высокие концентрации препарата, что важно для эффек-



Амоксициллин/клавуланат обладает высокой активностью в отношении наиболее частых возбудителей инфекции мочевых путей – *E. coli* и *K. pneumoniae*. Низкая частота резистентности обуславливает применение Амоксиклава в качестве препарата первой линии терапии ИМП.

тивного лечения пиелонефрита. Препарат существует в виде двух лекарственных форм – для парентерального введения и перорального приема, что позволяет с успехом использовать его для ступенчатой терапии.

По данным российских авторов, антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии и цистита должна проводиться в амбулаторных условиях путем перорального приема амоксициллина/клавуланата в дозе 500 мг/125 мг 3 р/сут, 875 мг/125 мг 2 р/сут в течение 7 дней либо фосфомицина треметамола в дозе 3 г однократно. Следует отметить, что у беременных высокоэффективным и безопасным является применение полусинтетических пенициллинов. В настоящее время препарат Ко-Амоксиклав включен в российские и европейские рекомендации по лечению бессимптомной бактериурии и цистита.

В связи с тем что основными возбудителями ИМП являются бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, при выборе антибиотика для эмпирической терапии следует опираться на локальные данные по антибиотикорезистентности возбудителей, учитывать тяжесть состояния пациентки и безопасность препарата для плода. Исходя из этого, для лечения гестационного пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита при беременности целесообразно использовать амоксициллин/клавуланат, обладающий высокой биодоступностью. Все пациентки

с гестационным пиелонефритом должны быть госпитализированы в стационар для проведения полного клинико-лабораторного обследования, подбора адекватной терапии. При легком течении пиелонефрита без выраженной интоксикации предпочтительным является пероральное применение амоксициллина/клавуланата, при тяжелом течении пиелонефрита используется парентеральное введение. Для перорального применения препарата, помимо таблеток, покрытых пленочной оболочкой, существуют диспергируемые таблетки, например Амоксиклав Квиктаб, которые имеют более удобную форму для рассасывания без воды, быстро растворяются, обеспечивают высокую скорость доставки препарата в ткани. Данная форма и дозировка с двукратным использованием препарата обеспечивают высокую приверженность пациентов лечению.

Продолжительность курса антибактериальной терапии зависит от формы ИМП. При бессимптомной бактериурии и цистите антибиотики необходимо принимать в течение 7 дней. Удлинение курса терапии не приводит к существенному повышению эффективности лечения, но может повысить риск нежелательных реакций [19, 20, 22]. При гестационном пиелонефрите антибиотики назначаются более длительно, при легком течении рекомендуется пероральный прием препарата в дозе 0,625 г 3 р/сут либо 1,0 г 2 р/сут в течение 7–10 дней, при тяжелом течении пиелонефрита с выраженными симптомами интоксикации показано стационарное лечение с парентеральной антибактериальной терапией в дозе 1,2 г 3 р/сут до нормализации температуры тела, затем возможен переход на пероральный прием антибиотика в течение как минимум 10–14 дней. Следует отметить, что в комплексное лечение необходимо включать инфузионную терапию, позиционную гимнастику. Обострение хронического пиелонефрита и гестационный пиелонефрит встречаются и в

послеродовом периоде, лечение также начинают с парентерального введения амоксициллина/клавуланата в стационаре с переходом на пероральный прием в амбулаторных условиях. При этом важным является то, что возможно проведение терапии без прекращения лактации, так как препарат в незначительном количестве всасывается в грудное молоко и практически не вызывает побочных явлений у новорожденных, что обуславливает высокую приверженность к лечению родильниц. В целом накопленный клинический опыт применения амоксициллина/клавуланата для лечения ИМП во время беременности свидетельствует о безопасности и высокой эффективности терапии инфекций как нижних, так и верхних мочевыводящих путей.

Заключение

Таким образом, применение антибиотиков во время беременности предполагает выполнение следующих условий: использование препаратов только с установленной безопасностью, особенно тщательный подход к назначению антибактериальных препаратов в первые 16–20 недель гестации, клинико-лабораторный контроль за состоянием матери и плода во время лечения. Эти требования значительно сужают перечень препаратов, которые можно применять во время беременности, поэтому особенно важно знать, какие препараты, разрешенные во время беременности, обладают достаточной антимикробной активностью. Этим требованиям соответствует препарат амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав), который можно назначать в течение всей беременности и в послеродовом периоде без прекращения лактации. Хорошая переносимость лекарственного средства, удобство в применении, ценовая доступность позволяют рекомендовать амоксициллин/клавуланат для терапии ИМП как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. ❧

Амоксиклав®

амокцициллин + клавулановая кислота



Самый широкий спектр действия среди пенициллинов, макролидов и цефалоспоринов*³

Ко-амоксиклав – «золотой стандарт» лечения внебольничных респираторных инфекций^{4,5}

Разрешен для пациентов любого возраста и беременных**

Широкий выбор лекарственных форм для любых клинических ситуаций

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА АМОКСИКЛАВ®
МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: амоксициллин + клавулановая кислота. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: таблетки, покрытые пленочной оболочкой (ТППО); таблетки диспергируемые (ТД); порошок для приготовления суспензии для приема внутрь (ППСВ). ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: антибиотики – пенициллины полусинтетический + бета-лактамаза ингибитор. ПОКАЗАНИЯ: инфекции верхних отделов дыхательных путей и ЛОР-органов (острый и хронический синусит, острый и хронический средний отит, заглоточный абсцесс, тонзиллит, фарингит); инфекции нижних отделов дыхательных путей (острый бронхит с бактериальной суперинфекцией, хронический бронхит, пневмония); инфекции мочевыводящих путей; инфекции в гинекологии; инфекции кожи и мягких тканей, включая укусы человека и животных; инфекции костной и соединительной тканей; инфекции желчных путей (холецистит, холангит); одонтогенные инфекции. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; повышенная чувствительность в анамнезе к пенициллинам, цефалоспорином и другим бета-лактамам; наличие в анамнезе указаний на холестатическую желтуху и/или другие нарушения функции печени, вызванные приемом амоксициллина/клавулановой кислоты. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: инфекционной мононуклеоз и лимфоплазии. Только в инструкции для ТД: дети до 12 лет или с весом тела меньше 40 кг. С ОСОБОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ: при псевдомембранозном колите в анамнезе, печеночной недостаточности, тяжелых нарушениях функции почек. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: заболевания желудочно-кишечного тракта, беременность, при одновременном применении с антикоагулянтами. Только в инструкции для ТД: в связи с тем, что у большого числа пациентов, страдающих инфекционным мононуклеозом и лимфолейкозом, получающих ампициллин, наблюдали появление эритематозной сыпи, применение антибиотиков группы ампициллина для таких пациентов не рекомендуется. БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ: только в инструкции для ТД: может назначаться во время беременности при наличии четких показаний. Амоксициллин и клавулановая кислота в небольших количествах проникают в грудное молоко. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: при беременности и в период лактации препарат применяют только в том случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода и ребенка. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: внутрь. Только в инструкции для ТППО: препарат Амоксиклав® рекомендуется принимать в начале еды для оптимальной абсорбции и уменьшения возможных побочных эффектов со стороны пищеварительной системы. Дети до 12 лет: дозу назначают в зависимости от возраста и массы тела. Рекомендуемый режим дозирования: 40 мг/кг/сутки в 3 приема. Детям с массой тела 40 кг и более следует назначать такие же дозы, как и взрослым. Для детей в возрасте > 6 лет более предпочтителен прием суспензии препарата Амоксиклав®. Взрослые и дети старше 12 лет (или > 40 кг массы тела): обычную дозу в случае легкого и среднетяжелого течения инфекции составляет 1 таблетка 250 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таблетка 500 мг+125 мг каждые 12 часов, в случае тяжелого течения инфекции и инфекций дыхательных путей – 1 таблетка 500 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таблетка 875 мг+125 мг каждые 12 часов. Поскольку таблетки комбинации амоксициллина и клавулановой кислоты по 250 мг+125 мг и 500 мг+125 мг содержат одинаковое количество клавулановой кислоты – 125 мг, то 2 таблетки по 250 мг+125 мг не эквивалентны 1 таблетке 500 мг+125 мг. Дозировка при одонтогенных инфекциях: 1 таблетка 250 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таблетка 500 мг+125 мг каждые 12 часов в течение 5 дней. Только в инструкции для ТД: таблетки необходимо растворить в половине стакана воды (минимум 30 мл) и тщательно перемешать, затем выпить, или таблетки подержать во рту до полного растворения, после чего проглотить. С целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат в начале еды. Взрослым и детям старше 12 лет (или массой тела более 40 кг): в случае легкого и среднетяжелого течения инфекции дозу составляет 1 таблетка 625 мг каждые 12 часов, в случае инфекции дыхательных путей и тяжелого течения инфекции – 1 таблетка 625 мг каждые 8 часов или 1 таблетка 1000 мг каждые 12 часов. В случае начала лечения с парентерального введения препарата его возможно продолжить приемом пероральных таблеток Амоксиклав® Квиктаб. Продолжительность лечения до 14 дней. Дозировка при почечной недостаточности: в соответствии с тяжестью функциональных нарушений почек необходимо снизить дозу препарата и/или увеличить интервал дозирования. Только в инструкции для ППСВ: суточные дозы суспензий 125 мг+31,25 мг/5 мл и 250 мг+62,5 мг/5 мл (для облегчения правильного дозирования в каждую упаковку суспензий 125 мг+31,25 мг/5 мл и 250 мг+62,5 мг/5 мл вкладывается дозировочная пипетка, градуированная на 5 мл со шкалой деления 0,1 мл или дозировочная ложка вместимостью 5 мл, с кольцевыми отметками в полости на 2,5 мл и 5 мл). Новорожденные и дети до 3-х месяцев: 30 мг/кг (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 3 приема (каждые 8 часов). Суточные дозы суспензии 400 мг+57 мг/5 мл: дозировка рассчитывается на кг массы тела в зависимости от тяжести течения инфекции и составляет от 25 мг/кг при инфекциях легкой и средней тяжести течения до 45 мг/кг при тяжелом тении инфекции и инфекций нижних дыхательных путей, среднетяжелой, синусите (в пересчете на амоксициллин), разделенные на 2 приема. Для облегчения правильного дозирования в каждую упаковку суспензии 400 мг+57 мг/5 мл вкладывается дозировочная пипетка, градуированная одновременно на 1, 2, 3, 4, 5 мл и на 4 равные части. Точные суточные дозы рассчитываются на основании массы тела ребенка, в не его возраста. Максимальная суточная доза амоксициллина составляет для взрослых 6 г, для детей – 45 мг/кг. Максимальная суточная доза клавулановой кислоты (в форме калиевой соли) составляет для взрослых 600 мг, для детей – 10 мг/кг массы тела. У пациентов с нарушением функции почек дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: курс лечения составляет 5-14 дней. Продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом. Лечение не должно продолжаться более 14 дней без повторного медицинского осмотра. ПОВОНОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: потеря аппетита, тошнота; зуд, крапивница; головноекружение, головная боль, обратная лейкопения (включая нейтропению) и тромбоцитопения; интерстициальный нефрит, кристаллурия; кандидоз и другие виды суперинфекции. Только в инструкции для ТД: рвота, диарея; эритематозные высыпания. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: только в инструкции для ТППО: у пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек требуется адекватная коррекция дозы или увеличение интервалов между приемами дозы. Только в инструкции для ТД: с целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат в начале приема пищи. Только в инструкции для ППСВ: с целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат по утрам. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: из-за возможности развития побочных эффектов со стороны центральной нервной системы, таких как головноекружение, головная боль, судороги, во время лечения следует соблюдать осторожность при управлении автомобилем и занятиях другими видами деятельности, требующими концентрации внимания и быстрой психомоторных реакций. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. Только в инструкции для ТППО и ППСВ: в сухом месте. Только в инструкции для ТД: в защищенном от влаги месте. Только в инструкции для ППСВ: готовую суспензию хранят при температуре 2-8 °С в плотно закрытом флаконе. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Только в инструкции для ППСВ: готовой суспензии – 7 дней.

* В отношении типичных возбудителей респираторных бактериальных инфекций. ** Кроме формы Амоксиклав Квиктаб (с 12 лет).

Ссылки литературы:
1. РедАнтибиотик. 2011 / осень. Август 2011. 2. Данные IMS. 3. Conslum Medicum. Приложение по Педиатрии № 1, 2012. Том 14. Март 2012. 4. Яковлев С.В. Справочник поликлинического врача. 2006; 4 (10): 47-50. 5. Ко-амоксиклав – British Approved Name (BAN) – непатентованное название амоксициллина/клавулатама, примененное в Великобритании. Доступно по адресу: <http://www.pharmaco.gov.uk/publications/british-approved-names.php>.

a Novartis company

123317 Москва, Пресненская набережная,
дом 8, строение 1, комплекс «Город столиц»,
8-9 этаж, ЗАО «Сандоз», тел.: (495) 660-75-09
www.sandoz.ru



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

RU1301074210

Современный взгляд на возможности терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий у женщин

К.м.н. Э.Р. ДОВЛЕТХАНОВА

Автором подробно рассматривается проблема диагностики и лечения одной из наиболее распространенных инфекций, передающихся половым путем, – папилломавирусной инфекции. Описаны факторы риска инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ), пути заражения и клиническая картина заболеваний, ассоциированных с ВПЧ. Отмечено, что ведущую роль в комплексной терапии папилломавирусной инфекции играют противовирусные и иммуномодулирующие средства. Адекватная иммунотерапия способствует элиминации возбудителей, снижая частоту рецидивов и повышая эффективность терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

В последние десятилетия наблюдается рост вирусных инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Одной из таких инфекций является папилломавирусная инфекция, которая относится к наиболее распространенным ИППП как в развивающихся, так и в развитых странах [1]. Папилломавирусная инфекция не ограничивается традиционными для ИППП группами риска

(лица, часто меняющие половых партнеров; наркоманы), а широко распространена во всех слоях общества. К группе риска инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) можно отнести практически всех людей, живущих половой жизнью. В связи с резким ростом инфицированности населения вирусом папилломы человека, значительной его контагиозностью и способностью вы-

зывать злокачественные новообразования, диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией, приобретают все большую актуальность для врачей различных специальностей [2].

Папилломавирусы представляют собой разнообразную группу ДНК-содержащих вирусов размером 40–55 нм, имеющих ряд особенностей. В настоящее время описано около 200 типов ВПЧ. ВПЧ поражает исключительно эпителиальные клетки, то есть инфицирует кожу и слизистые оболочки; репликация вируса происходит в базальном слое эпидермиса. Для ВПЧ характерен необычный и сложный цикл развития, который зависит от времени и степени дифференцировки клеток. Папилломавирусы являются антропонозными возбудителями, то есть передача их возможна только от человека к человеку. Инкубационный период при заражении ВПЧ составляет от 3 месяцев до нескольких лет.



Факторами риска инфицирования вирусом папилломы человека являются раннее начало половой жизни, наличие более 3 половых партнеров или наличие одного полового партнера, у которого множество половых партнеров, наличие ИППП, нарушение иммунитета, курение, неблагоприятные условия окружающей среды и др. Как показали исследования последних лет, большинство женщин на протяжении жизни инфицируются вирусом папилломы человека. Наиболее подвержены инфицированию молодые женщины и подростки (рис.) [3]. Так, например, более 80% женщин заражаются ВПЧ уже через 2 года после начала половой жизни; даже при наличии одного полового партнера 20% женщин являются зараженными вирусом [4]. Основным путем заражения ВПЧ является половой (включая орально-генитальные контакты и анальный секс). Есть вероятность сохранения в течение определенного времени вирусов в отшелушивающихся клетках кожи – поэтому для некоторых заболеваний, вызываемых вирусом (бородавки), вероятен контактно-бытовой путь заражения при условии микроповреждений кожи. Доказана возможность передачи папилломавирусной инфекции от матери плоду с поражением гортани (ларингеальный папилломатоз) и появлением аногенитальных бородавок у новорожденного, а также способность поражать клетки трофобласта, что может являться причиной прерывания беременности [5, 6]. Папилломавирусная инфекция часто сочетается с другими ИППП, что оказывает существенное влияние на клинические проявления, особенности течения и прогноз и, что немаловажно, устойчивость к проводимой терапии. Нередко вирусные инфекции протекают без ярко выраженных симптомов, что также затрудняет своевременную диагностику и лечение и способствует развитию достаточно серьезных осложнений [7, 8]. Течение

папилломавирусной инфекции во многом зависит от состояния иммунной системы. В 70–80% случаев оно может быть транзитным, и тогда наблюдается спонтанное очищение пораженной ткани от вируса папилломы человека [6]. Столь благоприятный исход возможен у молодых женщин с нормальным состоянием иммунной системы. Латентное течение ВПЧ-инфекции характеризуется отсутствием клинических и морфологических изменений при обнаружении ДНК вируса. В этом случае требуется наблюдение и постоянный контроль состояния эпителия шейки матки, влагалища и вульвы [9, 10]. Вирус папилломы человека способен довольно долго персистировать в многослойном плоском эпителии и при «благоприятных» условиях, одним из которых является снижение иммунитета, способствовать рецидиву заболевания. Заболевания, ассоциированные с вирусом папилломы человека, являются одной из важнейших проблем в акушерстве и гинекологии и представляют собой целый ряд инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек. Например, ВПЧ типов 2 и 27 могут стать причиной развития простых бородавок, ВПЧ типов 6 и 11 – остроконечных кондилом и папилломатоза гортани [11]. На сегодняшний день доказано, что длительная персистенция вируса папилломы человека в тканях органов нижнего отдела генитального тракта провоцирует развитие предраковых и раковых процессов. По онкогенной опасности для человека все типы папилломавирусов условно подразделяют на три группы (табл.):

- 1) неонкогенные папилломавирусы (никогда не приводят к озлокачествлению вызванного ими процесса);
- 2) онкогенные папилломавирусы низкого риска (при определенных условиях (достаточно редко) могут приводить к озлокачествлению вызванного процесса);
- 3) онкогенные папилломавирусы высокого онкогенного риска (под влиянием различных факторов приводят к озлокачествлению вызванного ими процесса и являются доказанным этиологическим фактором рака шейки матки).

Таким образом, целый ряд онкологических заболеваний (рак шейки матки, прямой кишки, влагалища и вульвы, полового члена, гортани, ротовой полости) связан с высокоонкогенными типами ВПЧ, в первую очередь с 16-м и 18-м типами [9, 12–14]. На сегодняшний день доказано, что папилломавирусная инфекция является ведущей причиной рака шейки матки [4, 12, 14]. Вирус папилломы человека обнаруживают у 99,7% женщин с гистологически

Папилломавирусная инфекция часто сочетается с другими инфекциями, передающимися половым путем, что оказывает существенное влияние на клинические проявления, особенности течения и прогноз и, что немаловажно, повышает устойчивость к проводимой терапии.

3) онкогенные папилломавирусы высокого онкогенного риска (под влиянием различных факторов приводят к озлокачествлению вызванного ими процесса и являются доказанным этиологическим фактором рака шейки матки). Таким образом, целый ряд онкологических заболеваний (рак шейки матки, прямой кишки, влагалища и вульвы, полового члена, гортани, ротовой полости) связан с высокоонкогенными типами ВПЧ, в первую очередь с 16-м и 18-м типами [9, 12–14]. На сегодняшний день доказано, что папилломавирусная инфекция является ведущей причиной рака шейки матки [4, 12, 14]. Вирус папилломы человека обнаруживают у 99,7% женщин с гистологически

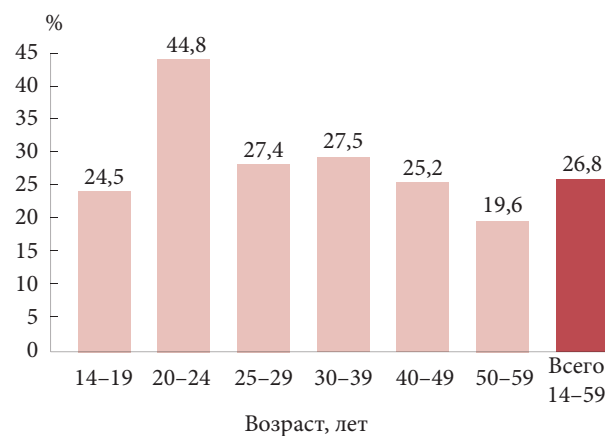


Рис. Распространенность инфицированности ВПЧ у женщин разного возраста*

* Адаптировано по [3].

подтвержденным диагнозом рака шейки матки. При этом нередко определяется инфицированность различными типами ВПЧ, в том числе у женщин с нормальной цитологией. Наличие инфицированности одним штаммом ВПЧ не снижает риска инфицированности филогенетически родственным типом вируса [3].

Рак шейки матки является не только медицинской, но и социальной проблемой. Ежегодно в мире регистрируется до 500 тыс. новых случаев этого заболевания и 270 тыс. смертей, вызванных цервикальным раком [16]. На сегодняшний день рак шейки матки является одной из основных причин смерти от злокачественных опухолей у женщин в возрасте 35–40 лет [4]. В Европе рак шейки матки занимает 2-е место по частоте встречаемости среди онкологических заболеваний у женщин в возрасте 15–45 лет [1]. В России заболеваемость раком шейки матки составляет 15,2 на 100 тыс. женского населения, ежегодный прирост заболевания среди молодых женщин составляет от 2 до 5%, выявляемость запущенных стадий увеличилась на 35–45%, смертность составляет от 6 до 8 тыс. ежегодно. В этой связи чрезвычайно актуальным становится поиск эффективных методов лечения ВПЧ-инфекции [1, 4].

