

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в акушерстве и гинекологии

№4

август 2009

Бактериальный вагиноз

Терапия климактерического синдрома

Диагностика и лечение синдрома
задержки роста плода

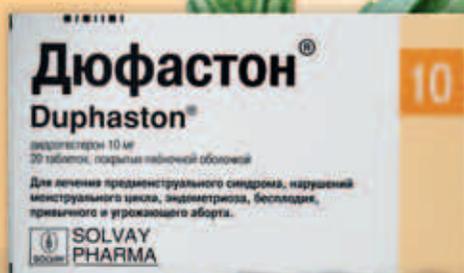
Тема номера:

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИППП



Дюфастон®
Дидрогестерон

Создан для успешной беременности



- ✓ Чистое прогестагенное действие
- ✓ Высокая эффективность в низких дозах
- ✓ Безопасен для матери и плода во время беременности

www.solvay-pharma.ru www.zdoroviedevochki.ru www.beremennost.info

На правах рекламы.



X Всероссийский научный форум

Мать и дитя



11-я Международная специализированная выставка оборудования и лекарственных препаратов для акушерства, гинекологии и неонатологии

**Охрана здоровья
матери и ребенка 2009**

29 сентября – 1 октября
Москва, Конгресс-центр ЦМТ

Организаторы научной программы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

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

Российское общество акушеров-гинекологов

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»



Тел.: 8 495 938 92 11 Факс: 8 495 938 24 58
e-mail: expo@mediexpo.ru www.mediexpo.ru

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



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

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

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

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

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

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

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

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

– **Медицинское страхование** в данной сфере.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

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

Специализированное распространение:

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

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

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

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



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

Редакция журнала

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

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

выпускающий редактор **В. Павлова**
(e-mail: redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

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

менеджер по организации конференций **А. Зайцева**

Редакционный совет

Н.В. Башмакова (Екатеринбург)

В.О. Бицадзе (Москва)

А.И. Гаспаров (Москва)

А.Л. Гриндич (Московская область)

А.Д. Макацария (Москва)

Л.И. Мальцева (Казань)

Л.Е. Мурашко (Москва)

В.И. Орлов (Ростов-на-Дону)

Т.Ю. Пестрикова (Хабаровск)

Н.М. Подзолкова (Москва)

В.Н. Прилепская (Москва)

В.Е. Радзинский (Москва)

Г. М. Савельева (Москва)

В.П. Сметник (Москва)

Г.В. Тамазян (Московская область)

А.Л. Тихомиров (Москва)

Контактная информация

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

Тираж 17 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
N 106-7705Л от 08.09.2005 г.

№ 4 август 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: диагностика и лечение ИППП

А.Л. Тихомиров
Современные особенности проблемных ИППП **6**

лечение ВПЧ-инфекции

**Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепская, С.И. Роговская, Т.Н. Бебнева,
Е.А. Межевитинова, А.М. Савичева, Н.П. Евстегнеева, Д.Д. Петрунин**
Применение интерферона-α в форме суппозитория для лечения
ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазии
низкой степени **14**

менопауза

Рассел С. Кирби
Применение препаратов на основе микронутриентов в альтернативной
терапии климактерического синдрома **22**

клинические исследования

Ю.Н. Кузнецова
Эффективность применения препарата Дазолик (орнидазол)
в терапии бактериального вагиноза **28**

клиническая эффективность

Г.Л. Доронин, М.В. Мазуркевич, О.О. Демина, А.А. Аристов
Современные аспекты диагностики и лечения синдрома задержки роста плода **32**

клинический случай

С.П. Синчихин, О.Б. Мамиев, С.Г. Магакян, А.В. Буров, Е.В. Пахлова
Редкое клиническое наблюдение: сочетание беременности
с гнойным воспалением придатков матки **36**

форум (конференции, выставки, семинары)

Осложненная беременность: терапия ради здоровья будущего малыша **40**

Современные аспекты коррекции микронутриентного статуса
у беременных женщин **48**

Образовательный проект «Здоровье России» в Екатеринбурге **54**

опыт регионов

Женщины Тверской области смогут чувствовать себя более защищенными.
*Интервью с главным специалистом-экспертом Департамента здравоохранения
Тверской области по акушерству и гинекологии Л.Ю. Гребеницковой* **56**