На сегодняшний день существует широкий спектр методов диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний, в том числе:

- клинические;
- цитологические (ПАП-тест);
- расширенная кольпоскопия;
- подтверждение наличия ДНК ВПЧ в цервикальном эпителии

(полимеразная цепная реакция, ПЦР);

- определение вирусной нагрузки методом *Hybride Capture* (ВПЧ-Digene-тест);
- морфологическое исследование;
- определение онкобелков p16, ki67;
- сканирование шейки матки в режиме реального времени (TruScreen) и др.

Высокочувствительным методом определения ВПЧ является Digene-тест, который позволяет выявить папилломавирус, определить его тип и принадлежность к высоко- или низкоонкогенной группе, а также зафиксировать его клинически значимую концентрацию в тканях, что является важным прогностическим признаком. Digene-тест используется во всем мире, поскольку по его результатам можно разработать единые критерии тактики лечения. Кроме того, в силу высокой клинической чувствительности и специфичности данный метод рекомендуется для проведения скрининга.

Одним из современных диагностических методов является TruScreen, который представляет собой портативный диагностический сканер, позволяющий идентифицировать наличие предраковых процессов тканей шейки матки в режиме реального времени при обычном гинекологическом обследовании с помощью специального зонда, наконечник которого содержит электроды для измерения сопротивления ткани и источники света для измерения оптических свойств ткани.

На сегодняшний день существуют программы скрининга рака шейки

матки, включающие в себя цитологическое исследование по Папаниколау (ПАП-тест) и при его аномальных результатах – кольпоскопию и гистологическое исследование.

Проведение скрининга рекомендовано у женщин от 25 до 50 лет с интервалом в 3 года и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50–65 лет. Скрининг позволяет своевременно выявлять доброкачественные поражения и предопухолевые состояния шейки матки, определять этиологические факторы и, соответственно, проводить адекватное лечение. Примером успешного внедрения скрининга на общенациональном уровне является Финляндия, где удалось снизить заболеваемость и смертность вследствие рака шейки матки на 75–85%.

В настоящее время единого стандарта лечения пациентов с ВПЧ-ассоциированной инфекцией не существует. Основное лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний представлено деструктивными методиками, такими как:

1. Применение цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил и др.).
2. Химическая деструкция (трихлоруксусная кислота, Солкодерм и др.).
3. Физическая деструкция (крио-, электродеструкция, CO₂-лазерная вапоризация, радиоволновая хирургия, аргоноплазменная абляция, фотодинамическая терапия). Деструктивные методики при всей своей эффективности являются достаточно травматичными, а иногда вызывают нарушение анатомо-функциональной целост-

Таблица. Папилломавирусы разных типов и вызываемые ими заболевания

Группа	Тип	Заболевание
Неонкогенные папилломавирусы	1–4, 7, 10, 28, 41	Подошвенные бородавки, плоские бородавки, вульгарные бородавки
Онкогенные папилломавирусы низкого риска	5–8, 11, 12, 14, 15, 17, 19–25, 42–44	Аногенитальные бородавки, ларингеальный папилломатоз, бородавчатая эпидермоплазия
Онкогенные папилломавирусы высокого риска	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68	Интраэпителиальная неоплазия шейки матки



ности шейки матки. Кроме того, их применение может сопровождаться рецидивами и резкой манифестацией процесса [5]. На современном этапе продолжают поиски эффективных, недорогих, малотравматичных и безопасных методов лечения.

Исследования, посвященные изучению молекулярных механизмов инфицирования, персистенции и размножения ВПЧ в эпителиальных клетках человека, обосновали применение дополнительной иммунотерапии при инфицировании половых органов ВПЧ с клинической манифестацией [12, 17, 18]. Это связано с тем, что при ВПЧ-ассоциированных заболеваниях, как и в случае с другими хроническими заболеваниями с длительным персистированием вирусов, закономерно развиваются иммунодефицитные состояния, которые рассматриваются как вторичные иммунодефициты, обусловленные недостаточностью разных звеньев иммунной системы [17, 19]. Современный взгляд на лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний подтверждает необходимость применения противовирусной и иммуномодулирующей терапии, так как состояние иммунной системы во многом определяет характер течения ВПЧ-инфекции.

Иммуномодулирующие препараты подавляют репликацию вируса, усиливают защитные механизмы иммунной системы, особенно у пациентов с ее нарушениями. Адекватная иммунотерапия способствует элиминации возбудителей и полноценной эпителиализации шейки матки, снижая частоту рецидивов и повышая эффективность терапии папиллома-ассоциированных заболеваний. Одним из препаратов, хорошо зарекомендовавших себя в лечении не только пациентов с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями, но и с другими вирусными инфекциями, является Панавир – оригинальный российский противовирусный препарат растительного происхождения, широкого спектра антивирусного действия. Этот фитопрепарат представляет собой

очищенный экстракт побегов растения *Solanum tuberosum*, в состав которого входят полисахариды с молекулярной массой 100 кДа, относящиеся к классу гексозных гликозидов, со следующим составом по моносахарам: ксилоза – 1,5%; рамноза – 6,0%; арабиноза – глюкоза – 38,5%; галактоза – 14,5%; манноза – 2,5%; уроновые кислоты – 3,5%. Панавир существует в разных формах выпуска, что делает его удобным для системной и местной терапии, а также профилактики (гель 3 и 30 г, суппозитории, раствор для в/в инъекций, спрей-гель).

На сегодняшний день существует целый ряд исследований, доказывающих положительные результаты использования Панавира при ряде вирусных инфекций, в частности папилломавирусной и герпетической инфекции [11, 20]. Уникальность механизма действия Панавира заключается в том, что препарат действует практически на всех этапах жизненного цикла вируса, начиная от этапа адгезии, подавляет пенетрацию, препятствует раскрытию вирусного капсида, влияет на транскрипцию ДНК. Синтетические нуклеозиды, входящие в состав препарата, нарушают репликацию вирусной ДНК и синтез капсидных белков, в результате чего нарушается сборка вирусных частиц. Панавир эффективен в отношении вирусов папилломы, герпеса, цитомегаловируса. Повышает неспецифическую резистентность организма к различным инфекциям, являясь индуктором синтеза интерферона-альфа и влияя на уровень интерферона-гамма. В эксперименте на модели экссудативного отека установлено противовоспалительное действие препарата. Испытания показали отсутствие мутагенного, тератогенного, канцерогенного, аллергенного и эмбриотоксического эффектов.

Рядом авторов была отмечена эффективность комбинированного лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний. На первом этапе лечения больные с цервикальной интраэпителиальной неоплазией

Применение препаратов с противовирусным и иммуномодулирующим действием в комплексной терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний способствует удлинению межрецидивного периода, прекращению выделения вирусов и уменьшению количества местных деструктивных воздействий.

и раком шейки матки по показаниям подвергались деструктивным методам лечения (электрокоагуляция, криодеструкция, лазерная вапоризация, электрокоагуляция). На втором этапе проводилось противовирусное лечение, так как известно, что персистенция вируса обуславливает рецидив заболевания [3, 7, 15]. Применение Панавира в комбинированных схемах лечения показало высокую эффективность, составляющую, по данным различных авторов, от 78,6 до 92,3% [6, 11].

Таким образом, комплексную терапию ВПЧ-ассоциированных заболеваний, включающую деструктивное лечение поражений и применение препаратов с противовирусным и иммуномодулирующим действием, на современном этапе можно рассматривать как наиболее эффективную. Использование противовирусных препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием, возможно в комплексной терапии в сочетании с деструктивными методами лечения, а также при длительной персистенции вируса и рецидивах ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Применение противовирусных средств способствует удлинению межрецидивного периода, прекращению выделения вирусов и уменьшению количества местных деструктивных воздействий. ☺

Литература
→ С. 63



¹ ФГБУ «НЦАГиП
им. акад.
В.И. Кулакова»
Минздрава России

² ГБОУ ВПО
«Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова»
Минздрава
России, кафедра
акушерства,
гинекологии,
перинатологии
и репродуктологии
ФППОВ

Применение тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи для лечения недержания мочи у женщин

Д.м.н., проф. И.А. АПОЛИХИНА^{1,2}, Ю.В. КУБИЦКАЯ¹

Современные возможности тренировки мышц тазового дна с применением биологической обратной связи в лечении недержания мочи у женщин были рассмотрены в рамках международного обучающего семинара, проведенного в ноябре 2012 г. совместно гинекологическим отделением восстановительного лечения НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова и кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Было отмечено, что метод биологической обратной связи является современным высокоэффективным способом лечения недержания мочи, который позволяет улучшить качество лечения женщин с различными урогинекологическими проблемами.

Недержание мочи (НМ) – состояние, связанное с непроизвольной потерей мочи, – это одна из самых распространенных проблем современной урогинекологии. Несмотря на то что НМ не является угрожающим жизни заболеванием, оно оказывает в целом значительное влияние на образ и качество жизни как самих пациенток, так и их партнеров. Любые формы нарушений мочеиспускания создают психологические проблемы (чувство стыда,

неуверенность в себе), что часто приводит к разрушению семейных и рабочих взаимоотношений, к социальной изоляции [1].

Эпидемиология

Как показали многочисленные эпидемиологические исследования, от недержания мочи в мире страдают 25–30% женской популяции. Согласно данным зарубежных авторов [2], распространенность НМ в США достигает 37%, в странах континентальной Евро-

пы – 26%, Великобритании – 29%, в странах Восточного полушария (Сингапур, Пакистан, Тунис) – 20%. По некоторым оценкам, в связи со старением населения заболеваемость НМ может достигнуть 80% [2]. Кроме того, современные женщины не желают мириться с очевидными неудобствами при непроизвольной потере мочи. Эти факторы обуславливают актуальность проблемы.

До недавнего времени в нашей стране НМ у женщин относилось к числу заболеваний, которым уделялось недостаточное внимание. Отсутствовали обобщенные данные о распространенности НМ у женского населения России, о числе женщин, нуждающихся в специализированном лечении. Системные эпидемиологические исследования практически не проводились. Проведенный впервые в России опрос здоровых женщин, средний возраст которых составил 47,9 лет, показал, что симптомами НМ, проявляющиеся единичными эпизодами или носящие регулярный характер, отмечают 38,6% опрошенных. По результатам



последних эпидемиологических исследований, на примере репрезентативной выборки 4336 женщин, распространенность симптомов НМ у российских женщин в возрасте 25–34 лет составляет 9%, а после 55 лет увеличивается до 36% [3]. Однако следует отметить, что среди опрошенных женщин только 4% обратились к врачу [4, 5]. Это может объясняться личностно значимым характером проблемы, нежеланием обсуждать этот вопрос в семье или в кабинете врача, отсутствием информированности женщин о современных консервативных методах лечения. Большинство женщин, обратившихся за помощью в медицинские учреждения с жалобами на НМ, считают, что подобные симптомы – это проявления старения организма. Кроме того, среди пациенток с НМ широко распространено мнение о том, что единственным методом лечения данного заболевания является хирургическая коррекция, и страх женщин перед оперативным вмешательством также является барьером на пути получения своевременной помощи.

Лечение недержания мочи

Для лечения НМ традиционно используют консервативные и хирургические методы. Оперативное лечение, которое чаще применяется при стрессовом НМ, в основном направлено на укрепление связочного аппарата структур тазового дна или на восстановление функции внутреннего сфинктера уретры. Вместе с тем любое хирургическое вмешательство имеет определенную степень риска развития серьезных осложнений и нередко является вынужденной мерой, а не методом оптимального выбора.

Медикаментозная терапия в основном носит симптоматический характер, с помощью лекарств купируются и/или снижаются симптомы заболевания в той или иной степени, но не устраняются его причины, поэтому терапевтический эффект зачастую бывает кратковременным и непродолжи-

тельным. Нельзя забывать о том, что при приеме лекарственных препаратов имеется риск развития побочных эффектов. Кроме того, терапия часто экономически затратна, особенно учитывая необходимость длительного применения препаратов.

К консервативным немедикаментозным методам лечения НМ относят:

1. Формирование приверженности здоровому образу жизни:
 - контроль массы тела, снижение ее при ожирении;
 - снижение употребления напитков, содержащих кофеин;
 - снижение чрезмерного приема жидкости;
 - избавление от курения.
 2. Излечение легочных заболеваний.
 3. Формирование ритма мочеиспусканий без достижения полного наполнения мочевого пузыря.
 4. Тренировка мышц тазового дна (ТМТД).
 5. Тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи (БОС).
 6. Физиотерапевтическое лечение – направленное воздействие преформированных физических факторов на область тазового дна чрескожно и с помощью вагинальных или ректальных электродов. По мнению экспертов Международного общества по изучению проблемы недержания мочи (International Continence Society, ICS), лечение целесообразно начинать с наиболее доступных и наименее инвазивных методов терапии [6]. К таким методам лечения относятся формирование навыков здорового образа жизни с помощью поведенческой терапии и физиотерапия.
- Тренировка мышц тазового дна является доступным и эффективным методом первого выбора при лечении НМ у женщин. Эта методика направлена на восстановление мышечного тонуса тазового дна, коррекцию замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря и восстановление фаз физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря. ТМТД

Современное электромиографическое оборудование позволяет получить информацию о состоянии биологической обратной связи для мышц всех групп, а также об активности мышцы, способности мышцы к сокращению и расслаблению, степени перевозбуждения и утомления мышцы.

способствует улучшению кровообращения в органах малого таза. В настоящее время достоверная оценка эффективности этого метода затруднена из-за отсутствия единых стандартов используемого оборудования, схем тренировок и оценки результатов. Кроме того, в современной литературе значительно варьируют протоколы исследований: тип, интенсивность, частота и длительность ТМТД. Обычно для оценки результатов лечения используют определение объема мочевого пузыря за 1, 24 и 48 часов, субъективную оценку состояния самой пациенткой, точность которой при использовании ТМТД варьирует от 56 до 70% [7]. По данным A.G. Visco [8], ТМТД впервые стали использовать в 1950-е гг. для лечения нарушения тонуса мышц тазового дна, играющих важную роль в регуляции мочеиспускания, а также для профилактики осложнений в послеродовом периоде [9]. В последнее время методы восстановления функциональной полноценности мышц тазового дна с помощью специальных упражнений активно развиваются. У женщин формируются навыки произвольного сокращения мышц тазового дна для предупреждения потери мочи. Изменение режимов питья и мочеиспускания, а в последующем – приверженность к контролю за потреблением жидкости и мочеиспусканием позволяют добиться повышения эффективности лечения. Результаты также зависят от квалификации меди-

Физиотерапевтический комплекс Myomed 632 предназначен для диагностики и немедикаментозной коррекции функционального состояния мышц у пациентов с расстройствами кало- и мочевыделения, а также для формирования физиологического позыва к актам дефекации и мочеиспускания.

цинского персонала, обучающего пациенток технике метода, а также от последующего наблюдения [10, 11].

ТМТД в режиме биологической обратной связи

Согласно современным представлениям, термином «биологическая обратная связь» обозначают метод обучения самоконтролю и саморегуляции функциональных систем организма путем подачи субъекту информации о текущем состоянии контролируемой функции по каналам внешней обратной связи (акустической, визуальной и/или тактильной), обеспечиваемой специальными электронными устройствами [12, 13]. Методики БОС в течение последних лет прошли тщательную клиническую апробацию в различных областях медицины, были подкреплены разработками современной аппаратуры и нашли широкое применение в сфере реабилитации.

Первым практиком в использовании электромиографической БОС (ЭМГ-БОС) все исследователи единодушно признают Е. Jaskobson, одного из основателей современной теории управления стрессом, который в 1920-е гг. разработал методику прогрессивной релаксации [14]. Его ограничивало несовершенство аппаратуры, но тем не менее с помощью чрескожных электродов он, измеряя мышечное напряжение, совершенствовал выработку навыка соматической релаксации.

Тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи является чрезвычайно перспективным и эффективным методом поведенческой терапии. ТМТД в режиме БОС позволяет оценить реакцию на сокращения мышц тазового дна с помощью внутривлагалищной и внутрианальной электромиографии [15]. Электромиография основана на принципах мышечной обратной биологической связи и позволяет регистрировать биоэлектрическую активность мышечных и периферических волокон, отражающую их состояние в покое, при мышечном напряжении (произвольном или синергическом), при электростимуляции нерва или мышцы различной интенсивности, частоты и продолжительности. Исследования, проведенные J. Basmajian (1970), показали возможность обучения произвольному контролю за утраченными или измененными функциями методом искусственной проприорецепции. Это позволило внедрить диагностику мышечных нарушений по каналу обратной биологической связи, показателям ЭМГ. Наличие в таком аппарате ректального и вагинального датчиков позволяет определять уровень внутриректального и внутрипузырного давления, что крайне важно для определения детрузорно-сфинктерно-мышечной взаимосвязи, степени тяжести дисфункции мочевого пузыря. Большую роль играет разработка алгоритма дифференцированного воздействия на изменение мышечных функций, так как чем выше тонус мышц тазового дна и передней брюшной стенки, тем активнее происходит процесс расслабления детрузора и уменьшается степень выраженности клинических симптомов. При снижении тонуса исследуемых мышц и сокращении времени удержания максимального мышечного усилия во время сеансов БОС-терапии происходит тренировка контролируемых групп мышц. Кроме того, по уровню кожного суммарного импеданса можно оценить тяжесть за-

болевания, степень расстройства акта мочеиспускания, составить дифференцированную программу реабилитации [16].

Накоплен опыт применения ЭМГ-БОС и для лечения ряда сексуальных дисфункций. В частности, БОС-тренинг применяется для повышения вагинального тонуса, увеличения силы сокращения мышц тазового дна, что в итоге ведет к повышению выраженности оргазма и достижению высокого качества половой жизни женщины. Известно также применение этого вида БОС и при лечении вагинизма, связанного с гипертонусом тазовых мышц во время полового акта. В этом случае проводится тренинг на релаксацию этих мышц.

Тренировки поперечно-полосатой (произвольной) мускулатуры тазового дна с помощью метода БОС в комплексе с мероприятиями по нормализации баланса симпатической и парасимпатической ветвей вегетативной нервной системы могут быть эффективны для формирования физиологического сфинктера при опущении стенок влагалища.

Возможность увеличения активности и сократительной способности произвольного уретрального сфинктера, а также достижения его мышечной гипертрофии путем сознательных тренировок и объясняют необходимость использования БОС-тренинга у пациентов с недержанием мочи. Сейчас примерно 20–30% всех ЭМГ-БОС-приборов предлагаются для лечения недержания мочи. Учитывая, что произвольные сокращения наружного анального и наружного уретрального сфинктеров приводят к рефлекторному торможению сократительной активности детрузора, представляя так называемые анально-детрузорный и уретрально-детрузорный рефлексы, становится понятной высокая эффективность БОС-терапии у урогинекологических больных. В ноябре 2012 г. гинекологическим отделением восстановительного лечения НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова и кафедрой аку-

Аппарат электротерапии и БОС по электромиограмме и давлению **Myomed 632**

Области применения:

- Лечение недержания мочи
- Дисфункция органов тазового дна
- Дисфагия
- Лечение суставов
- Неврологические заболевания
- Тренировка силы и координации мышц
- Укрепление мускулатуры таза
- Половые нарушения

Характеристики аппарата:

- Электротерапия (36 форм тока)
- Электродиагностика состояния мышц
- Регистрация сигналов ЭМГ
- Регистрация давления для полостных датчиков
- Режимы БОС по ЭМГ и давлению
- Режимы условной электростимуляции
- Большой ЖК дисплей с регулируемым наклоном



Телефон: 7 (495) 223-24-78

Myomed 632 предоставляет в распоряжение терапевта режимы биологической обратной связи по ЭМГ и давлению, режимы электродиагностики и электротерапии. В каждом из режимов возможно использование множества различных электродов: как кожных, так и полостных. Это делает аппарат максимально универсальным для всех видов тренировочных и расслабляющих программ, включая воздействие на мышцы тазового дна.



Сайт: www.octomed.ru

Официальный дилер компании Enraf-Nonius в России - ООО «Октопус»
129344, г. Москва, ул. Енисейская, д. 1, стр. 1, офис 325. Email: info@octomed.ru

Муomed 632 – это универсальный прибор для выполнения лечебно-диагностических процедур с обратной биологической связью по переменному току (электромиография), обратной связью по внутриректальному давлению, электродиагностикой и электротерапией.

шерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова был проведен международный обучающий семинар, посвященный современным возможностям тренировки мышц тазового дна с применением биологической обратной связи в лечении недержания мочи у женщин. В семинаре принимали участие известные зарубежные специалисты в области физиотерапии и урогинекологии, такие как R. Felt-Bersma и J. Groot из Голландии. Лекции были посвящены методам диагностики и лечения дисфункции тазового дна, опыту применения тренировки мышц тазового дна в режиме БОС, разбирались клинические случаи, отрабатывались практические навыки проведения БОС-терапии, выполнения упражнений для тренировки мышц тазового дна, техники релаксации.

Для определения электрофизиологического состояния мышц тазового дна и передней брюшной стенки использовали физиотерапевтический комплекс Муomed 632 (Голландия). Аппарат предназначен для диагностики и немедикаментозной коррекции функционального состояния мышц у пациентов с расстройствами кало- и мочевого выделения, а также для формирования физиологического позыва к актам дефекации и мочеиспускания. Это универсальный прибор для выполнения лечебно-диагностических процедур с обратной биологической связью по переменному

току (электромиография), обратной связью по внутриректальному давлению, электродиагностикой и электротерапией.

Применяемое современное электромиографическое оборудование позволяет получить полную информацию о состоянии биологической обратной связи для мышц всех групп и их функциональном состоянии:

- активности мышцы;
- способности мышцы к сокращению и расслаблению;
- оценка перевозбуждения и утомления мышцы.

Проведенные исследования, посвященные клинической эффективности метода БОС-терапии на физиотерапевтическом комплексе Муomed 632 у пациентов с недержанием мочи, свидетельствуют о его высокой эффективности.

Заключение

В настоящее время имеется достаточно широкий арсенал средств для консервативного лечения недержания мочи у женщин. Обоснованное и комбинированное использование данных методов может существенно улучшить качество жизни больных с легкой и средней степенью тяжести стрессового НМ, которым оперативное лечение не показано, а также тем, у кого имеются противопоказания к проведению хирургического вмешательства.

На сегодняшний день тренировка мышц тазового дна является основным методом профилактики недержания мочи, применяемым на разных этапах жизни женщины – в репродуктивном и перименопаузальном возрасте, при подготовке к беременности и родам, а также в послеродовом периоде. Тренировка мышц тазового дна стала намного комфортнее благодаря появлению разнообразных индивидуальных и стационарных физиотерапевтических приборов.

Следует отметить преимущества метода БОС, которыми он обладает по сравнению с общепринятыми способами лечения:

1. Не имеет абсолютных противопоказаний к применению.
2. Физиологичен, так как опирается на активизацию и мобилизацию собственных резервов организма человека.
3. Имеет четкую патогенетическую направленность при лечении ряда заболеваний (например, недержания мочи или кала).
4. Позволяет осуществлять дозирование и контроль нагрузок как при проведении каждого сеанса, так и в ходе всего курса лечения.
5. Объективно требует как от врача, так и от пациента индивидуально-психологического подхода к проведению каждого терапевтического сеанса, что значительно повышает эффективность лечения.
6. Требует от пациента активного участия в собственном лечении, что также повышает эффективность терапии.
7. Сочетается со всеми видами проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, причем их совместное применение взаимно потенцирует друг друга.
8. Не ограничивает применение каких-либо лечебных мероприятий в будущем.
9. Не сопровождается болевыми ощущениями.
10. Неинвазивен или минимально инвазивен.
11. Позволяет снизить или полностью отменить лекарственную нагрузку на организм человека.
12. Дает возможность проводить лечение в амбулаторных условиях, что обеспечивает непрерывность лечебного процесса и значительно повышает его результативность. Таким образом, метод биологической обратной связи является современным высокоэффективным способом лечения НМ, обладающим определенными преимуществами по сравнению с другими методами, особенно при использовании современной аппаратуры. Можно надеяться, что дальнейшее развитие как теоретических обоснований, так и практических схем применения метода БОС позволит улучшить качество лечения женщин с различными урогинекологическими проблемами. ❁

8-й региональный научный форум

24–26 апреля 2013

УСК «Грация», ул. Физкультурная, 116



ДИТЯ И МАМА
с а м а р а

ДИТЯ И МАМА САМАРА 2013



WWW.MD.RTE-EXPO.RU

ОРГАНИЗАТОРЫ:



Министерство здравоохранения
Самарской области

rte
exhibitions

Москва Тел.: +7 (495) 921 44 07 | E-mail: md@rte-expo.ru
Самара Тел.: +7 (846) 270 41 00 | E-mail: md@rte-samara.ru



ГБОУ ВПО
«Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова»
Минздрав-
соцразвития России,
кафедра акушерства,
гинекологии,
перинатологии
и репродуктологии

Влияние комбинированного применения заместительной гормональной и гепатопротекторной терапии на показатели метаболизма в перименопаузе

Н.П. ГАВРИЛОВА, д.м.н., проф. Н.А. ТАТАРОВА

Авторами было проведено исследование с целью разработки программы ведения пациенток с менопаузальным метаболическим синдромом и холестаазом, а также оценки эффективности комбинированной заместительной гормональной и гепатопротекторной терапии. На фоне лечения были получены позитивные изменения нейроциркуляторных симптомов, липидного спектра, статистически значимое снижение уровня трансаминаз и модифицированного менопаузального индекса. Показатели коагулограммы остались практически неизменными. Был сделан вывод о том, что подобная комбинированная терапия положительно воздействует на проявления климактерического синдрома, нормализует липидный профиль, оказывая позитивное влияние на гепатобилиарную систему.

Введение

В последние годы было проведено немало исследований, посвященных качеству жизни женщин в перименопаузальном периоде. Это связано и с увеличением продолжительности жизни, и с возрастающей ролью женщины в обществе, а также с увеличением числа климактерических расстройств, их разнообразными проявлениями. Одним из них является метаболический синдром [1], который

привлекает все большее внимание эндокринологов, гинекологов, кардиологов, врачей общей практики. Это обусловлено в первую очередь широким распространением метаболического синдрома в популяции – от 10,6% в Китае до 24% в США [2].

Следует отметить, что сопутствующая патология, возникающая в перименопаузальном периоде, не является противопоказанием к назначению заместительной гор-

мональной терапии (ЗГТ). Основным принципом назначения ЗГТ является индивидуальный подбор средств и дозировки [3]. Однако женщины с нарушением обмена жиров или углеводов, с развившимся менопаузальным метаболическим синдромом обычно исключаются из протоколов коррекции климактерических нарушений. Как правило, это связано с относительными или абсолютными противопоказаниями, а также с предубеждением, что препараты для ЗГТ провоцируют дальнейшее нарушение обмена веществ, в частности ожирение, между тем, наоборот, грамотно подобранная комплексная терапия способна оказать положительный эффект [4].

Лекарственные средства для ЗГТ, принимаемые перорально, оказывают протективное действие на липидный спектр крови: проходя первичный пассаж через печень, они влияют на синтез белкового компонента липопротеинов высокой плотности, что снижает коэффициент атерогенности [5, 6]. Однако они же увеличивают уровень триглицеридов [7, 8]. Для



нивелирования негативных эффектов, вызванных как дефицитом эстрогенов, так и применением ЗГТ, возможно использовать лекарственные средства на основе урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) [9]. В ходе нескольких исследований было доказано, что на фоне приема УДХК происходит снижение уровня как общего холестерина, так и холестерина липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови [10]. В исследовании G. Gelabert (2004) была показана высокая эффективность комбинированного применения УДХК и статинов у пациентов с первичной гиперхолестеринемией [11].

Учитывая имеющиеся данные об эффективности применения УДХК в терапии нарушений липидного обмена, логично назначать препараты УДХК в комплексной терапии проявлений климактерического синдрома и менопаузального метаболического синдрома.

Поднимая вопрос об индивидуальном подходе к назначению ЗГТ, стоит вспомнить, что женщинам с заболеваниями желчевыводящих путей, как правило, не назначают эстрогенсодержащие препараты, в результате чего большая группа пациентов страдает от проявлений климактерического синдрома, не получая надлежащую коррекцию. Это убеждение основано на описанных в литературе данных о повышении концентрации холестерина в желчи и его преципитации, повышении литогенности желчи путем ингибирования синтеза желчных кислот [12]. Таким образом, терапией выбора у пациенток с климактерическим синдромом, страдающих холестазом, или сладж-синдромом, являются ЗГТ и УДХК.

Цель исследования

Разработать комплексную программу поэтапной тактики ведения пациенток с менопаузальным метаболическим синдромом и холестазом, сладж-синдромом, выявить эффективность применения низкодозированной ЗГТ в сочетании с УДХК.

Материалы и методы

Было проведено нерандомизированное плацебонеконтролируемое проспективное сравнительное клиническое исследование с участием 71 женщины (в возрасте 43–56 лет) с симптомами климактерического синдрома, ожирением и холестазом. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые методы исследования, определение уровня фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, глюкозы натощак, липидограммы после 14-часового ночного голодания, трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина общего, прямого и непрямого, коагулограммы. Антропометрические исследования включали данные о росте, весе, окружности талии и бедер, соотношении окружности талии / окружности бедер. Степень тяжести климактерического синдрома оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса. Критерии включения были следующими:

- перименопаузальный возраст (от 43 до 56 лет);
- климактерический синдром средней степени тяжести;
- наличие абдоминального ожирения, индекс массы тела $\geq 26 \text{ кг/м}^2$, окружность талии $\geq 88 \text{ см}$, коэффициент «окружность талии / окружность бедер» $\geq 0,85$;
- холестаза и гиперхолестеринемия;
- отсутствие конкрементов в желчном пузыре, возможно сладж-синдром;
- отсутствие ЗГТ в течение 12 предшествующих исследованию месяцев;
- согласие пациенток на участие в исследовании;
- отсутствие противопоказаний для проведения терапии.

Критериями исключения из исследования были:

- сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, способные оказать влияние на изучаемые показатели;
- недавно перенесенные хирургические вмешательства;
- перенесенный инфаркт миокарда;

- онкологические заболевания;
- патология молочных желез;
- калькулезный холецистит;
- ЗГТ в течение 12 месяцев до начала исследования;
- прием каких-либо других гормональных препаратов;
- отказ женщины от участия в исследовании.

Всем пациенткам был назначен циклический комбинированный препарат Фемостон 2/10, в каждой упаковке которого 28 таблеток: из них первые 14 содержат 2 мг 17-бета-эстрадиола, а последние 14 – комбинацию 2 мг 17-бета-эстрадиола и 10 мг дидрогестерона. Одновременно с началом приема ЗГТ они принимали препарат Урсофальк (8 мг/кг веса). Длительность курса лечения составила 6 месяцев.

Результаты

На фоне проводимого лечения был отмечен положительный эффект, который выражался в значительном уменьшении количества и выраженности приливов жара, снижении выраженности других нейроциркуляторных симптомов, нормализации настроения и повышении жизненного тонуса.

Было получено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение модифицированного менопаузального индекса с $45,52 \pm 1,27$ балла (до лечения) до $36,13 \pm 1,24$ балла (после лечения) (табл.).

Значительного изменения массы тела на протяжении исследования выявить не удалось, хотя обнаружена тенденция к снижению веса: средняя масса тела $79,24 \pm 0,92 \text{ кг}$ после терапии по сравнению с $79,6 \pm 0,95 \text{ кг}$ до начала терапии ($p > 0,05$).

К концу терапии были выявлены статистически значимые изменения в липидном спектре пациенток. Так, достоверно снизился уровень общего холестерина ($p < 0,05$), который составлял $6,02 \pm 0,08 \text{ ммоль/л}$ до лечения, а после прохождения курса терапии уменьшился до $5,39 \pm 0,07 \text{ ммоль/л}$. Уровень триглицеридов также снизился с $1,96 \pm 0,12$ до $1,46 \pm 0,08 \text{ ммоль/л}$ ($p < 0,05$).

Таблица. Данные обследования женщин с климактерическим синдромом, ожирением и холестазом до лечения и спустя 6 месяцев терапии

Показатель	До лечения	Через 6 мес. терапии
Модифицированный менопаузальный индекс, баллы	45,52 ± 1,27	36,13 ± 1,24*
Масса тела, кг	79,68 ± 0,95	79,24 ± 0,92
Общий холестерин, ммоль/л	6,02 ± 0,08	5,39 ± 0,07*
Холестерин ЛПВП, ммоль/л	1,37 ± 0,04	1,59 ± 0,03*
Холестерин ЛПНП, ммоль/л	3,38 ± 0,07	2,98 ± 0,06*
Коэффициент атерогенности	3,74 ± 0,18	2,48 ± 0,08*
Триглицериды, ммоль/л	1,96 ± 0,12	1,46 ± 0,08*
Глюкоза натощак, ммоль/л	4,68 ± 0,11	4,34 ± 0,09*
АЛТ, ед/л	26,68 ± 1,02	18,58 ± 0,90*
АСТ, ед/л	20,49 ± 0,85	17,07 ± 0,67*
Щелочная фосфатаза, ед/л	150,32 ± 6,15	107,56 ± 5,62*
Билирубин общ., мкмоль/л	9,37 ± 0,52	7,04 ± 0,36*
Билирубин прям., мкмоль/л	1,76 ± 0,12	1,28 ± 0,09*
Билирубин непря., мкмоль/л	7,61 ± 0,43	5,76 ± 0,30*
Протромбиновый индекс, %	95,3 ± 1,72	94,28 ± 1,10
Фибриноген, г/л	2,82 ± 0,06	2,73 ± 0,06
Тромбиновое время, сек	16,59 ± 0,18	16,45 ± 0,13

ЛПВП – липопротеины высокой плотности; ЛПНП – липопротеины низкой плотности; АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспартатаминотрансфераза. * $p < 0,05$ – разница показателей статистически значима.

Произошло статистически значимое повышение концентрации липопротеинов высокой плотности с $1,37 \pm 0,04$ до $1,59 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,05$), при этом уровень липопротеинов низкой плотности снизился с $3,38 \pm 0,07$ до $2,98 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,05$). Коэффициент атерогенности также достоверно снизился: с $3,74 \pm 0,18$ до $2,48 \pm 0,08$ ($p < 0,05$).

Проводимая терапия оказала положительное влияние на уровень трансаминаз: уровень аланинаминотрансферазы снизился с $26,68 \pm 1,02$ до $18,58 \pm 0,9$ ед/л, аспартатаминотрансферазы – с $20,49 \pm 0,85$ до $17,07 \pm 0,67$ ед/л ($p < 0,05$). Концентрация щелочной фосфатазы в крови уменьшилась с $150,32 \pm 6,15$ до $107,56 \pm 5,62$ ед/л ($p < 0,05$).

Исследование уровня билирубина и его фракций выявило статистически значимое снижение концентрации общего билирубина в крови с $9,37 \pm 0,52$ до $7,04 \pm$

$0,36$ мкмоль/л, прямого билирубина – с $1,76 \pm 0,12$ до $1,28 \pm 0,09$ мкмоль/л, непрямого – с $7,61 \pm 0,43$ до $5,76 \pm 0,3$ мкмоль/л.

Проводимая терапия не оказала достоверно значимого влияния на компоненты свертывающей системы крови. Так, протромбиновый индекс, фибриноген, тромбиновое время остались практически неизменными ($p > 0,05$).

При ультразвуковом исследовании органов малого таза динамики пролиферативных процессов в эндометрии не выявлено. Толщина эндометрия статистически значимо не отличалась в начале исследования и через 6 месяцев терапии.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что комплексная терапия препаратами ЗГТ и лекарственными средствами на основе урсодезоксихолевой кислоты оказывает многогранное воздействие на проявления климактерического синдрома, при этом нормализует-

ся липидный профиль пациентов, оказывая положительное влияние на гепатобилиарную систему.

Заключение

Выбор препарата для ЗГТ должен осуществляться строго индивидуально с учетом различных показателей организма (особое внимание следует уделять данным жирового и углеводного обмена). Экзогенные и эндогенные гормоны способны значительно изменять уровень метаболизма, причем это влияние может иметь двоякий характер. Изучив особенность взаимодействия Фемостона и Урсофалька, их синергическое действие на уровень липидов крови, а также положительное влияние на пациенток с некоторыми заболеваниями гепатобилиарной системы, можно рекомендовать комбинацию этих препаратов пациенткам с менопаузальным метаболическим синдромом и холестазом, а также сладж-синдромом. ♡

II Национальный конгресс
«ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА»
и ПРЕКОНГРЕСС-КУРС
XI ВСЕМИРНОГО КОНГРЕССА ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Санкт-Петербург
16-18 июня 2013 года



Организаторы конгресса

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Всемирная ассоциация перинатологов
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Общество акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона России
- ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН
- Санкт-Петербургский государственный университет
- Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Межрегиональная «Лига акушерок» России
- Журнал акушерства и женских болезней

Основные направления программы Конгресса

- Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания глубоко недоношенных детей.
- Гестоз. Достижения российской школы акушерства.
- Оперативное родоразрешение: акушерская агрессия или обоснованная необходимость.
- Современные подходы к ведению беременных при сахарном диабете.
- Профилактика материнской и перинатальной смертности с позиций коррекции нарушений гемостаза.
- Иммунологические аспекты акушерской патологии.
- Значение стрептококков группы В и других инфекций в развитии перинатальной патологии.
- Акушерские аспекты женщин старшего репродуктивного возраста с позиции плацентарной недостаточности.
- Гемолитическая болезнь плода.
- Новые возможности пренатальной диагностики наследственных болезней.
- Ювенильное акушерство.
- Современные аспекты развития ВРТ.
- Беременность и рак.
- Медицинская психология и репродукция.
- Электронная история болезни в акушерстве. Возможности, перспективы.

Место проведения: НИИ акушерства и гинекологии имени Д. О. Отта СЗО РАМН

199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия Васильевского острова, д. 3. Тел./факс: (812) 328-23-61.

www.ott.ru, www.akusherkongress.spb.ru



ГБОУ ВПО
«Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова»
Минздрав-
соцразвития
России, кафедра
акушерства,
гинекологии,
перинатологии
и репродуктологии

Контрацептивный выбор подростков и мотивы отказа от предохранения

К.м.н. Е.А. ОСТРОВСКАЯ, к.м.н. Т.А. ДУДНИЧЕНКО

В статье представлены результаты исследования контрацептивного поведения девушек-подростков, обсуждаются причины использования ими малоэффективных методов контрацепции и мотивы отказа от контрацепции. Подчеркивается необходимость применения методов контрацепции с целью не только предупреждения нежелательной беременности, но и профилактики заболеваний, передающихся половым путем. Юным женщинам предпочтительно назначать микродозированные контрацептивные средства. Среди них авторы выделяют инновационный гормональный контрацептив НоваРинг, который по своему действию не уступает традиционным комбинированным оральным контрацептивам, однако имеет более удобный режим использования.

Введение

В настоящее время наблюдается рост сексуальной активности у подростков как в нашей стране, так и во всем мире. Число подростков, начинающих половую жизнь до наступления совершеннолетия, увеличивается с каждым годом. В результате констатируется рост числа заболеваний, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи, наступление нежелательной беременности у подростков, увеличение частоты аборт, рождение нежеланных детей в неполных семьях.

Все эти факторы имеют важное медицинское, социальное и психологическое значение [1–5].

Исследование контрацептивного поведения подростков

Нами было проведено исследование с целью изучения особенностей контрацептивного выбора и мотивов отказа от предохранения в подростковом возрасте, а также поиска путей повышения осведомленности подростков о контрацепции и увеличения числа молодых людей, применяющих различные методы контрацепции. С помощью

анкетирования было изучено контрацептивное поведение 1051 респондентки. Участницы исследования были распределены следующим образом:

- 1-я группа (основная) – несовершеннолетние беременные 14–18 лет, решившие сохранить беременность (n = 518);
- 2-я группа (основная) – несовершеннолетние беременные 14–18 лет, прервавшие беременность (n = 114);
- 3-я группа (контрольная) – беременные 20–24 лет (n = 313);
- 4-я группа (контрольная) – небеременные студентки медицинского вуза 20–24 лет (n = 106).

Дополнительно было проведено повторное анкетирование 514 юных женщин после родов.

По нашим данным и данным других исследователей [4–11], среди средств контрацепции у подростков наиболее популярны малоэффективные методы предохранения от беременности (43,28–63,47%), такие как расчет «безопасных» дней (9,62–11,42%), прерванный половой акт (26,65–38,46%), спринцевание (1,40–3,85%), спермициды (3,81–11,54%). Среди студенток медицинского вуза 20–24 лет малоэффектив-



ные методы контрацепции периодически использовали 58,62%. Большинство респонденток, не пользующихся контрацепцией, выявлено в группах несовершеннолетних беременных. Презерватив и гормональные средства контрацепции чаще использовали студентки медицинского вуза, реже – несовершеннолетние беременные (табл. 1). Более 40% респонденток назвали применение презерватива в качестве метода контрацепции. Следует отметить, что в настоящее время и в нашей стране, и за рубежом большинство подростков отдадут предпочтение именно барьерным методам [7, 10–16]. Широкая информированность о распространении ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем, а также простота, доступность, немедленная эффективность и конфиденциальность способствуют активному использованию презервативов подростками. Гормональные противозачаточные средства применяли 7,62–12,5% девушек 14–18 лет, принявших участие в исследовании.

В США и странах Западной Европы постоянно растет доля подростков, использующих такие современные противозачаточные средства, как низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы [14, 15, 17]. В России доля современных методов предупреждения беременности среди подростков чрезвычайно низка. Оральные контрацептивы постоянно применяют от 3 до 16% девушек, живущих регулярной половой жизнью. Недостатки, которые имеются у гормональных таблеток, такие как необходимость ежедневного приема таблетки, высокая вероятность «забыть» принять таблетку, желудочно-кишечные взаимодействия, снижают комплаентность комбинированных оральных контрацептивов. В данном случае наиболее приемлемыми и перспективными для подростков представляются гормональные контрацептивы для интравагинального применения, что позволяет исключить их первичный метаболизм в печени и снизить дозы гормональных составляющих.

Альтернативой оральной гормональной контрацепции является применение внутривлагалищного кольца НоваРинг – самого низкодозированного контрацептива (ежедневно высвобождается 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела).

Внутриматочными противозачаточными контрацептивами пользуются 1,1–7,1% девушек [7, 9–13, 18].

Почти треть опрошенных несовершеннолетних девушек не использовали никаких методов контрацепции, что согласуется с данными других авторов [7, 9, 19].

Нами был выделен ряд причин, тормозящих активное применение контрацепции (табл. 2). Одна из причин обусловлена недостатком специальных знаний у подростков: отсутствие достоверных

Таблица 1. Использование методов контрацепции у девушек, принявших участие в исследовании

Способ контрацепции	Основная группа		Контрольная группа	
	Беременные 14–18 лет, решившие сохранить беременность (n = 518)	Беременные 14–18 лет, прервавшие беременность (n = 114)	Беременные 20–24 лет (n = 313)	Небеременные студентки медицинского вуза 20–24 лет (n = 106)
Расчет «безопасных» дней	11,42%	9,62%	15,85% (p < 0,0001* ¹)	16,09%
Прерванное сношение	26,65%	38,46% (p < 0,05* ¹)	35,56% (p < 0,01* ¹)	36,78%
Спринцевание	1,40%	3,85%	3,52%	0 (p < 0,001* ²)
Презерватив	44,29%	46,15%	42,96%	62,07% (p < 0,001* ²)
Влагалищные средства	3,81%	11,54% (p < 0,005* ¹)	8,80% (p < 0,005* ¹)	5,75%
Гормональная контрацепция	7,62%	12,50%	11,27%	13,79%
Внутриматочная спираль	0	0,96%	0	0
Отсутствие контрацепции	29,46%	29,81%	26,41%	4,60% (p < 0,0001* ²)

* Цифры рядом со звездочкой означают, по отношению к какой группе высчитан показатель: 1 – беременные 14–18 лет, решившие сохранить беременность; 2 – беременные 20–24 лет.



Преимущества использования гормонального кольца НоваРинг заключаются в удобстве применения, отсутствии первичного прохождения гормонов через печень, а также улучшении контроля менструального цикла.

сведений о контрацептивах и их использовании, ложная информация об эффективности противозачаточных средств и негативный настрой относительно некоторых видов контрацепции, например страх увеличения массы тела [7, 9]. Однако недостаток знаний – это не единственная причина, по которой подростки не предохраняются. Общепринятое мнение [5, 7–9, 12, 18, 20] о том, что девушки отказываются от контрацепции из-за плохой осведомленности, в нашем исследовании не подтвердилось. Так, только 5,41% 20–24-летних студенток медицинского вуза сослались на отсутствие знаний о способах предохранения от нежелательной беременности.

В этой же группе отмечен больший процент использования гормональной контрацепции (13,79%) и презервативов (62,07%, $p < 0,001$). В развитых зарубежных странах, где вопросам полового воспитания подростков уделяется большое внимание органами здравоохранения, школой и родителями, также не прослеживается существенная связь между полученными репродуктивно-контрацептивными знаниями и реальным сексуальным поведением [16, 19, 21].

Основная причина неиспользования методов предохранения от нежелательной беременности заключается в безответственном отношении к своему здоровью, легкомысленности. Подростки не задумываются о возможности наступления у них беременности, недооценивают реальность ее возникновения. Половина респонденток мотивировала отказ от контрацепции как «не думала об этом» и «думала, что не забеременею». Это относится не только к подросткам, но и к девушкам более старшего возраста (20–24 лет), в частности студенткам медицинского вуза.

Препятствием для использования контрацептивов являются также незрелость и неоднознач-

ность отношений с партнером, его безответственность (до 19%). Так, девушки зачастую сталкиваются с явным нежеланием партнера использовать контрацепцию, стесняются обсуждать этот вопрос с ним или просто полагаются на то, что партнер сам возьмет на себя ответственность за предупреждение беременности. Отсутствие культуры половых отношений затрудняет практическое применение презерватива, а именно этот способ контрацепции является наиболее целесообразным для подростков, поскольку предохраняет также от заболеваний, передаваемых половым путем. Кроме того, имеются экономические причины: гормональные контрацептивы достаточно дорого стоят, и часто подростки самостоятельно не в состоянии их приобрести.

Многие современные средства контрацепции не используются подростками, потому что для этого необходима врачебная консультация. Не у всех есть возможность получить бесплатную и одновременно анонимную помощь специалистов по вопросам контрацепции. Кроме того, девушки боятся непонимания и осуждения со стороны взрослых (если у них найдут контрацептив или

Таблица 2. Причины неиспользования контрацепции

Причины	Основная группа		Контрольная группа	
	Беременные 14–18 лет, решившие сохранить беременность (n = 518)	Беременные 14–18 лет, прервавшие беременность (n = 114)	Беременные 20–24 лет (n = 313)	Небеременные студентки медицинского вуза 20–24 лет (n = 106)
«Не думала об этом»	20,48%	32,39% ($p < 0,01^{*1}$)	21,71%	40,54% ($p < 0,0005^{*2}$)
«Думала, что не забеременею»	28,43%	30,99%	24,57%	18,92%
«Не знала как»	0	0	0	5,41% ($p < 0,0001^{*2}$)
«Надеялась на партнера»	14,22%	15,49%	16,57%	35,14% ($p < 0,0005^{*2}$)
«Партнер был против предохранения»	4,58%	1,41%	4,57%	2,70%
«Хотела забеременеть»	33,98%	19,72% ($p < 0,005^{*1}$)	36%	4,60% ($p < 0,0001^{*2}$)

* Цифры рядом со звездочкой означают, по отношению к какой группе высчитан показатель: 1 – беременные 14–18 лет, решившие сохранить беременность; 2 – беременные 20–24 лет.



Таблица 3. Использование контрацепции юными женщинами до и после родов

Способы контрацепции	Основная группа		Контрольная группа (n = 313)
	До родов (n = 518)	После родов (n = 514)	
Расчет «безопасных» дней	11,42%	8,23% (p = 0,08)	15,85% (p = 0,001*)
Прерванное сношение	26,65%	18,63% (p = 0,002*)	35,56% (p < 0,0001*)
Спринцевание	1,40%	6,08% (p < 0,0001*)	3,52% (p = 0,09)
Презерватив	44,2%	39,41% (p = 0,11)	42,96% (p = 0,31)
Влагалищные средства	3,81%	1,76% (p = 0,04*)	8,80% (p < 0,0001*)
Гормональные таблетки	7,62%	16,47% (p < 0,0001*)	11,27% (p = 0,03*)
Внутриматочная спираль	0%	2,74% (p < 0,0001*)	0% (p < 0,0001*)
Никак не предохранялись	29,46%	25,29% (p = 0,13)	26,41% (p = 0,72)

* Различия достоверны.

застанут за его покупкой). Они часто боятся попросить о помощи, так как это подтвердит то, что они ведут половую жизнь. Обсуждение вопросов контрацепции обычно происходит между сверстниками. Подростки предпочитают пользоваться такими средствами контрацепции, которые легко скрыть от окружающих, чаще от родителей: ритмический метод, прерванное сношение. Все это подтверждает недостаточно осознанную ориентацию подростков на будущее: они придают большее значение сиюминутному страху применения контрацептивов и осуждения ранней сексуальной активности, чем отдаленному риску беременности.

Среди других трудностей при использовании различных методов контрацепции, которые послужили причиной отказа от данного способа предохранения, юные женщины отметили следующие:

- мажущие кровянистые выделения из половых путей, масталгия, необходимость регулярного употребления при приеме комбинированных оральных контрацептивов;
- раздражение кожи и неестественность при использовании трансдермального контрацептива;

- напряжение при ожидании оргазма, нежелание партнера рисковать в случае использования прерванного полового акта;
- отсутствие регулярных месячных при использовании календарного метода;
- снижение остроты ощущений, раздражение при использовании презерватива;
- цервицит и аднексит, выявленные гинекологом, послужили причиной отказа от внутриматочных спиралей.

Следует отметить, что треть несовершеннолетних объясняют отказ от контрацептивов не отрицательным к ним отношением, а желанием забеременеть. В нашем исследовании в группе несовершеннолетних, решивших сохранить беременность и родить ребенка, доля подростков, которые «хотели забеременеть», составила 33,98%. Для сравнения, в группе 20–24-летних беременных количество желающих забеременеть статистически не отличается (36%). Выяснилось, что в группе несовершеннолетних, решивших прервать беременность, 19,72% тоже объяснили неиспользование контрацепции желанием забеременеть. Можно предположить, что в этих случаях стремление девушки иметь

ребенка не смогло реализоваться в силу различных жизненных обстоятельств, большей частью социально-экономических условий, отношений с родителями, партнером и пр. Возможно также, что целью для девушки была сама беременность, при этом рождение ребенка не предусматривалось [22].

Кроме того, нами было изучено применение юными матерями различных методов контрацепции до и после родов в сравнении с применением контрацепции женщинами основной группы (20–24 лет) (табл. 3). Оценка применения методов контрацепции юными матерями показала увеличение числа женщин, использующих современные надежные методы контрацепции (гормональные средства и внутриматочные спирали), в сравнении с их применением до родов и даже с контрольной группой. Отчасти это связано с опытом переживания ранней беременности, о чем свидетельствуют также данные об увеличении пользователей контрацепции среди подростков после аборта [13]. Однако, несмотря на очевидный прогресс в сравнении с дородовыми показателями, применение надежных современных методов контрацепции юными матерями



Инновационный гормональный контрацептив НоваРинг может быть рекомендован в качестве контрацептива первого выбора, так как по своему действию он не уступает традиционным комбинированным оральным контрацептивам, однако имеет более удобный режим использования (1 раз в месяц).

ми в целом было недостаточным (19,21%), а четверть юных матерей никак не предохранялись от беременности. В результате после рождения первого ребенка у 19,6% юных женщин были (или предстояли на момент опроса) еще роды. У 46,34% юных женщин после родов был аборт/абORTы (в контрольной группе – 29,88%, $p < 0,0001$). Количество абORTов в контрольной группе связано с неиспользованием контрацепции (26,41%), количество абORTов в группе юных матерей обусловлено как неиспользованием средств предохранения от беременности (25,29%), так и, вероятно, погрешностями и ошибками в применении тех или иных методов контрацепции. Результаты проведенного исследования показали, что современные девушки-подростки неадекватно относятся к средствам контрацепции: большинство сексуально активных девушек-подростков либо вообще не используют контрацептивы и не задумываются о последствиях (31,06%), либо предохраняются от случая к случаю, практикуя неэффективные и малопримлемые средства предупреждения беременности (48,66%). Основными причинами отказа от контрацепции являются безответственное отношение к своему здоровью (48,3%), незрелость и неоднозначность отношений с партнером (18,28%), наличие мотивации к деторождению (34,73%).

Выбор контрацептивов для подростков

Предупреждение беременности в подростковом возрасте является необходимым компонентом здорового образа жизни. Особенности сексуального поведения современных подростков требуют выбора методов контрацепции не только с целью предупреждения нежелательной беременности, но также и профилактики заболеваний, передающихся половым путем. Современные гормональные контрацептивы приемлемы именно для юных женщин, поскольку зарекомендовали себя высокоэффективными и безопасными средствами, нормализующими менструальную функцию.

Юным женщинам предпочтительно назначать микродозированные контрацептивные средства. В настоящее время существует большой ассортимент современных низкодозированных комбинированных контрацептивов, обладающих положительными дополнительными свойствами благодаря оптимальному сочетанию эстрогенного и гестагенного компонентов. Научными исследованиями и клиническими наблюдениями установлено, что гормональные контрацептивы не только эффективны в предупреждении нежелательной беременности, но и обладают определенными дополнительными лечебными и защитными свойствами.

Альтернативой традиционному (оральному) варианту использования гормональной контрацепции является применение внутривлагалищного кольца (НоваРинг). Можно выделить следующие преимущества использования гормонального кольца НоваРинг юными женщинами:

- самый низкодозированный препарат: ежедневно высвобождается только 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела (первичный активный метаболит дезогестрела);
- отсутствие необходимости ежедневного приема;

- отсутствие первичного прохождения гормонов через печень;
- улучшение контроля менструального цикла;
- улучшение взаимоотношений с партнером.

Кроме того, в исследованиях предыдущих лет на фоне применения НоваРинга было продемонстрировано снижение выраженности симптомов дисменореи и проявлений предменструального синдрома, что актуально для подростков [5, 22].

Инновационный гормональный контрацептив НоваРинг может быть рекомендован в качестве контрацептива первого выбора, так как по своему действию он не уступает традиционным комбинированным оральным контрацептивам, однако имеет более удобный режим использования (один раз в месяц), что обуславливает приверженность к терапии юных женщин.

Заключение

Таким образом, исследование особенностей контрацептивного выбора и мотивов отказа от предохранения в подростковом возрасте продемонстрировало неадекватность контрацептивного поведения, неоптимальность структуры контрацепции среди подростков, часто отсутствие применения контрацепции, неинформированность о последствиях, использование неэффективных и малопримлемых средств предупреждения беременности. Рациональное использование контрацепции в подростковом возрасте позволяет значительно снизить показатели перинатальной и материнской смертности, уменьшая количество деторождений высокого риска, повышает индекс здоровья девушек-подростков, снижает невротизацию подростков, улучшает качество жизни. Приведенные данные дают информацию для решения вопросов повышения осведомленности подростков о контрацепции и повышения частоты применения контрацепции в подростковом возрасте. ☺

НОВАРИНГ®

Попробовав однажды —
полюбит навсегда

НоваРинг® для Врача:

- Единственный контрацептив с режимом «один на месяц»
- Высокий уровень соблюдения режима использования⁶
- Минимум побочных эффектов⁷
- Низкий процент отказа⁵

Женщины, использующие
НоваРинг®, в два раза БОЛЬШЕ
удовлетворены, чем женщины,
использующие КОК¹

НоваРинг® для Вашей пациентки:

- Один на месяц — удобство, с которым не сравнится ни одна таблетка²
- 99% эффективность³
- Простота и удобство в использовании^{2,3,5,7}
- Минимальная доза гормонов²
- Отличный контроль цикла⁴



Избранная информация из инструкции по медицинскому применению препарата НоваРинг®.

Этоногестрел 11,7 мг, Этинилэстрадиол 2,7 мг

(на одно вагинальное кольцо).

Показания к применению: Контрацепция.

Способ применения и дозы: женщина может самостоятельно ввести НоваРинг® во влагалище.

После введения кольцо должно находиться во влагалище постоянно в течение 3 недель. НоваРинг® следует удалять через 3 недели в тот же день недели, когда оно было введено во влагалище. После недельного перерыва вводят новое кольцо.

Противопоказания: венозный тромбоз, включая тромбоз глубоких вен, тромбоз/эмболия легочной артерии (в настоящее время или анамнезе); артериальный тромбоз, включая инсульт, преходящие нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и/или предвестники тромбоза, включая стенокардию, транзиторную ишемическую атаку (в том числе в анамнезе); пороки сердца с тромбогенными осложнениями; изменение показателей крови, свидетельствующие о предрасположенности к развитию венозного или артериального тромбоза, включая повышенную резистентность к активированному протеину С, дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, гипергомоцистеинемия и антифосфолипидные антитела (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт); мигрень с очаговой неврологической симптоматикой; артериальная гипертензия (систолическое давление >160 мм рт.ст. или диастолическое давление >100 мм рт.ст.); сахарный диабет с поражением сосудов; панкреатит в т.ч. в анамнезе, в сочетании с выраженной гипертриглицеридемией; тяжелые заболевания печени, до нормализации показателей ее функции; опухоли печени (в том числе в анамнезе); гормонозависимые злокачественные опухоли (например, рак молочной железы), установленные, предполагаемые или в анамнезе; кровотечение из влагалища неясной этиологии; гиперчувствительность к любым компонентам препарата НоваРинг®; беременность (в том числе предпологаемая); период лактации; хирургические вмешательства с последующей длительной иммобилизацией; курение (15 и более сигарет в день) у женщин 35 лет и старше. **Особые указания:** при наличии любых из перечисленных ниже состояний заболеваний или факторов риска врач должен тщательно взвесить соотношение пользы и риска приема НоваРинг®. С осторожностью НоваРинг® может использоваться в следующих случаях: венозные или артериальные тромбозы (у братьев и сестер и/или родителей); ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м²); дислипотеинемия; варикозная болезнь (в сочетании с тромбозом поверхностных вен); фибрилляция предсердий; сахарный диабет; системная красная волчанка; гемолитико-уремический синдром; эпилепсия; хронические воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит); серповидно-клеточная анемия; врожденные гипербилирубинемии (синдромы Жильбера, Дубина-Джонсона, Ротора); хлостаз; фибромиома матки; фиброзно-кистозная мастопатия; состояния, затрудняющие использование вагинального кольца: выпадение шейки матки, грыжа мочевого пузыря, грыжа прямой кишки, тяжелые хронические запоры; спайки во влагалище; курение (менее 15 сигарет в день) у женщин 35 лет и старше. Следует иметь в виду, что НоваРинг® не защищает от ВИЧ-инфекции (СПИД) и других заболеваний. **Взаимодействие:** возможно взаимодействие с лекарственными препаратами, индуцирующими микросомальные ферменты, которое может привести к усилению клиренса половых гормонов. При лечении любым их перечисленных средств женщине следует временно пользоваться барьерным методом контрацепции в сочетании с НоваРинг® или выбрать другой метод контрацепции. **Беременность и кормление грудью:** НоваРинг® противопоказан во время беременности. В случае наступления беременности препарат следует удалить. Препарат НоваРинг® противопоказан в период грудного вскармливания. Его состав может влиять на лактацию, уменьшать количество и изменять состав грудного молока. Небольшие количества контрацептивных стероидов и/или их метаболитов могут экскретироваться с молоком. **Побочные эффекты:** при применении препарата могут отмечаться побочные эффекты, встречающиеся с различной частотой: часто (более 1/100), редко (менее 1/100, более 1/1000), очень редко (менее 1/1000). Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты: вагинальная инфекция (кандидоз, вагинит), увеличение массы тела, депрессия, снижение либидо, головная боль, мигрень, боль в животе, тошнота, акне, нагрубание и болезненность молочных желез, генитальный зуд у женщин, боль в малом тазу, выделения из влагалища, выпадение вагинального кольца.

Литература

1. Schaffer JE, Osborne LM, Davis AR, Westhoff C. Acceptability and satisfaction using Quick Start with the contraceptive vaginal ring versus an oral contraceptive. *Contraception*, 2006; 73:488-492.
2. Прилепская В.Н. и соавт. Эффективность и приемлемость применения контрацептивного кольца НоваРинг® в клинической практике. *Акушерство и гинекология*, №6, 2006, стр. 54-57.
3. Ahrendt H-J et al. Efficacy, acceptability of the combined contraceptive ring, NuvaRing® compared with an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Contraception*, 2006; 74:451-457.
4. Millsom T et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2304-2311.
5. Lette I et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*, 2008; 77: 276-282.
6. Bjarnadottir et al. Comparison of cycle control with the contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinylestradiol. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:389-395.
7. Novak A, de la Loge C, Abetz L, van der Meulen EA The combined contraceptive vaginal ring NuvaRing: an international study of user acceptability. *Contraception* 2003; 67: 187-94

НОВАРИНГ®
15 мкг этинилэстрадиола/
120 мкг этоногестрела в сутки



ООО «MCD Фармасьютикалс»
Россия, 115093, г. Москва,
Павловская, д. 7, стр. 1,
Тел.: +7 (495) 916 71 00
Факс: +7 (495) 916 70 94
www.merck.com

Актуальные терапевтические подходы к лечению дисбиоза влагалища, нарушений менструального цикла, менопаузальных расстройств и осложненной беременности

В рамках Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» обсуждались наиболее значимые проблемы акушерства и гинекологии с позиций доказательной медицины. На пленарных и тематических заседаниях были представлены новые данные, обобщены и проанализированы применяемые схемы диагностики и лечения на предмет соответствия общемировым тенденциям. Поднимались вопросы повышения качества оказания медицинской помощи на различных уровнях: от районной женской консультации до специализированных перинатальных центров. Ведущие отечественные специалисты делились результатами клинических исследований и собственным опытом использования различных фармацевтических препаратов.



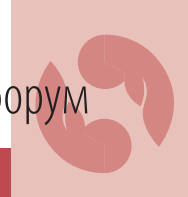
К.м.н.
И.А. Иловайская

Эндокринные аспекты нарушений менструального цикла в репродуктивном возрасте

Регулярный менструальный цикл, по мнению к.м.н. И.А. ИЛОВАЙСКОЙ (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), является важным показателем общего здоровья женщины, а менструальная функция – отражением нормальной работы гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Причины снижения функции яичников (гипогона-

дизм) и, как следствие, нарушений менструального цикла можно разделить на несколько групп:

- снижение секреции гонадотропных гормонов – фолликулостимулирующего и лютеинизирующего (гипогонадотропный гипогонадизм);
- овариальная недостаточность (гипергонадотропный гипогонадизм);



«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

- другие нарушения (нормогонадотропный гипогонадизм): эндокринные заболевания, соматическая патология и др.

Тактика лечения определяется в зависимости от типа гипогонадизма.

Диагностика гонадотропной недостаточности, как правило, не вызывает затруднений. Гораздо большие трудности связаны с определением причины нарушения менструального цикла при нормальном уровне гонадотропных, а иногда и половых гормонов. В этом случае следует искать соматические или эндокринные заболевания, которые могли вызвать данное состояние. Среди эндокринных заболеваний, способствующих развитию нормогонадотропного гипогонадизма, И.А. Иловайская отмечает:

- гипотиреоз;
- гиперпролактинемия;
- ожирение, метаболический синдром;
- гиперандрогению яичникового или надпочечникового генеза;
- синдром поликистозных яичников;
- сахарный диабет 1 и 2 типа.

Следует обратить внимание на симптомы, при которых пациенткам должно быть проведено дополнительное обследование:

- чрезмерно редкие (реже, чем каждые 45 дней) или частые (чаще, чем каждый 21 день) менструации;

- продолжительные (более 7 дней) менструации;
- чрезмерно обильные выделения (пациентка использует более 1 гигиенического продукта каждые 1–2 часа);
- изменение привычной регулярности и характера менструального цикла;
- задержка на 90 и более дней (даже единичная).

Углубленное обследование включает оценку гормонального статуса (определение уровня лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, тиреотропного гормонов, пролактина, свободного T_4 , инсулиноподобного фактора роста-1, а также – по показаниям – эстрадиола, тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны, дегидроэпиандростерона сульфата, 17-ОН-прогестерона, малую дексаметазоновую пробу) и ультразвуковое исследование органов малого таза. При избыточной массе тела необходимо исключить нарушения углеводного обмена, а при подозрении на аденому гипофиза следует провести магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Главным последствием нарушения менструального цикла И.А. Иловайская считает прогестероновую недостаточность, абсолютную или относительную. Однако лабораторное измерение уровня прогестерона в данной ситуации нецелесообразно: если нет овуляции, нет и оснований для определения

уровня прогестерона, а если овуляция есть, но нет полноценной трансформации эндометрия, то данное исследование не имеет практического значения.

Из препаратов, способных устранить прогестероновую недостаточность, И.А. Иловайская выделила дидрогестерон (препарат Дюфастон® производства компании «Эбботт»). Дюфастон® применяется в клинической практике более 40 лет, за это время был накоплен обширный положительный опыт использования данного средства с целью коррекции нарушений менструального цикла. Дидрогестерон не оказывает негативного влияния на метаболизм, что позволяет его использовать у пациентов с эндокринопатиями (при сахарном диабете 1 и 2 типа, нарушениях функции щитовидной железы, ожирении, гипер- и гипогонадотропном гипогонадизме). Завершая свое выступление, А.И. Иловайская напомнила, что лечение нарушений менструального цикла должно быть нацелено как на поиск причин, так и на ликвидацию последствий этих нарушений. Даже если установить причину обильных или болезненных менструаций у конкретной пациентки почему-либо не представляется возможным, а все серьезные заболевания уже исключены, врач все равно должен подумать о терапии, которая может улучшить качество жизни больной.

Раннее начало ЗГТ, продолжительность жизни и ее качество: дискуссионные аспекты и доказательные результаты

Еще один доклад к.м.н. И.А. Иловайская посвятила возможностям применения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин зрелого возраста. С периодом менопаузы в жизни женщины связан повышенный риск развития множественных заболеваний, в частности

метаболического синдрома, вероятность развития которого увеличивается в три раза. Помимо абдоминального ожирения и гиперинсулинемии данный синдром характеризуется повышением артериального давления и стойкой гипертриглицеридемией. Метаболический синдром связан как

с проявлениями климакса, так и с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ретроспективный анализ, включавший 951 женщину с хирургической или естественной менопаузой, показал, что 10-летний риск развития ССЗ прямо коррелирует с индексом массы тела и количеством баллов по шкале Грина (эта шкала используется для оценки тяжести климактерических нарушений)¹.

¹ Cagnacci A., Cannoletta M., Palma F. et al. Menopausal symptoms and risk factors for cardiovascular disease in postmenopause // Climacteric. 2012. Vol. 15. № 2. P. 157–162.

Таблица. Характеристика препаратов, применяющихся для заместительной гормональной терапии

Препарат	Прогестагенный	Эстрогенный	Андрогенный	Антиандрогенный	АГТ	ГК	Анаболический
Прогестерон	+	-	-	±	+	+	-
Дидрогестерон	+	-	-	-	-	-	-
Норэтистерон	+	+	+	-	+	-	+
Левоноргестрел	+	-	+	-	+	-	+
МПА	+	-	+	-	+	+	+
Диеногест	+	-	-	+	+	-	-
Дроспиренон	+	-	-	+	+	-	-

АГТ – антигонадотропный; ГК – глюкокортикоидный; МПА – медроксипрогестерона ацетат.

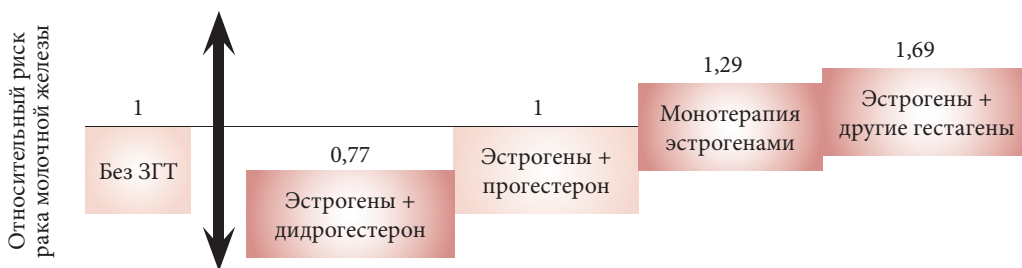


Рис. 1. Риск развития рака молочной железы в зависимости от типа гестагена в составе препарата ЗГТ (E3N)

Следует также помнить, что время наступления менопаузы влияет как на риск развития когнитивных нарушений и деменции, так и на общий риск смертности. Еще одним классическим примером негативного воздействия возрастного гормонального дефицита является развитие остеопороза. В ходе исследования O. Svejme и соавт., которое охватило 390 женщин европейской расы, разделенных по критерию возраста начала менопаузы (на тех, у кого менопауза наступила до 47 лет и позже этого возраста), оценивалась частота развития остеопороза, переломов, а также смертность в возрасте 77 лет². Было установлено, что в группе женщин, у которых менопауза наступила ранее 47 лет, риск развития остеопороза был

выше в 1,83 раза, риск переломов – в 1,68, а риск смерти в возрасте 77 лет и раньше – в 1,59 раза. В настоящее время существует несколько подходов к терапии климактерических расстройств, по-разному влияющих на жизненный прогноз. Доказано, что ЗГТ существенно снижает риск как общей, так и сердечно-сосудистой смертности. Использование препаратов ЗГТ снижает частоту ССЗ и увеличивает продолжительность жизни. Однако следует помнить, что эффективность ЗГТ коррелирует со временем начала лечения и длительностью приема препаратов, а профиль безопасности гормональной терапии зависит от выбранного гестагенного компонента. Гормональные препараты обладают неодинаковым спектром действия

(табл.), поэтому при их выборе (равно как и при определении момента начала терапии) следует учитывать следующие принципы: выбранное средство не должно оказывать негативного влияния на метаболизм, быть хорошо изученным, удобным в приеме, низкодозированным, а также безопасным в отношении ССЗ и вероятности развития рака молочной железы.

И, наконец, следует помнить, что влияние ЗГТ на риск развития рака молочной железы зависит от гестагена, входящего в состав препарата. Исследование, проведенное A Fournier и соавт. (80 377 женщин в постменопаузе, 12 лет наблюдения), показало, что наиболее безопасной комбинацией является сочетание «эстрогены + дидрогестерон» (рис. 1)³.

В заключение И.А. Иловайская еще раз отметила ключевые моменты назначения ЗГТ. Основываясь на данных доказательной медицины, ЗГТ следует применять в рамках стратегии поддержания здоровья женщин в пери- и постменопаузе. Эта стратегия включает рекомендации по питанию, физическим нагрузкам, отказу от курения и потребления алкоголя. Для женщин моложе 45 лет с преждевременной менопаузой (в первую очередь с хирургической менопау-

² Svejme O., Ahlborg H.G., Nilsson J.Å., Karlsson M.K. Early menopause and risk of osteoporosis, fracture and mortality: a 34-year prospective observational study in 390 women // BJOG. Vol. 119. № 7. P. 810–816.

³ Fournier A., Berrino F., Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study // Breast Cancer Res. Treat. 2008. Vol. 107. № 2. P. 307–308.

«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

узой) ЗГТ рекомендована как минимум до достижения среднего возраста менопаузы. Принимать гормональные препараты целесообразно до достижения возраста 65–68 лет, поскольку в более позднем возрасте эффективность их приема снижается.

Необходимо помнить, что все препараты ЗГТ разные, предпочтительно использование низкодозированных препаратов ЗГТ. Профиль эффективности и безопасности препаратов ЗГТ во многом определяется гестагенным компонентом в его составе. Так, по заключению Международного общества по менопаузе (IMS, 2011), дидрогестерон в комбинации с пероральным или трансдермальным эстрадиолом имеет более благоприятный профиль риска рака молочной железы, чем синтетические прогестагены. Следует также подчеркнуть необходимость индивидуального подхода

Дидрогестерон (Дюфастон®) не оказывает негативного влияния на метаболизм, что позволяет его использовать у пациентов с эндокринопатиями (при сахарном диабете 1 и 2 типа, нарушениях функции щитовидной железы, ожирении, гипер- и гипогонадотропном гипогонадизме).

к назначению ЗГТ: выбор препарата для ЗГТ осуществляется совместно врачом и пациенткой, которая, в свою очередь, должна быть ознакомлена с особенностями различных средств, применяемых для ЗГТ.

к назначению ЗГТ: выбор препарата для ЗГТ осуществляется совместно врачом и пациенткой, которая, в свою очередь, должна быть ознакомлена с особенностями различных средств, применяемых для ЗГТ.

Профилактика рецидивов дисбиотических нарушений влагалища

Известно, что нарушения микробиоценоза влагалища тесно связаны с развитием гинекологических заболеваний, а также патологий беременности и родов. При этом сами нарушения состава влагалищной микрофлоры могут быть вызваны разными причинами: эндогенными (сопутствующими заболеваниями) и экзогенными (как правило, связанными с лекарственной терапией). По данным, которые привела д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Т.Н. САВЧЕНКО, в норме микрофлора влагалища состоит пре-

имущественно из лактобацилл (10^7-10^9 КОЕ/мл), условно-патогенная микрофлора в ней присутствует в значительно меньших количествах (10^3-10^4 КОЕ/мл), а грамотрицательная микрофлора, споры, мицелий и патогенные микроорганизмы отсутствуют. Допустимо наличие единичных (до 10 в поле зрения) лейкоцитов. Лактобактерии, доминирующие в составе нормальной влагалищной микрофлоры, выполняют целый ряд важных функций (рис. 2). С одной стороны, молочная кислота, которую вырабатывают лактобактерии, создает кислую среду, необходимую для жизнедеятельности самих лактобактерий,



Профессор Т.Н. Савченко

а с другой – низкий pH способствует разрушению бактериальных пленок, создаваемых колониями условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Защелачивание среды влагалища приводит

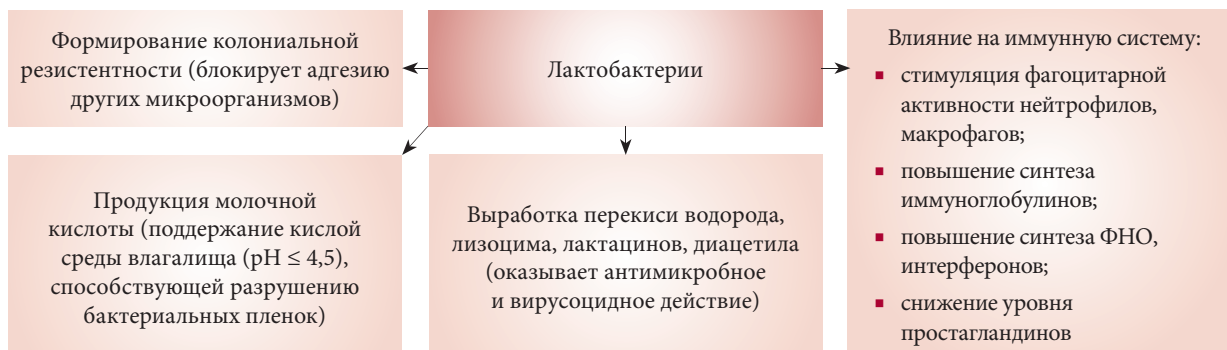


Рис. 2. Основные свойства лактобактерий

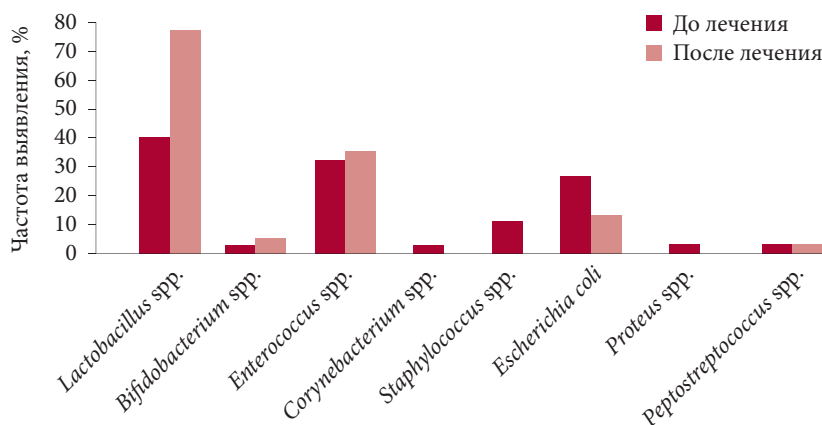


Рис. 3. Нормализация микробиоценоза влагалища с помощью препарата Вагинорм-С®

Включение препарата Вагинорм-С® в комплексное лечение бактериального вагиноза (одновременно с системными противомикробными средствами или сразу после окончания местной антибактериальной терапии) позволяет добиться быстрого и устойчивого терапевтического эффекта, что подтверждено рядом клинических испытаний.

к обратному эффекту: количество лактобактерий уменьшается, а условно-патогенные бактерии, напротив, начинают активно размножаться, поскольку оптимальный pH среды для них составляет от 5 до 8 и более.

Наиболее распространенным нарушением микробиоценоза влагалища на сегодняшний день является бактериальный вагиноз: распространенность данной патологии в структуре заболеваний нижних отделов репродуктивного тракта составляет 50%. Бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбактериозом влагалищного биотопа, характеризующийся снижением или отсутствием молочнокислых бактерий и высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides* spp., *Leptothrix* spp. и др.).

Патогенез бактериального вагиноза включает нескольких звеньев:

- угнетение роста и жизнедеятельности лактобактерий;
- повышение pH;
- рост анаэробных бактерий;
- синтез веществ, обуславливающих характерный «рыбный» запах и появление «ключевых» клеток.

Общепринятой терапевтической тактикой в отношении бактериального вагиноза на сегодняшний день является последовательное применение противомикробной терапии (метронидазол, клиндамицин, тернидазол) и препаратов, восстанавливающих микробиоценоз влагалища (Ацилакт, Лактобактерин, Бифидумбактерин и т.п.). Противомикробная терапия характеризуется развитием ряда побочных эффектов: во-первых, она может привести к развитию резистентности и появлению лактобацилл, не про-

дуцирующих H₂O₂, а во-вторых, антибактериальные препараты небезопасны для беременных. Рецидивы дисбиоза влагалища в течение 9 месяцев после курса противомикробной терапии наблюдаются у 85% пациенток. В настоящее время считают, что высокая частота рецидивов связана, прежде всего, со способностью патогенных микроорганизмов создавать бактериальные пленки, выполняющие защитную функцию. Микроорганизмы, которые находятся в толще биопленок, фактически неуязвимы для антибиотиков, а сами биопленки разрушаются только в кислой среде. Однако ни на одном из этапов классической терапии бактериального вагиноза пациентка не получает препаратов, непосредственно воздействующих на кислотность среды.

Включение в классическую двухэтапную схему лечения бактериального вагиноза препаратов на основе органических кислот позволяет достичь двух важных целей: снижения pH среды влагалища и подавления роста условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Учитывая, что повышение pH играет ключевую роль в патогенезе бактериального вагиноза, снижение этого показателя, разумеется, ускоряет обратное развитие патологического процесса.

Среди препаратов, влияющих на кислотность среды влагалища, профессор Т.Н. Савченко выделила препарат Вагинорм-С®. Аскорбиновая кислота, входящая в его состав, эффективно снижает pH среды влагалища, что одновременно способствует размножению лактобактерий и угнетает жизнедеятельность болезнетворных микроорганизмов. Особенно чувствительны к закислению среды бактерии (эта особенность генетически обусловлена), что позволяет использовать Вагинорм-С® в качестве эффективного средства для борьбы с гарднереллезом.

«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

Включение препарата Вагинорм-С® в комплексное лечение бактериального вагиноза (одновременно с системными противомикробными средствами или сразу после окончания местной антибактериальной терапии) позволяет добиться быстрого и устойчивого терапевтического эффекта, что подтверждено рядом клинических испытаний. Результатами одной из работ, посвященных исследованию эффективности препарата

Вагинорм-С®, профессор Т.Н. Савченко поделилась с аудиторией (рис. 3). В ходе исследования было установлено, что использование данного препарата снижает частоту выявления целого ряда патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, количество же лактобацилл, напротив, увеличивается, что само по себе указывает на нормализацию состояния микрофлоры влагалища и обратное развитие заболевания.

Подводя итоги, профессор Т.Н. Савченко еще раз подчеркнула клиническую значимость включения препаратов, влияющих на кислотность среды, таких как Вагинорм-С®, в комплексную терапию бактериальных вагинозов, поскольку использование лекарственных средств на основе органических кислот является патогенетически обусловленным и может широко применяться в гинекологической практике.

Ведение первого триместра беременности у пациенток с преждевременными родами в анамнезе

Как отметила д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины РУДН А.В. СОЛОВЬЕВА, преждевременные роды – это проблема не только медицинская, но и социальная. Велика вероятность рождения детей с пороками развития (слепотой, глухотой, ДЦП), которые будут пожизненно нуждаться в лечении, пенсиях, помощи социальных и медицинских работников. Очевидно, что профилактика преждевременных родов должна стать первоочередной задачей акушерства и гинекологии. Проблема преждевременных родов осложняется тем, что риск рождения недоношенного ребенка пациентками, у которых в анамнезе уже были преждевременные роды, увеличивается. Кроме того, врачам далеко не всегда удается установить причину невынашивания: исследова-

ние, проведенное в Италии доктором G.R. Di Renzo, показало, что в 40% случаев пусковой фактор, вызвавший преждевременные роды, так и остается невыясненным. Несколько лет назад в научном сообществе обсуждалась гипотеза о наличии связи между определенными мутациями у матери и риском гибели плода или невынашивания беременности. В частности, к таким мутациям была отнесена группа аллелей, ответственных за развитие тромбофилии (мутации фактора V Leiden, протромбина G20210A, МТНFR, A1298C, а также генов, ответственных за дефицит протеина C/S и антитромбина). Однако данные последующих исследований, посвященных этой проблеме, оказались противоречивы. Так, в метаанализе и ретроспективных работах была обнаружена причинно-следственная связь меж-

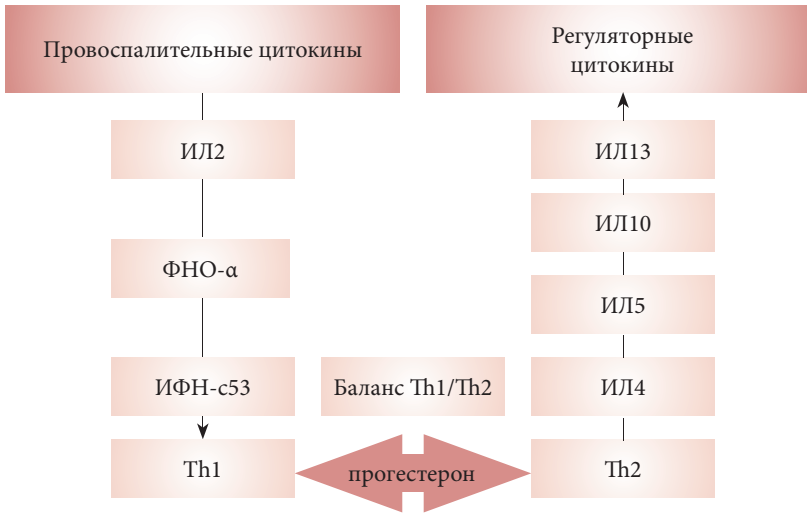


Профессор
А.В. Соловьева

ду гетерозиготностью женщин по фактору V Leiden и гибелью плода, а проспективные когортные работы этой связи не выявили. Таким образом, существующие на сегодняшний день данные позволяют однозначно утверждать, что ни мутации фактора V Leiden, ни дефицит протеина C/S, ни другие механизмы, приводящие к развитию врожденной тромбофилии, не являются напрямую причинами преэклампсии, отслойки плаценты, замедления роста плода или невынашивания, хотя и могут рассматриваться как факторы риска развития этих состояний.

Другой проблемой, тесно связанной с невынашиванием беременности, является иммунный ответ организма матери на антигены, вырабатываемые плодом. Многочисленные исследования показали, что единственным гормоном, повышающим толерантность организма матери к растущему плоду

Дюфастон® не только способствует коррекции прогестерон-дефицитных состояний до и во время беременности, но и характеризуется иммунотолерантным действием, блокирует действие натуральных киллеров и обладает решающим значением для успешной имплантации и благоприятного течения беременности.



ИЛ – интерлейкины
 Th – Т-хелперы
 ФНО-α – фактор некроза опухоли альфа
 ИФН – интерферон

Рис. 4. Влияние прогестерона на уровень цитокинов

и регулирующим баланс Th1/Th2, является прогестерон (рис. 4). Хорошо известны также проблемы ведения беременности у пациенток, страдающих антифосфолипидным синдромом. Эта системная патология оказывает негативное влияние как на организм матери (вызывая тромбозы мелких и крупных сосудов), так и на развитие плода (акушерский анамнез женщин с антифосфолипидным синдромом, как правило, отягощен привычным невынашиванием – выкидышами и внутриутробной гибелью плода). На ранних сроках беременности пациентки с антифосфолипидным синдромом должны получать низкомолекулярный гепарин. При этом следует понимать, что препарат назначается не для профилактики тромбозов, а для связывания антифосфолипидных антител, которые представляют опасность для развития плода. Низкомолекулярный гепарин должен назначаться исключительно при наличии показаний, поскольку он увеличивает риск развития кровотечений в ро-

дах. Для регуляции иммунного ответа беременных пытались использовать кортикостероиды, однако от этой практики пришлось отказаться из-за частого развития побочных эффектов (прежде всего, артериальной гипертензии, гестационного сахарного диабета и преждевременных родов).

Заключение

В рамках семинара были рассмотрены наиболее актуальные проблемы гинекологии: нарушения менструального цикла в репродуктивном возрасте, принципы назначения ЗГТ в период менопаузы, профилактика воспалительных заболеваний влагалища, предупреждение преждевременных родов. Эксперты в своих докладах подчеркивали необходимость назначения препаратов, эффективность и безопасность которых подтверждена клиническими исследованиями. Так, например, дидрогестерон (Дюфастон®), применяемый для коррекции прогес-

Наиболее важным в ведении пациенток с преждевременными родами в анамнезе, по мнению профессора А.В. Соловьевой, является прегравидарная подготовка и правильное ведение I триместра беременности. В данном случае совершенно оправдано использование гестагенов, например дидрогестерона (Дюфастон®). Последний, в свою очередь, не только способствует коррекции прогестерон-дефицитных состояний до и во время беременности, но и характеризуется иммунотолерантным действием, блокирует действие натуральных киллеров и обладает решающим значением для успешной имплантации и благоприятного течения беременности⁴. Дидрогестерон обладает высоким профилем безопасности: не влияет на гемостаз и не оказывает нежелательных гормональных эффектов, так как связывается только с рецепторами прогестерона. Профессор А.В. Соловьева подчеркнула, что прогестерон на 35% снижает вероятность преждевременных родов, поэтому препараты прогестерона и его агонистов могут и должны назначаться пациенткам, находящимся в группе высокого риска по данному показателю.

тероновой недостаточности уже на протяжении 40 лет, хорошо рекомендовал себя в клинической практике. Дюфастон® разрешен для применения как для лечения гинекологических заболеваний, так и во время беременности. Патогенетически обусловлено включение в комплексную терапию бактериальных вагинозов такого препарата на основе органических кислот, как Вагинорм-С®. Такая схема терапии позволяет добиться быстрого и устойчивого терапевтического эффекта, что подтверждено рядом клинических испытаний. ☺

⁴ Di Renzo G.C., Mattei A., Gojnic M., Gerli S. Progesterone and pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 17. № 6. P. 598–600.

акушерство



Российская научно-практическая конференция с международным участием

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

23–24 апреля 2013

Центральный Дом Ученых РАН
Москва, Пречистенка, 16

Цель конференции – укрепление преемственности и междисциплинарного взаимодействия врачей различных специальностей с целью повышения качества оказания дерматовенерологической и косметологической помощи

Почетные гости: *Gregory Altshuler, Frederic S. Brandt, Deffrey S. Dover, Jeremy B. Green, Omer Ferid Saracoglu*

Председатель конференции: *Егорова Ирина Аскольдовна, и.о. начальника Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ*

Заместитель председателя конференции: *Липова Елена Валерьевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, микологии и косметологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, научный руководитель по дерматовенерологии, микологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ*

Президиум научно-консультативного комитета: *В.И. Покровский, Л.В. Адамян, Н.Н. Потеев, В.Е. Радзинский, А.И. Неробеев, Н.Н. Миланов*

Основные темы конференции:

- ✔ современная дерматология: достижения и перспективы;
- ✔ кожные проявления внутренних болезней;
- ✔ новообразования кожи и слизистых – тактика ведения, новые диагностические и лечебные возможности;
- ✔ микозы в общемедицинской и поликлинической практике;
- ✔ актуальные проблемы трихологии;
- ✔ диагностика и терапия инфекций, передаваемых половым путем: вопросы междисциплинарного взаимодействия;
- ✔ интимная пластика и эстетическая гинекология;
- ✔ косметология и пластическая хирургия: где заканчивается одно и начинается другое;
- ✔ эстетическая медицина: системный подход к коррекции возрастных изменений;
- ✔ современные технологии в косметологии;
- ✔ физиотерапия и санаторно-курортное лечение в эстетической медицине.

В рамках конференции планируется:

- ✔ выставка производителей медицинской техники, лекарственных препаратов и расходных материалов;
- ✔ пленарные и секционные заседания;
- ✔ мастер-классы;
- ✔ выдача сертификатов участника конференции;
- ✔ издание материалов конференции.

К участию приглашаются:

**дерматовенерологи, дерматологи,
микологи, онкодерматологи, трихологи,
челюстно-лицевые хирурги,
пластические хирурги,
гинекологи, урологи**

Участие для врачей бесплатное.

Регистрация участников:

Для участия в конференции Вам необходимо зарегистрироваться на сайте www.medq.ru

Заявки на публикацию тезисов и/или статей принимаются до 20 марта 2013 г.

Контакты для справок: +7(495) 614-40-61, 614-43-63, medicinet@mail.ru

Подробная информация о конференции на сайте www.medq.ru.

Вагинальные пессарии: за и против

В рамках симпозиума, прошедшего при поддержке компании «Пенткрофт Фарма», были рассмотрены вопросы эффективности и безопасности применения вагинальных пессариев у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью, а также у женщин с опущением органов малого таза и тазовыми расстройствами. Ведущие эксперты акушеры-гинекологи, опираясь на данные исследований, подтвердили возможность использования пессариев в качестве альтернативы хирургическому лечению.



К.м.н.
Н.Ю. Сакварелидзе

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из самых распространенных причин досрочного прерывания беременности. Предотвратить невынашивание беременности, спровоцированное ИЦН, можно путем как консервативных, так и хирургических методов лечения. Одним из методов консервативной коррекции ИЦН является введение акушерского пессария. Показаниями для использования пессария, помимо наличия

Использование акушерских пессариев – методы диагностики истмико-цервикальной недостаточности

ИЦН на сроке гестации более 20 недель, могут быть профилактика несостоятельности шва при хирургической коррекции ИЦН, наличие в анамнезе поздних самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, рубцовая деформация шейки матки, многоплодная беременность. Оптимальным сроком введения пессария считается 17–34-я неделя гестации.

К.м.н. Н.Ю. САКВАРЕЛИДЗЕ познакомил участников симпозиума с результатами рандомизированного исследования, проведенного группой авторов на базе родильного дома № 15 г. Москвы, специализирующегося на оказании помощи женщинам с угрозой невынашивания беременности. Целью исследования были оценка эффективности применения серкляжного пессария для профилактики невынашивания беременности, а также разработка рекомендаций,

позволяющих сократить число не всегда обоснованных госпитализаций. В исследовании приняли участие 247 беременных, которые были рандомизированы на три группы: со сроком гестации 19–21 неделя (n = 74), 22–27 недель (n = 128), 28–34 недели (n = 45).

Алгоритм обследования включал в себя обязательное ультразвуковое исследование в двух позициях (лежа и стоя), влагалищное, бактериоскопическое и бактериологическое исследование, измерение pH влагалища, цервикальный тест. По мнению Н.Ю. Сакварелидзе, проведение балльной оценки степени ИЦН по шкале Штембера позволяет более точно устанавливать диагноз, «и при сумме баллов 7–8 можно с уверенностью говорить о наличии истмико-цервикальной недостаточности». Н.Ю. Сакварелидзе подчеркнул, что беременным, входящим в группу риска (стра-

Симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

Таблица 1. Принципы подбора пессариев в зависимости от клинической ситуации

Клинические ситуации, включая трансвагинальную сонографию	Верхний диаметр пессария, мм		Нижний диаметр пессария, мм		Высота пессария, мм			
	32	35	65	70	17	21	25	30
Короткая шейка, II триместр, одноплодная, нет конизации, первые роды	√		√			√		
Короткая шейка, II триместр, одноплодная, нет конизации, последующие роды	√			√		√		
Короткая шейка, II триместр, одноплодная, конизация, первые роды		√	√			√		
Короткая шейка, II триместр, одноплодная, конизация, последующие роды		√		√		√		
Короткая шейка, II триместр, многоплодная, нет конизации, первые роды	√		√				√	
Короткая шейка, II триместр, многоплодная, нет конизации, последующие роды	√			√			√	
Короткая шейка, II триместр, многоплодная, конизация, первые роды		√	√				√	
Короткая шейка, II триместр, многоплодная, конизация, последующие роды		√		√			√	

дающим привычным невынашиванием), необходимо регулярно проводить мониторинг состояния шейки матки: с 12-й недели беременности – при подозрении на посттравматическую ИЦН, с 16-й недели – при подозрении на функциональную ИЦН. Всем беременным, принимавшим участие в исследовании, была рекомендована установка акушерских пессариев. Н.Ю. Сакварелидзе указал на основные ошибки, которые допускают врачи при назначении акушерских пессариев. Среди них: неправильное введение пессария, санация влагалища альдегидсодержащими средствами (между тем можно рекомендовать средства на основе хлора, например, на основе хлоргексидина), санация специфическими препаратами на основании бакте-

риоскопического мазка на флору, взятого «из одной точки». На сегодняшний день нет единых рекомендаций по поводу того, какие пессарии и при каких случаях следует применять. Опираясь на собственный опыт, Н.Ю. Сакварелидзе отметил, что при введении пессария маленького размера физиологическая сакрализация

шейки матки не достигается. Оптимальным размером пессария и для перво-, и для повторнородящих женщин является 65/30/35 мм. Однако подбор пессария в каждом случае должен осуществляться индивидуально в зависимости от клинической ситуации (табл.). Н.Ю. Сакварелидзе также напомнил о необходимости предуп-

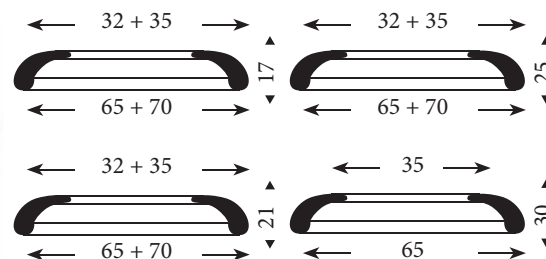


Рис. 1. Перфорированный акушерский пессарий и его размеры

акушерство

реждать беременных пациенток об усилении оттока продуктов вагинальной секреции после введения пессария. В ходе исследования беременным пациенткам вводились пессарии немецкой компании «Др. Арабин» (дистрибьютор в России – компания «Пенткрофт Фарма»). Предпочтение отдавалось перфорированным пессариям (тип ASQ), которые обеспечивают лучший отток отделяемого при повышенной вагинальной секреции (рис.).

Исследование показало, что применение акушерского пессария позволило пролонгировать беременность до предполагаемого срока родов у 170 из 247 пациенток (70,8%). В 15 случаях отмечалось преждевременное излитие вод, в половине из них (7 случаев) в посевах был высеян гемолитический стрептококк. Однако, как потом

Внедрение метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности у пациенток с риском невынашивания беременности с помощью введения акушерского пессария в амбулаторных условиях позволило исключить их неоправданную госпитализацию, а также необходимость хирургического вмешательства.

было выявлено, ни до, ни после введения серкляжного пессария микрофлора цервикального и уретрального каналов не менялась. Следовательно, при нормальной микроскопической картине беременным можно рекомендовать использовать акушерский пессарий, не дожидаясь результатов бактериологического исследования на наличие стрептококков.

«Главным итогом проведенного исследования стало внедрение метода коррекции ИЦН у пациенток с риском невынашивания беременности с помощью введения акушерского пессария в амбулаторных условиях, полностью исключая их неоправданную госпитализацию, а также необходимость хирургического вмешательства», – констатировал в заключение Н.Ю. Сакварелидзе.



Профессор
И.А. Аполихина

Как отметила в начале своего выступления д.м.н., профессор И.А. АПОЛИХИНА (руководитель гинекологического отделения восстановительного лечения и дневного стационара ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова»), проблема опущения тазовых органов и тесно связанная с ней проблема недержания мочи имеют важное не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Согласно данным эпидемиологических исследований,

Урогенитальные нарушения у женщин. Использование урогинекологических пессариев

каждая 3-я женщина в Москве в возрасте от 25 до 74 лет и каждая 4-я в мире страдает недержанием мочи; каждая 11-я женщина в мире оперируется по поводу опущения органов малого таза, причем каждая 3-я пациентка переносит хирургическое вмешательство повторно.

Прежде чем приступить к лечению пациентки с опущением органов малого таза, необходимо определить степень пролапса, для чего во всем мире принято использовать современную высокоинформативную шкалу POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification – система количественной оценки пролапса тазовых органов). Система POP-Q включает в себя 6 анатомических ориентиров (проксимальная и дистальная части передней и задней влагалищных стенок, шейка матки и задний свод влагалища). Степень пролапса оценивается относительно гимена.

При пролапсе I и II степеней пациенткам рекомендуется консервативное лечение, при II и более степенях показано оперативное вмешательство. Консервативное лечение подразумевает, прежде всего, поведенческую терапию. В нее входят соблюдение гигиены, диеты, контроль за работой кишечника, мочеиспускание по времени, тренировка мышц тазового дна, в том числе и в режиме биологической обратной связи, а также использование пессариев. Так, эффективность лечения стрессового недержания мочи с помощью пессариев в среднем составляет от 46 до 94%.

Применение пессариев для лечения опущения органов малого таза и тазовых расстройств было описано еще Гиппократом. В конце XVI века Амбруз Парэ впервые предложил использовать кольцевые пессарии. В XVII веке голландский хирург Хендрик ван

Симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

Девентер дал подробное описание 4 типов колец, которые изготавливались из дерева, пробки, серебра и золота, а также указание по их введению. В 1783 г. появляются каучуковые пессарии, которые в 1950 г. были заменены на пластиковые. С 1990 г. для изготовления пессария используется силикон высокого качества – гибкий материал, который позволяет правильно адаптировать местоположение пессария, благодаря чему его легко использовать.

В настоящее время в клинической практике применяются около 20 различных видов пессариев. Различают две основные формы пессариев с различными механизмами действия: при I–III степени опущения органов малого таза применяют поддерживающие пессарии (кольцо, толстое кольцо, уретральный пессарий (с леватором), чашеобразный) (рис. 2), при IV степени – заполняющие внутреннее пространство (толстое кольцо, кубический, грибовидный) (рис. 3). Классическим видом считаются кольцевые пессарии, которые используются с 1992 г. (рис. 4). Профессор И.А. Аполихина отметила, что различные виды пессариев имеют свои особенности использования. Так, пессарии с открытым внутренним пространством не рекомендуется использовать при выраженном опущении гениталий, поскольку в этом случае матка может «выдавливаться» через отверстие. При опущении органов малого таза эффективнее применять закрытые перфорированные чашеобразные пессарии (рис. 2). Конфигурация уретральных пессариев (рис. 5), направленная на смещение везикоуретрального угла, позволяет использовать их не только с терапевтической, но и с диагностической целью.

Использование пессариев становится основным методом лечения у пожилых женщин с сопутствующими заболеваниями, которым

нельзя провести операцию, а также у пациенток, категорически отказывающихся оперироваться, то есть показаниями к назначению пессариев являются случаи, когда проведение хирургического вмешательства невозможно или его необходимо отсрочить. Введение пессария также показано при планировании или во время беременности, для диагностики и лечения стрессового недержания мочи и в качестве метода диагностики и предикции эффективности оперативного вмешательства.

Имеются и определенные противопоказания для использования пессариев – это узкое влагалище, острые инфекции вульвы, влагалища, шейки матки, воспалительные заболевания таза, влагалищные кровотечения неясной этиологии, гиперчувствительность к латексу, сексуальная активность и отсутствие возможности самостоятельно извлечь пессарий. «Врачу следует обязательно предупредить пациентку, что сексуальная жизнь во время использования пессария противопоказана. Женщину необходимо обучить технике введения и удаления пессария, чтобы она могла самостоятельно извлечь его перед половым актом», – пояснила профессор И.А. Аполихина.

Согласно данным ряда исследований по изучению морфологических изменений при использовании пессариев, они изменяют размеры влагалища и способны задерживать прогрессирование опущения органов малого таза. Профессор И.А. Аполихина подчеркнула, что результаты метаанализов подтверждают улучшение анатомо-функциональных характеристик и повышение качества жизни женщин, использующих пессарии. Так, через 1–2 года 61% пациенток, использующих пессарии, были удовлетворены результатами; 40% выразили желание применять их и далее. Через 3 месяца после введения пессария размеры по-



Рис. 2. Поддерживающие пессарии: толстое кольцо и чашечный



Рис. 3. Пессарии, заполняющие внутреннее пространство: кубический, грибовидный



Рис. 4. Пессарий кольцо

Рис. 5. Пессарий уретральный

Результаты метаанализов подтверждают улучшение анатомо-функциональных характеристик и повышение качества жизни женщин, использующих вагинальные пессарии. Через 1–2 года 61% пациенток, применяющих пессарии, были удовлетворены результатами; 40% выразили желание применять их и далее.



Рис. 6. Техника введения пессария



Рис. 7. Техника удаления пессария

ловой щели у женщин в среднем уменьшились с 4,8 до 3,9 см, после 1 года их использования у 21% пациенток уменьшилась степень опущения органов малого таза по системе POP-Q.

Как отметила профессор И.А. Аполихина, изменения данных уродинамического исследования при применении пессария сходны с послеоперационными, поэтому благодаря использованию пессария можно оценить эффективность возможной операции.

Вместе с тем практическое применение пессариев может сопровождаться рядом осложнений, наиболее частыми из которых являются эрозия и влажные раздражения. Использование пессария иногда сопровождается бактериальным вагинозом, актиномикозом. В единичных случаях могут наблюдаться и такие серьезные осложнения, как перфорация кишечника или мочевого пузыря, ущемления, в том числе и шейки матки, гидронефроз, обструкция кишечника и др. Безусловно, предупредить риск развития осложнений помогают адекватный подбор пессария наиболее оптимальной формы, его правильное введение и эксплуатация (рис. 6, 7).

Один пессарий пациентка может использовать длительное время – максимальная продолжительность ношения составляет 21 день, после чего его необходимо извлечь, промыть проточной водой с мылом или другим антисептиком и вновь ввести во влагалище.

После первого введения пессария рекомендуется посетить врача через 2 недели, далее – через 3 месяца с последующим посещением каждые 3–5 месяцев. Женщинам в постменопаузальном периоде следует дополнительно назна-

чать локально эстриол. Им также полезно проводить инструктаж по предотвращению выпадения пессария во время дефекации, поскольку многие пожилые женщины страдают запором.

«Таким образом, вагинальные пессарии занимают ведущее место в лечении опущения органов малого таза. Залогом эффективности пессариев, безусловно, являются практические навыки», – подчеркнула профессор И.А. Аполихина, завершая выступление.

Заключение

Докладчики привели доказательства необходимости широкого применения в клинической практике вагинальных пессариев в качестве консервативного метода терапии ИЦН у беременных с угрозой выкидыша и у женщин с опущением органов малого таза и/или недержанием мочи. Использование пессариев при лечении ИЦН имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с хирургическим вмешательством, при этом саму процедуру можно выполнять в амбулаторных условиях, исключая необходимость

в госпитализации беременных женщин. Пессарии имеют важное значение в консервативном лечении опущения органов малого таза и тазовых расстройств. Эффективность лечения стрессового недержания мочи с помощью пессария, например, составляет от 46 до 94%. Данные многочисленных исследований показали, что качество жизни пациенток с опущением органов малого таза значительно улучшается уже через 18 месяцев после введения пессариев, более половины пациенток, применяющих пессарии, удовлетворены результатами. ❧

11-13 марта 2013 г.

Здание Мэрии г. Москвы
Москва, ул. Новый Арбат, 36



XII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОФАРМАКОЛОГИИ»

Программа конгресса ориентирована на широкий круг специалистов в области иммунологии и аллергологии, исследователей, медицинских работников, студентов, а также врачей общей практики и других специальностей, которые сталкиваются в своей практике с проявлениями аллергии и иммунопатологии.

В рамках конгресса с 11-13 марта пройдет тематическая выставка, на которой будут представлены современные лекарственные средства, диагностические системы и оборудование, изделия медицинского назначения, специализированные издания.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ КОНГРЕССА:

- Стандарты диагностики и лечения иммунопатологий и аллергии.
- Первичные и вторичные иммунодефициты.
- Аллергические заболевания дыхательных путей.
- Аллергические заболевания кожи.
- Иммунопатологии и аллергические заболевания в детском возрасте.
- Инфекции, иммунитет и аллергия.
- Рациональная фармакотерапия иммунопатологий и аллергических заболеваний.
- Иммуномодулирующая и иммуностропная терапия.
- Актуальные вопросы вакцинопрофилактики.
- Вопросы преподавания иммунологии и аллергологии в системе высшего и последипломного образования.

Дополнительная информация по научной программе
конгресса на сайтах www.raaci.ru; www.expodata.ru



On-line регистрация на конгресс www.expodata.ru

Оргкомитет: E-mail: expo_press@mail.ru, goudima@mail.ru
Тел.: (495) 617-36-43; (499) 616-48-82;
Факс: (495) 617-36-79

Cervix uteri – увидеть и понять

В рамках Международного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» при поддержке компании «Инвар» состоялся симпозиум, посвященный вопросам рациональной терапии хронических инфекций и нарушений биоценоза женских половых путей. Председатель симпозиума профессор В.Е. РАДЗИНСКИЙ (д.м.н., вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов) подчеркнул, что проблема полипрагазии в отношении лечения вагинальных инфекций не теряет своей актуальности. Он выразил надежду, что участие врачей в подобных симпозиумах, а также в новых образовательных программах позволит им выбирать оптимальную стратегию лечения инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний.



Профессор
Н.М. Подзолкова

Можно ли вылечить бактериальный вагиноз и вагинальные инфекции только с помощью антибактериальной или антисептической терапии без развития рецидива инфекции? По мнению д.м.н., профессора Н.М. ПОДЗОЛКОВОЙ (заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО), нор-

БИОС: от исследования к образовательной программе

мализация микрофлоры влагалища и профилактика рецидивов инфекций невозможны без восстановления биоценоза влагалища.

Широкомасштабное российское исследование БИОС (Сравнительная Оценка различных схем лечения вагинальных Бактериальных Инфекций неспецифической этиологии) подтвердило эффективность двухэтапной схемы лечения бактериального вагиноза. Терапия включала последовательное назначение антибактериальной и восстановительной терапии.

В исследовании приняли участие 640 пациенток, которые были разделены в соответствии с диагнозом на две группы: «бактериальный вагиноз» и «неспецифический вульвовагинит». Диагнозы были поставлены на основании клинической картины (жало-

бы пациентки, данные осмотра) и подтверждены лабораторно (наличие «ключевых» клеток, выраженность лейкоцитарной реакции и результаты посева отделяемого из половых путей).

Во время первого этапа (6–10 дней) пациентки с бактериальным вагинозом и неспецифическим вагинитом получали противомикробную терапию: только комбинированными препаратами, только антисептиками и только деквалиния хлоридом (препарат Флуомизин). Все подгруппы были сопоставимы по возрасту, наличию жалоб и сумме критериев Амсея.

Лечение бактериального вагиноза оказалось довольно эффективным, что подтверждает снижение количества «ключевых» клеток (рис. 1). Однако у части пациенток симптомы сохранялись: ос-

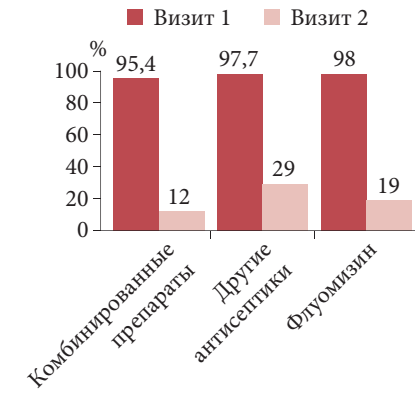
Симпозиум компании «Инвар»

тавались патологические выделения, а показатель рН значительно превышал нормальные значения (рис. 2). Высокую эффективность в терапии бактериального вагиноза продемонстрировал Флуомизин – антисептик широкого спектра действия для лечения вагинальных инфекций. Так, у пациенток, принимавших Флуомизин, в 93% случаев отсутствовали «ключевые» клетки в мазке. У пациенток с неспецифическим вульвовагинитом эффективность противомикробного лечения была выше в подгруппе женщин, получавших терапию Флуомизином (рис. 3). Однако и в этом случае по окончании первого этапа у пациенток сохранялись такие симптомы, как патологические выделения, зуд, дискомфорт, повышение количества лейкоцитов во влагалищном секрете. Таким образом, для полного выздоровления больных с бактериальным вагинозом и неспецифическим вагинитом курса противомикробной терапии недостаточно. Необходимо проведение восстановительного лечения. В этой связи пациенткам основной подгруппы был дополнительно назначен препарат Гинофлор Э. Препарат Гинофлор Э не только нормализует число лактобактерий, но и восстанавливает вагинальный эпителий благодаря содержанию микродоз эстриола. Контрольная подгруппа восстановительного лечения не получала. У пациенток с бактериальным вагинозом применение Гинофлора Э привело к достоверному улучшению клинической картины. На фоне применения Гинофлора Э нормализовалось количество лактобактерий в мазке (рис. 4). Аналогичные тенденции наблюдались у женщин с неспецифическим вагинитом, использовавших Гинофлор Э (рис. 5). В целом же у всех пациенток, которым была проведена антибактериальная и восстановительная терапия, результаты лечения были лучше по сравнению с пациентками, которым про-

ведена только противомикробная терапия. Таким образом, исследование БИОС доказало необходимость двухэтапной терапии бактериального вагиноза и неспецифического вагинита. На первом этапе исследования – назначение противомикробной терапии – была подтверждена высокая эффективность антисептика Флуомизина. Назначение пациенткам на втором этапе восстановительного лечения препарата Гинофлор Э приводило к достоверному улучшению микрофлоры влагалища и способствовало предупреждению риска развития рецидива заболевания. Профессор Н.М. Подзолкова рекомендовала врачам принять участие в образовательных программах, созданных при поддержке кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО и доступных в онлайн-режиме. Внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы требует от акушеров-гинекологов постоянного совершенствования своего профессионального уровня. Для врачей, у которых есть желание и потребность улучшать свои знания, была создана две образовательные программы: «БИОЦЕНОЗ» и новая программа Cervix uteri, которая стала доступна для участия в феврале 2013 г. В программе «БИОЦЕНОЗ» собраны все материалы по диагностике и лечению вагинальных инфекций, представлены практические рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины. Программа Cervix uteri посвящена заболеваниям шейки матки и включает 10 тем: от рассмотрения анатомо-физиологических особенностей и вариантов нормы шейки матки до профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний и ведения пациенток после лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН). В программе унифицирована тактика ведения пациенток по всем



Рис. 1. Динамика наличия «ключевых» клеток на фоне терапии у пациенток с бактериальным вагинозом



p = 0,0026

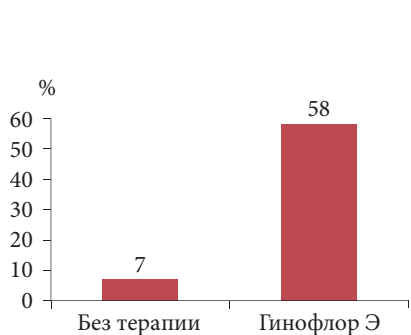
Рис. 2. Динамика патологических выделений у пациенток с бактериальным вагинозом



p = 0,025

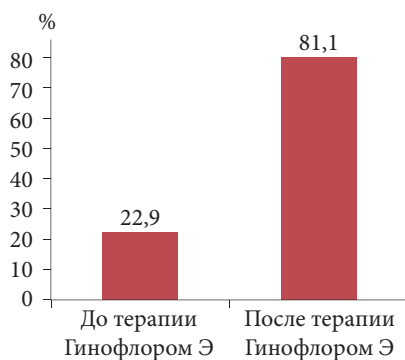
Рис. 3. Эффективность первого этапа терапии неспецифического вульвовагинита

гинекология



$p < 0,0001$

Рис. 4. Прирост числа пациенток с доминированием лактобактерий в группе Гинофлора Э и в группе без терапии



$p < 0,0001$

Рис. 5. Доля пациенток с доминированием лактобактерий до и после терапии Гинофлором Э

нозологиям, разбираются ситуационные задачи и клинические случаи. Врачам – участникам программы Cervix uteri также доступны видеозаписи кольпоскопических операций.

Время обучения каждый выбирает сам для себя, при этом у врача есть возможность вернуться к пройденному материалу, проверить свои знания, получить консультацию специалиста в режиме онлайн. Фактически проекты «БИОЦЕНОЗ» и Cervix uteri реализуют программу непрерывного обучения медицинских специалистов.



Профессор
М.Б. Хамошина

Как отметила д.м.н., профессор М.Б. ХАМОШИНА (кафедра акушерства и гинекологии РУДН), международный научный проект «Микробиом человека» (Human Microbiome Project, НМР) показал, что существуют реальные микробиологические предпосылки к развитию бактериального вагиноза.

Во-первых, во влагалище доминируют *Lactobacillus iners*, которые отличаются слабыми защитными свойствами. Во-вторых, во влагалищном биотопе был выявлен *Atopobium vaginae* – возбудитель, который в комбинации с *G. vaginalis* способствует развитию бактериального вагиноза, его тяжелому течению и рецидивам. В-третьих, инфекционные агенты устойчивы к антимикробным препаратам, а также склонны к образованию биопленок. Так,

Терапия вагинальных инфекций: международные реалии и российский опыт

G. vaginalis, наличие которой может свидетельствовать о бактериальном вагинозе, характеризуется большей патогенностью по сравнению с другими бактериями именно вследствие повышенной способности к образованию биопленок.

Имеено поэтому излечение вагинита и бактериального вагиноза представляет собой более сложную и многоуровневую задачу, чем было принято считать ранее. Лечение должно быть направлено не только на элиминацию патогенных микроорганизмов, создание оптимальной физиологической среды во влагалище, но и на восстановление нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища.

Идеальный препарат для лечения вагинальных инфекций должен обладать широким спектром действия, быть клинически эффективным, минимально влиять на биоценоз влагалища, хорошо переноситься и быть доступным по цене.

Врачи-гинекологи располагают достаточным количеством эффективных препаратов для лечения вагинальных инфекций. Однако отметим, что в наибольшей степени вышперечисленные качества присущи антисептику

для вагинального применения деквалиния хлориду (Флуомизин). Это подтверждается данными рандомизированных контролируемых исследований, имеющих высший уровень доказательности Ia (рис. 6).

Флуомизин разрешен к применению на любом сроке беременности, а его действующее вещество деквалиния хлорид уже на протяжении 20 лет отличается отсутствием резистентности. В микробиологическом исследовании группа авторов определяла МИС- и МВС-концентрации деквалиния хлорида в 28 пробах, содержащих 4 разновидности *Atopobium spp.* Данные исследования позволили сделать вывод, что деквалиния хлорид обладает антимикробным действием в отношении культуры *A. vaginae* в концентрации, сопоставимой с концентрацией для клиндамицина, и ниже концентрации, эффективной для метронидазола.

В 2010 г. И.Р. Вейссенбахер и соавт. провели одностороннее слепое, рандомизированное исследование с участием 321 женщины с диагнозом «бактериальный вагиноз». Методом случайной выборки пациенткам были назначены деквалиния хлорид вагинальные таблетки (10 мг) в течение 6 дней или

Симпозиум компании «Инвар»

клиндамицина вагинальный крем (2%) в течение 7 дней. Контроль осуществлялся на 7-й и 24-й день после завершения лечения.

Результаты исследования показали, что клинический уровень выздоровления в группах был сопоставим и деквалиния хлорид по эффективности не уступал клиндамицину, но клиндамицин вызывал вульвовагинальный кандидоз в 2,5 раза чаще, чем Флуомизин (рис. 7). Флуомизин хорошо переносился, не вызывал нежелательных системных реакций. Было подтверждено, что Флуомизин является приемлемым альтернативным препаратом для лечения бактериального вагиноза.

Данные исследований нашли отражение в вышедших в 2012 г. Рекомендациях акушеров-гинекологов Португалии, куда, наряду с метронидазолом и клиндамицином, в качестве альтернативной схемы был включен деквалиния хлорид (в виде вагинальных таблеток).

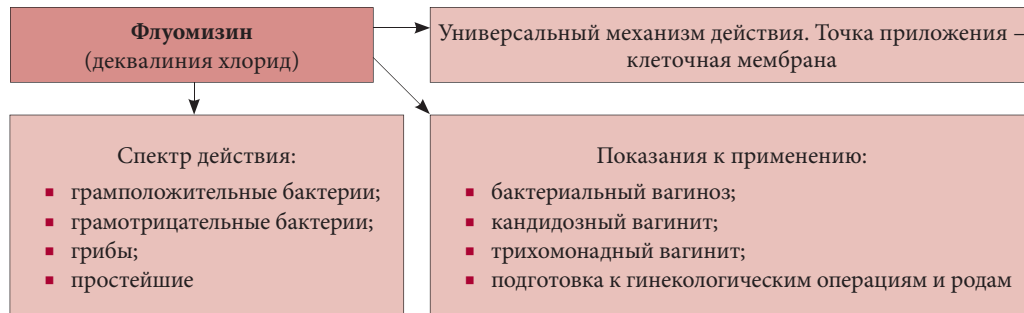


Рис. 6. Преимущества Флуомизина (деквалиния хлорида) – антисептика для вагинального применения (уровень доказательности – Ia).

Таким образом, Флуомизин – это универсальный антисептик с широким спектром действия, хорошо переносится, имеет минимум противопоказаний, разрешен к применению во время беременности и лактации. Его эффективность была подтверждена в отношении бактериального вагиноза и неспецифического вагинита как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях.

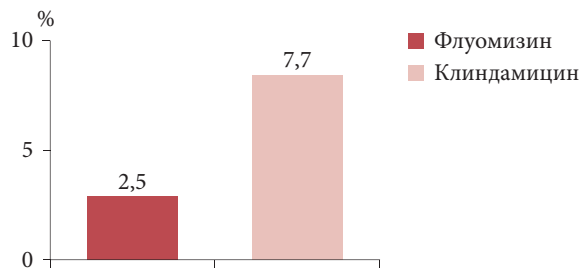


Рис. 7. Вероятность развития вульвовагинального кандидоза на фоне применения Флуомизина и клиндамицина

Тактика ведения молодых пациенток с клиническими проявлениями ВПЧ

Результатами собственного исследования, в котором изучались методы ведения молодых пациенток с проявлениями вируса папилломы человека (ВПЧ), поделилась А.В. ШАРГОРОДСКАЯ (ФГБУ «Эндокринологический научный центр»). Пациентки с ВПЧ входят в группу риска развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии, которая ассоциирована с папилломавирусной инфекцией высокого онкогенного риска.

В рамках профилактического осмотра были обследованы 460 девушек-студенток (средний возраст $22,4 \pm 2,04$ лет), общий период наблюдения составил порядка двух лет. Исследование проводилось в 4 этапа:

- I этап (n = 460) – первичный скрининг на ВПЧ, оценка факторов риска;

- II этап (n = 111) – обследование ВПЧ-позитивных (цитология, кольпоскопия);
- III этап (n = 36) – контроль на ВПЧ через 10–18 месяцев;
- IV этап (n = 25) – оценка результатов лечения препаратом глицирризиновой кислоты (ЭПИГЕН-спрей Интим) через 6 месяцев.

Согласно данным первичного скрининга на ВПЧ высокого онкогенного типа, распространенность ВПЧ в цервикальном канале составила 36,9%, во влагалище – 35,6%, в анальной области – 27,6%. Известно, что факторами риска развития рака шейки матки являются ранний возраст начала половой жизни, высокий промискуитет, ИППП в анамнезе, дисбиоз влагалища, курение, прием гормональных контрацептивов более 5 лет, беременность



А.В. Шаргородская

и роды до 18 лет. Проанализировав анкеты участниц исследования, авторы подтвердили наличие у респонденток большинства факторов риска, которые способствуют развитию тяжелой неоплазии и рака шейки матки. Вторым этапом исследования показал наличие эктопии цилиндрического эпителия на шейке матки в 44% случаев. Обычно эктопия сопровождается воспа-

Таблица. Оценка эффективности препарата ЭПИГЕН-спрей Интим у молодых женщин с персистирующей папилломавирусной инфекцией (результаты ПАП-теста)

Результаты ПАП-теста	ЭПИГЕН-спрей Интим		Контроль	
	Исходно (n = 20)	Через 6 месяцев (n = 20)	Исходно (n = 31)	Через 10–16 месяцев (n = 31)
Норма	16%	45%	12,9%	16,1%
Цервицит	28%	10%	25,8%	19,4%
ASCUS	12%	5%	9,7%	19,4%
LSIL	40%	40%	51,6%	45,2%
HSIL	4%	0	0	0

ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) – атипичные клетки неопределенной значимости;

LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) – плоскоклеточное поражение шейки матки низкой степени;

HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesions) – плоскоклеточное поражение шейки матки высокой степени.

лительным процессом, который препятствует эпителизации и затрудняет адекватную диагностику клинических проявлений папилломавирусной инфекции. По данным литературы, у молодых женщин примерно в 40–50% случаев происходит спонтанная элиминация ДНК ВПЧ в течение 12 месяцев, у 70–80% – в течение 2–3 лет. В определенной степени это подтвердили и результаты третьего этапа исследования с участием 36 девушек, в рамках которого проводилась оценка клинических проявлений папилломавирусной инфекции. Так, у 38,9% молодых женщин в течение года произошла спонтанная элиминация ВПЧ, но какое-то время сохранялись признаки интраэпителиального поражения эпителия или специфичные для ВПЧ клетки «койлоциты». У девушек с персистирующей папилломавирусной инфекцией сохранялись атипичические изменения в ПАП-мазках.

В отношении нерожавших молодых женщин в возрасте до 25 лет с ВПЧ во всем мире в основном применяется наблюдательная тактика, поскольку у них высокая вероятность спонтанного рег-

ресса. На четвертом этапе исследования 25 девушкам с персистирующей папилломавирусной инфекцией было рекомендовано использовать препарат глицирризиновой кислоты (ЭПИГЕН-спрей Интим) – одно впрыски-

вание 2 р/сут, курс лечения – год. Результаты оценивались через 3 и 6 месяцев после начала терапии. Спустя 3 месяца на фоне лечения препаратом ЭПИГЕН-спрей элиминация ВПЧ наблюдалась у 24% молодых женщин, спустя 6 месяцев – у 36%. Результаты ПАП-теста показали снижение количества цервицитов на фоне лечения в 2 раза, у 29% пациенток показатели нормализовались (табл.).

Таким образом, тактика ведения молодых пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией наряду с наблюдением может включать дополнительное назначение ЭПИГЕН-спрея Интим. ЭПИГЕН-спрей Интим способствует элиминации ВПЧ и оказывает стойкое противовоспалительное действие на эпителий шейки матки и влагалища у молодых женщин с папилломавирусной инфекцией, что улучшает визуализацию при кольпоскопии и способствует более точной цитологической диагностике клинических проявлений ВПЧ.

Заключение

Бактериальный вагиноз и инфекционный вагинит остаются одними из наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний нижнего отдела половой системы. В этой связи не теряет актуальности поиск оптимальной тактики лечения этих состояний. Результаты первого российского исследования БИОС подтвердили необходимость проведения не только антибактериального лечения, но и восстановительной терапии.

Одним из препаратов, назначаемых в качестве противомикробной терапии при вагинозе и вагините, является антисептик Флуомизин. Доказано, что Флуомизин, помимо клинической эффективности, обладает широким спектром действия и хорошей переносимостью. Благодаря хо-

рошему профилю безопасности Флуомизин может назначаться беременным женщинам.

На восстановительном этапе лечения рекомендуется применение Гинофлора Э, который позволяет нормализовать микрофлору влагалища и предупредить риск развития рецидива заболеваний.

При папилломавирусной инфекции у молодых женщин с интраэпителиальными поражениями аногенитальной области легкой степени тяжести, наряду с тактикой наблюдения, можно рекомендовать применение ЭПИГЕН-спрея ИНТИМ. Использование ЭПИГЕН-спрея ИНТИМ создает условия для элиминации вируса ВПЧ и оказывает стойкое противовоспалительное действие на эпителий шейки матки и влагалища. ☺

Эпиген Интим

Естественная защита женщины
от папилломавирусной инфекции



50-80% сексуально активной молодежи инфицируются вирусом папилломы человека (ВПЧ) в течение 2-3 лет от начала половой жизни¹



86,3% пациенток перенесли деструктивное лечение заболеваний шейки матки в возрасте 17–35 лет⁴

Зарегистрированное показание к применению спрея Эпиген интим: профилактика остроконечных кондилом и патологий шейки матки, вызванных ВПЧ.²

Эпиген интим снижает риск стеноза цервикального канала и рубцовой деформации шейки матки.⁵

Заболевания шейки матки, ассоциированные с вирусом папилломы человека, встречаются у 21% беременных.³



Пик заболеваемости раком шейки матки отмечается в возрастной группе 45-54 года⁶



Эпиген интим спрей разрешен к применению в течение всего периода беременности и лактации.²

Эпиген интим спрей оказывает противовоспалительное действие,² что облегчает визуализацию стыков эпителия при кольпоскопическом обследовании.

Образовательная
он-лайн программа

подробности на сайте
www.cervix-uteri.ru



CERVIX UTERI
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ КАФЕДРЫ
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
ГБОУ ДПО РМАО



www.epigen.ru

1. Moscicki AB, Von Knebel Doeberitz M., Wentzensen N./ Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, USA, 2010

2. Действующая инструкция.

3. Русакевич П.С., Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика. / Издательство - Москва, "Медицинское информационное агентство", 2000

4. Аветисян Т.Г., Иवानян А.Н., Харитонова Л.И., Мелехова Н.Ю., Бельская Г.Д., Ячменев Н.П. Репродуктивная функция женщин после оперативного лечения заболеваний шейки матки // Международный конгресс:

«Практическая гинекология от новых возможностей к новой стратегии». – Москва, 2006. – С. 5.

5. Роговская С.И, Практическая кольпоскопия. Издательство «Геотар-медиа», 2011г.

6. Herrero R., Hildesheim A., Dratti C. et al JNCI J Natl Cancer Inst (2000) 92(6): 464-474., San Jose, Costa Rica



Литература

Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ, А.А. АГАДЖАНОВА, Т.Б. ИОНАНИДЗЕ Гемостатическая терапия при кровотечениях во время беременности

1. Van Oppenraaij R.H., Jauniaux E., Christiansen O.B. et al. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review // Hum. Reprod. Update. 2009. Vol. 15. № 4. P. 409–421.
2. Tower C.L., Regan L. Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population // Hum. Reprod. 2001. Vol. 16. № 9. P. 2005–2007.
3. de Lange N.M., Lancé M.D., de Groot R. et al. Obstetric hemorrhage and coagulation: an update. Thromboelastography, thromboelastometry, and conventional coagulation tests in the diagnosis and prediction of postpartum hemorrhage // Obstet. Gynecol. Surv. 2012. Vol. 67. № 7. P. 426–435.
4. Peitsidis P., Kadir R.A. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum // Expert Opin. Pharmacother. 2011. Vol. 12. № 4. P. 503–516.
5. Lindoff C., Rybo G., Astedt B. Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thrombo-embolic complications // Thromb. Haemost. 1993. Vol. 70. № 2. P. 238–240.
6. Баев О.Р. Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Активная или выжидательная тактика? // Акушерство и гинекология. 2011. № 6. С. 27–30.
7. Onwueteme O., Green D., Keith L. Postpartum hemorrhage management in 2012: predicting the future // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2012. Vol. 119. № 1. P. 3–5.
8. Куликов А.В., Мартиросян С.В., Обоскалова Т.А. Протокол неотложной помощи при кровотечении в акушерстве: методические рекомендации. Екатеринбург, 2010. 38 с.
9. Su L.L., Chong Y.S. Massive obstetric haemorrhage with disseminated intravascular coagulopathy // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2012. Vol. 26. № 1. P. 77–90.

Е.В. ШИХ, Л.Ю. ГРЕБЕНЩИКОВА Возможности применения витаминно-минерального комплекса Фероглобин- V_{12} для профилактики железодефицитных состояний у беременных женщин

1. Маталыгина О.А. Питание беременных и кормящих женщин, решенные и нерешенные проблемы // Вопросы современной педиатрии: научно-практический журнал Союза педиатров России. 2008. Т. 7. № 5. С. 58–70.
2. Тутельян В.А., Кукес В.Г., Фисенко В.П. Витамины и микроэлементы в клинической фармакологии. М.: Палей-М, 2001. 489 с.
3. Фофанова И.Ю. Обоснование и результаты лечения железодефицитной анемии у беременных с применением витаминно-минерального комплекса // Гинекология. 2002. Т. 4. № 2. С. 287–290.
4. Белоусов Ю.Б., Лепяхин К.В., Кукес В.Г., Петров Р.В. Клиническая фармакология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 965.
5. Громова О.А. Перспективы витаминной и минеральной коррекции у беременных // Труды XII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (Лекции для практикующих врачей). М., 2004. С. 24–32.
6. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у женщин в различные периоды жизни // Атмосфера. Кардиология. 2008. № 2. С. 17–20.
7. Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Витамины в питании беременных // Гинекология. 2002. Т. 4. № 1. С. 18–23.

8. Ших Е.В., Ильенко Л.И. Клинико-фармакологические аспекты применения витаминно-минеральных комплексов при беременности. М.: Медпресс, 2007. С. 84.
9. Berkane N., Uzan S. The use of supplements in pregnancy // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004. Vol. 33. № 1. Suppl. P. 33–36.
10. Wolfe S.A., Gibson R.S., Gadowsky S.L., O'Connor D.L. Zinc status of a group of pregnant adolescents at 36 weeks gestation living in southern Ontario // J. Am. Coll. Nutr. 1994. Vol. 13. № 2. P. 154–164.
11. Irls Rocamora J.A., Iglesias Bravo E.M., Avilés Mejías S. et al. Nutritional value of the diet in healthy pregnant women. Results of a nutrition survey of pregnant women // Nutr. Hosp. 2003. Vol. 18. № 5. P. 248–252.
12. Grischke E.M. Nutrition during pregnancy: current aspects // MMW. Fortschr. Med. 2004. Vol. 146. № 11. P. 29–30, 32.

О.И. МИХАЙЛОВА, Т.Б. ЕЛОХИНА, А.А. БАЛУШКИНА Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных

1. Шехтман М.М. Акушерская нефрология. М., 2000. 256 с.
2. Duarte G., Marcolin A.C., Quintana S.M., Cavalli R.C. Urinary tract infection in pregnancy // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008. Vol. 30. № 2. P. 93–100.
3. Серов В.Н., Тютюнюк В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение // РМЖ. 2008. № 1. С. 10–14.
4. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. 2008. № 1. С. 3–6.
5. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Пиелонефрит во время беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. № 6. С. 76–88.
6. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Панов В.О. и др. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов. М., 2009. 432 с.
7. Hill J.B., Sheffield J.S., McIntire D.D., Wendel G.D. Acute pyelonephritis in pregnancy // Obstet Gynecol. 2005. Vol. 105. № 1. P. 18–23.
8. Wagenlehner F.M., Hoyme U., Kaase M. et al. Uncomplicated urinary tract infections // Dtsch. Arztebl. Int. 2011. Vol. 108. № 24. P. 415–423.
9. Kazemier B.M., Schneeberger C., De Miranda E. et al. Costs and effects of screening and treating low risk women with a singleton pregnancy for asymptomatic bacteriuria, the ASB study // BMC Pregnancy Childbirth. 2012. Vol. 12. P. 52.
10. Kovavisarath E., Vichairpruck M., Kanjarahareutai S. Risk factors related to asymptomatic bacteriuria in pregnant women // J. Med. Assoc. Thai. 2009. Vol. 92. № 5. P. 606–610.
11. Schnarr J., Smail F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy // Eur. J. Clin. Invest. 2008. Vol. 38. Suppl. 2. P. 50–57.
12. Nwoko R., Plecas D., Garovic V.D. Acute kidney injury in the pregnant patient // Clin. Nephrol. 2012. Vol. 78. № 6. P. 478–486.
13. Jolley J.A., Wing D.A. Pyelonephritis in pregnancy: an update on treatment options for optimal outcomes // Drugs. 2010. Vol. 70. № 13. P. 1643–1655.
14. Sharma P., Thapa L. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective study // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 47. № 4. P. 313–315.
15. Kladský J. Urinary tract infections in pregnancy: when to treat, how to treat, and what to treat with // Ceska Gynecol. 2012. Vol. 77. № 2. P. 167–171.
16. Баев О.Р., Лебедской-Тамбиев А.А. Значение исследования почечной гемодинамики при лечении беременных с пиелонефритом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. Т. 6. № 2. С. 5–10.
17. Довлатян А.А. Интенсивная терапия при осложненных формах гнойного пиелонефрита беременных // Урология. 2008. № 2. С. 10–14.



Литература

18. *Smaill F.* Asymptomatic bacteriuria in pregnancy // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2007. Vol. 21. № 3. P. 439–450.
19. *Vazquez J.C., Abalos E.* Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 19. № 1. CD002256.
20. *Widmer M., Gülmezoglu A.M., Mignini L., Roganti A.* Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 7. № 12. CD000491.
21. *Кулаков В.И., Анкирская А.С., Страчунский Л.С. и др.* Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2004. Т. 6. № 3. С. 218–223.
22. *Calegari S.S., Konopka C.K., Balestrin B. et al.* Results of two treatment regimens for pyelonephritis during pregnancy and correlation with pregnancy outcome // *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012. Vol. 34. № 8. P. 369–375.
23. *Костава М.Н.* Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта // *Гинекология.* 2000. Т. 2. № 3. С. 89–91.
24. *Workowski K.A., Berman S.M.* Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 // *MMWR Recomm. Rep.* 2006. Vol. 55. P. 62–67.
25. *Нестерова И.В.* Стратегия и тактика иммунотерапии вторичных иммунодефицитов с инфекционным синдромом // *Вестник МЕДСИ.* 2009. № 3. С. 24–32.
26. *Rhodes J.* Discovery of immunopotentiatory drugs: current and future strategies // *Clin. Exp. Immunol.* 2002. Vol. 130. № 3. P. 363–369.
27. *Роговская С.И., Подзолкова Н.М., Оламова А.* Генитальные кондиломы: терапия и профилактика // *Врач.* 2010. № 12. С. 48–51.
28. *Кунцевич Л.Д., Шibaева Е.В., Комарова В.Д. и др.* Значение местного применения индукторов интерферона в комплексном лечении женщин с папилломавирусной инфекцией // *Акушерство и гинекология.* 2010. № 6. С. 49–53.

Э.Р. ДОВЛЕТХАНОВА

Современный взгляд на возможности терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий у женщин

1. Подготовка к внедрению вакцины против ВПЧ в Европейском регионе: стратегический документ. ВОЗ, 2008 // www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98747/E91432R.pdf.
2. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. М.: Медлит, 2004. 272 с.
3. *Киселев В.И., Аполихина И.А., Муйжнек Е.Л., Денисова Е.Д.* Патогенетические подходы к лечению ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки // *Патология шейки матки и генитальные инфекции.* М.: МЕДпресс-информ, 2008. С. 87–93.
4. Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей / под ред. Г.Т. Сухих и В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2012. С. 20–36, 79–86.
5. *Долгушина В.Ф., Ахматова А.Н., Телешева Л.Ф., Абрамовских О.С.* Персистенция папилломавирусной инфекции у женщин с хроническим цервицитом // *Уральский мед. журнал.* 2010. № 3. С. 91–94.
6. *Молочков В.А., Киселев В.И., Рудых И.В., Щербо С.Н.* Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей. М.: Русский врач, 2004. С. 44.
7. *Новиков А.И., Кононов А.В., Ваганова И.Г.* ИППП и экзоцервикс. М.: Медицина, 2002. 174 с.
8. *Russomano F., Reis A., Camargo M. et al.* Efficacy in treatment of sub-clinical cervical HPV infections without intraepithelial neoplasia: systematic review // *Sao Paulo Med. J.* 2000. Vol. 118. № 4. P. 109–115.
9. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции / под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс, 1999. 427 с.
10. *Уилкинсон Э.Д., Стоун И.К.* Заболевания вульвы: клиническое руководство. М.: Бино, 2009. С. 245.
11. *Сергиенко В.И.* Панавир в лечении вирусных инфекций // Сборник «Панавир». М., 2005. С. 51–86.
12. *Saslow D., Runowicz C.D., Solomon D. et al.* American cancer society guideline for early detection of cervical neoplasia and cancer // *CA Cancer J. Clin.* 2002. Vol. 52. № 6. P. 342–362.
13. IARC confirms efficacy of cervix cancer screening for women 25–65 in reducing mortality: press release № 151 // IARC WHO. 2004. www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2004/pr151.html.
14. *Nagai Y., Maehama T., Asato T., Kanazawa K.* Persistence of human papillomavirus infection after therapeutic conization for CIN 3: is it an alarm for disease recurrence? // *Gynecol. Oncol.* 2000. Vol. 79. № 2. P. 294–299.

И.А. АПОЛИХИНА, Ю.В. КУБИЦКАЯ

Применение тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи для лечения недержания мочи у женщин

1. *Bulmer P., Abrams P.* The unstable detrusor // *Urol. Int.* 2004. Vol. 72. № 1. P. 1–12.
2. *Bump R.C.* Discussion: Epidemiology of urinary incontinence // *Urology.* 1997. Vol. 50. № 6A. P. 15–16.
3. *Аполихина И.А.* Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 46 с.
4. *Лоран О.Б.* Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // *Материалы Пленума Правления Российского общества урологов.* М., 2001. С. 21–41.
5. *Пушкарь Д.Ю.* Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин // *Акушерство и гинекология.* 2000. № 1. С. 3–7.
6. *Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of International Continence Society // *Neurourol. Urodyn.* 2002. Vol. 21. № 2. P. 167–178.
7. *Neumann P.B., Grimmer K.A., Deenadayalan Y.* Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review // *BMC Women's health.* 2006. Vol. 28. № 6. P. 11.
8. *Wilson L., Brown J.S., Shin G.P. et al.* Annual direct cost of incontinence // *Obstet. Gynecol.* 2001. Vol. 98. № 3. P. 398–406.
9. *Devillers P., Mauroy B.* Rehabilitation of female urinary incontinence. Techniques and indications // *Prog. Urol.* 1997. Vol. 7. № 4. P. 683–693.
10. *Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В.* Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // *Урология.* 1999. № 5. С. 44–47.
11. *Аполихина И.А., Ромих В.В., Божедомов В.А.* Возможности и перспективы поведенческой терапии при недержании мочи у женщин на современном этапе // *Урология.* 2005. № 2. С. 3–7.
12. *Коган О.Г., Найдин В.Л.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. М., 1988. 304 с.
13. *Яковлев Н.М., Сметанкин А.А.* Новый методологический подход в функциональном лечении больных с двигательными нарушениями при помощи портагивных приборов с ЭМГ-БОС // *Биологическая обратная связь: нейромоторное обучение в клинике и спорте: сборник научных трудов.* 1991. Вып. 1. С. 3–30.



Литература

14. *Jacobson E.* Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in physiology and medical practice // Chicago: Univ. Chic. Press, 1929.
15. *Hay-Smith E.J., Vo K. et al.* Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women // *Cochrane Database Syst Rev.* 2001. № 1. CD001407.
16. *Малых А.Л., Кан Н.И.* Лечение хронического запора у детей и подростков с использованием немедикаментозных методов // *Гастроэнтерология: медицинский альманах.* 2011. № 2. С. 120–123.

Н.П. ГАВРИЛОВА, Н.А. ТАТАРОВА

Влияние комбинированного применения заместительной гормональной и гепатопротекторной терапии на показатели метаболизма в перименопаузе

1. *Репина М.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р.* Метаболический синдром у женщин: методические рекомендации / под ред. Э.К. Айламазян. СПб.: Издательство Н-Л, 2011. С. 6–7.
2. *Мамедов М.Н., Оганов Р.Г.* Эпидемиологические аспекты метаболического синдрома // *Кардиология.* 2004. Т. 44. № 9. С. 15–19.
3. *Кузнецова И.В., Якокутова М.В.* Влияние различных режимов заместительной гормональной терапии на показатели углеводного и липидного обмена // *Гинекология.* 2006. Т. 8. № 5–6. С. 8–11.
4. *Григорян О.Р., Андреева Е.Н.* Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. Альтернативные и дополнительные методы терапии в климактерии (обзор литературы) // *Гинекология.* 2011. Т. 13. № 3. С. 4–7.
5. *Trigatti B.L., Krieger M., Rigotti A.* Influence of the HDL receptor SRB-1 on lipoprotein metabolism and atherosclerosis // *Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol.* 2003. Vol. 23. № 10. P. 1732–1738.
6. *Jansen H., Verhoeven A.J., Sijbrands J.G.* Hepatic lipase: a pro- or anti-atherogenic protein? // *J. Lipid. Res.* 2002. Vol. 43. № 9. P. 1352–1362.
7. *Yasui T., Umino Y., Takikawa M. et al.* Effects of postmenopausal hormone therapy every day and every other day on lipid levels according to difference in body mass index // *Menopause.* 2005. Vol. 12. № 2. P. 223–231.
8. *Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю., Глухов Н.В.* Метаболический синдром у женщин. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. С. 274.
9. *Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Белоусова Л.Н., Петренко В.В.* Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром: единство патогенетических механизмов и подходов к лечению // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2008. № 2. С. 92–96.
10. *Селиверстов П.В., Скворцова Т.Э., Сафроненкова И.Г.* Влияние препарата Урсофальк на состояние гепатобилиарной системы и микробиоценоз кишечника у пациентов с желчнокаменной болезнью // *Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.* 2009. № 1. С. 139–144.
11. *Gabesz G.* Effect of ursodeoxycholic acid combined with statins in hypercholesterolemia treatment: a prospective clinical trial // *Rev. Clin. Esp.* 2004. Vol. 204. № 12. P. 632–635.
12. *Симаненков В.И., Саблин О.А., Лутаенко Е.А., Ильчишина Т.А.* Возможность применения урсодезоксихолевой кислоты (препарата «Урдокса») при дискинезиях желчевыводящих путей // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.* 2010. № 2–3. С. 23–26.

Е.А. ОСТРОВСКАЯ, Т.А. ДУДНИЧЕНКО

Контрацептивный выбор подростков и мотивы отказа от предохранения

1. *Булычева Е.С.* Проблема ИППП у подростков и пути ее решения // *Контрацепция и здоровье женщины.* 2001. № 2. С. 30–31.

2. *Воронова И.Ю.* Подростковая контрацепция // *Лечащий врач.* 2002. № 4. С. 58–60.
3. *Гуркин Ю.А., Суслонarov Л.А., Островская Е.А.* Основы ювенийного акушерства. СПб.: Фолиант, 2001. 352 с.
4. *Островская Е.А.* О мотивации к деторождению у подростков // *Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции по перинатальной психологии.* СПб., 2001. С. 89–94.
5. *Сливанкова Е.В., Татарова Н.А., Кобилянская В.А. и др.* Влияние гормональных контрацептивов, содержащих этинилэстрадиол и дезогестрел, на показатели системы гемостаза и уровень гомоцистеина у пациенток с ПМС // *Журнал акушерства и женских болезней.* 2007. Вып. 3. Т. LVI. С. 93–100.
6. *Ершов В.Н.* Медицинские и социальные проблемы репродуктивного здоровья девушек-подростков // *Контрацепция и здоровье женщины.* 2001. № 2. С. 25–26.
7. *Зернюк А.Д.* Современные девушки-подростки и современные методы контрацепции // *XI Европейский конгресс детских и подростковых гинекологов «Репродуктивное здоровье молодежи – здоровье следующих поколений»: материалы конгресса.* СПб., 2008. С. 32–33.
8. *Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченная Л.А.* Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин // *РМЖ.* 2007. № 22. С. 1651–1655.
9. *Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Таенкова А.А.* Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи // *РМЖ.* 2004. № 5. С. 341–346.
10. *Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской.* М.: Медпрессинформ, 2006. 399 с.
11. *Савельева И.С.* Контрацептивное поведение подростков // *Практическая гинекология (клинические лекции) / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской.* М.: МЕДпресс-информ, 2002. № 2. С. 535–545.
12. *Глебова Т.К., Филиппов О.С.* Медико-социальные аспекты половой жизни подростков // *Мать и дитя: материалы IV Российского форума.* М., 2002. С. 21–22.
13. *Горбуля С.С.* Клинико-функциональные, иммунологические особенности, эффективность, безопасность медикаментозного и хирургического прерывания беременности ранних сроков у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2000. 15 с.
14. *Хамошина М.Б.* Особенности сексуального поведения как фактора риска репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края // *Вестник дерматологии и венерологии.* 2006. № 3. С. 22–26.
15. *Яковлева Э.Б.* Акушерство и гинекология подросткового возраста. Донецк, 1997. С. 11–18.
16. *Kosunen E.A., Rimpela A.H., Rimpela M.K.* Sixteen-year-old oral contraceptive users in Finland, 1981–1993 // *Scand. J. Soc. Med.* 1995. Vol. 23. № 4. P. 236–241.
17. *Balassone M.L.* Risk of contraceptive discontinuation among adolescents // *J. Adolesc. Health.* 1989. Vol. 10. № 6. P. 527–533.
18. *Гуркин Ю.А., Кухнинова Л.Н.* Репродуктивные установки современных девушек-подростков // *Медлайн.* 2007. № 2. С. 30–35.
19. *Kirby D.* Sexuality education: an evaluation of programs and their effects. Santa Cruz, California: Network Publications, 1984. P. 13–18.
20. *Уварова Е.В.* Контрацепция у подростков // *Практическая гинекология (клинические лекции) / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской.* М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 546–568.
21. *Erickson P.I.* Contraceptive methods: do Hispanic adolescents and their family planning care providers think about contraceptive methods the same way? // *Med. Anthropol.* 1996. Vol. 17. № 1. P. 65–82.
22. *Линде В.А., Татарова Н.А.* Предменструальный синдром. СПб.: Гиппократ+, 2005. 216 с.

Открой свет жизни

На правах рекламы

дюфастон®

дидрогестерон

Созданный светом

ДЮФАСТОН®. МНН: дидрогестерон. **Регистрационный номер:** П N011987/01. **Показания к применению:** прогестероновая недостаточность. Состояния, характеризующиеся дефицитом прогестерона: эндометриоз; бесплодие, обусловленное лютеиновой недостаточностью; угрожающий или привычный выкидыш (при недостаточности прогестерона); предменструальный синдром; дисменорея, нерегулярные менструации; вторичная аменорея (в комплексной терапии с эстрогенами); дисфункциональные маточные кровотечения. Заместительная гормональная терапия: для нейтрализации пролиферативного действия эстрогенов на эндометрий в рамках ЗГТ у женщин с расстройствами, обусловленными естественной или хирургической менопаузой при интактной матке. **Противопоказания:** гиперчувствительность к дидрогестерону или другим компонентам препарата. **С осторожностью:** кожный зуд во время предшествовавшей беременности. В настоящее время нет данных об отрицательном действии дидрогестерона у пациентов с хронической почечной недостаточностью. **Применение во время беременности и лактации:** препарат может применяться во время беременности (см. показания к применению). Дидрогестерон выделяется с материнским молоком. Грудное вскармливание во время приема Дюфастона не рекомендуется. **Способ применения и дозы:** применяется внутрь. Эндометриоз: 10 мг 2-3 раза в день с 5-го по 25-й день цикла или непрерывно. Бесплодие (обусловленное лютеиновой недостаточностью): 10 мг в день с 14-го по 25-й день цикла в течение 6, как минимум, следующих друг за другом циклов. Лечение рекомендуется продолжать в первые месяцы беременности так, как это рекомендовано при привычном abortе. Угрожающий abort: 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Привычный abort: 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности, с последующим постепенным снижением дозы. Предменструальный синдром: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Дисменорея: 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день цикла. Нерегулярные менструации: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Аменорея: эстрогенный препарат 1 раз в день с 1-го по 25-й день цикла вместе с 10 мг Дюфастона 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Дисфункциональные маточные кровотечения (для остановки кровотечения): 10 мг 2 раза в день в течение 5 или 7 дней. Дисфункциональные маточные кровотечения (для предупреждения кровотечения): 10 мг два раза в день с 11-го по 25-й день цикла. ЗГТ в сочетании с эстрогенами: при непрерывной схеме приема эстрогенов – по 1 таб. дидрогестерона 10 мг в день в течение 14 дней в рамках 28-дневного цикла. При циклической схеме приема эстрогенов – по 1 таб. дидрогестерона 10 мг в день в течение последних 12-14 дней приема эстрогенов. Если биопсия или ультразвуковое исследование свидетельствует о недостаточной реакции на прогестагенный препарат, суточная доза дидрогестерона должна быть повышена до 20 мг. **Побочное действие:** головная боль/мигрень, повышенная чувствительность молочных желез, аллергические реакции, такие как кожная сыпь, зуд, крапивница. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.** **Передозировка:** при случайном приеме в дозе значительно выше терапевтической рекомендуется промывание желудка. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** индукторы микросомальных ферментов печени (фенобарбитал, рифампицин) могут ускорять метаболизм дидрогестерона и снижают эффект. **Особые указания:** у некоторых пациентов могут наблюдаться прорывные кровотечения, которые, могут быть предотвращены путем увеличения дозы препарата. В случае назначения дидрогестерона в комбинации с эстрогенами (например, для ЗГТ) следует внимательно ознакомиться с противопоказаниями и предупреждениями, связанными с применением эстрогенов. Во время лечения рекомендуется периодически проводить контроль индивидуальной переносимости ЗГТ. Иногда в течение первых месяцев лечения возможно возникновение прорывных кровотечений. Пациентов следует тщательно обследовать при наличии в анамнезе прогестерон-зависимой опухоли (например, менингиомы), а также в случае ее прогрессирования во время беременности или в течение предшествовавшей гормональной терапии. Пациентам с генетически обусловленной непереносимостью галактозы, недостаточностью лактазы или синдромом мальабсорбции не следует принимать данный препарат. **Срок годности:** 5 лет. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов.**

125171, Москва, Ленинградское шоссе, дом 16а, строение 1,
бизнес-центр «Метрополис»
Тел.: +7 (495) 258 42 80
Факс: +7 (495) 258 42 81
www.abbott-russia.ru

2012/07-987

 **Abbott**
A Promise for Life