медицинские новости

Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии **62**

Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний **64**

Об опасности преждевременных родов можно узнать по слюне

Женщины с низкими концентрациями прогестерона между 24 и 34 неделями беременности имеют более высокую вероятность преждевременных родов, показали результаты исследования, проведенного британскими учеными. Доктор Люцилла Постон (King's College, Лондон) считает, что, так как слюна легко собирается, «было бы замечательно, если в будущем нам необходим был только маленький образец слюны беременной женщины чтобы оценить опасность ранних преждевременных родов». Исследователи проанализировали образцы слюны 92 женщин, 28 из которых родили до 37 недель беременности. Прогестерон слюны был значительно ниже (63%) у 12 женщин, которые родили

до 34 недели, чем у женщин, родивших в срок, или тех, которые родили между 34 и 37 неделями (57%).

Кроме того, эстриол/прогестероновое соотношение было выше у женщин, родивших до 34 недели, чем при родах между 34 и 37 неделями или в срок. Отношение и концентрации прогестерона были подобны у женщин, родивших в срок и с 34 по 37 недели. «Это маленькое, но многообещающее исследование, позволило предположить, что измерение прогестерона в слюне поможет в ранней идентификации женщин с высокой вероятностью преждевременных родов».

Источник: Medlinks.ru

MPT в диагностике эндометриоза

Усовершенствованный метод MPT позволит более точно диагностировать тяжелую форму эндометриоза, что избавит некоторых женщин от необходимости подвергаться инвазивной полостной операции на органах малого таза. По словам ученых, новый метод MPT под названием 3T MPT помог врачам исключить глубокий эндометриоз у 93% обследованных молодых женщин. Эндометриозом страдают 5 млн американок. В большинстве случаев участки эндометрия, расположенные вне матки, можно удалить лапароскопически, однако в тяжелых случаях, когда эндометрий обнаруживается на яичниках, фаллопиевых трубах или толстой кишке, необходима полостная операция, связанная с повышенным риском и более длительным восстановительным периодом.

Целью исследования, проведенного под руководством доктора Nathalie Hottat из Брюссельского свободного университета, стала проверка, позволит ли высокотехнологичная MPT точнее определять, кому из больных требуется полостная операция, а кому – нет.

Группа доктора Hottat обследовала с помощью 3T MPT 41 женщину в возрасте от 20 до 46 лет, у которых предполагался эндометриоз. Выявить глубокий эндометриоз удалось в 26 случаях из 27. Новая технология MPT позволила очень точно определить, каким женщинам эффективнее будет выполнить лапароскопическую операцию, исключив глубокий эндометриоз, требующий полостной операции, в 93% случаев.

Источник: Солвей Фарма

ВОЗ одобрила вторую вакцину от рака шейки матки

ВОЗ одобрила второй препарат для вакцинации от рака шейки матки. Рекомендации к повсеместному применению получил препарат Церварикс, выпускаемый компанией GlaxoSmithKline. Данное лекарство продается в 97 странах. Одобрение, полученное от ВОЗ, означает, что различные агентства ООН, а также благотворительные фонды смогут начать официальные поставки этого препарата для вакцинации населения развивающихся стран. Благотворительная организация Всемирный альянс по вакцинам и иммунизации (GAVI) в прошлом году установила приоритет в закупке препаратов для вакцинации населения 73 беднейших стран от рака шейки матки. По словам представителя организации Дэна Томаса, прежде всего иммунизация необходима в тех странах, где население не имеет возможности проходить раннюю диагностику заболевания.

Первой вакциной от рака шейки матки, одобренной ВОЗ, стал препарат Гардасил компании Merck. По мнению представителей организации, применение двух лекарств поможет спасти десятки тысяч жизней. По данным ВОЗ, ежегодно от рака шейки матки умирает около 280 тыс. женщин. Более 80% из них являются жительницами развивающихся стран.

Источник: Medportal.ru

Применение гормональных противозачаточных средств и риск цервикальной интраэпителиальной неоплазии

Результаты проведенного исследования позволили предположить, что применение гормональных противозачаточных средств не ассоциируется с повышенным риском цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) 1, 2-3 или более высоких степеней.

Было так же показано, что женщины, которые используют медروксипрогестерона ацетат (DMPA), могут иметь повышенный риск ВПЧ инфекции.

Тиффани Харрис (University of Washington, Seattle, USA) и соавторы выполнили два исследования типа «случай-контроль», включивших 458 ВПЧ-позитивных женщин с онкогенной гистологией, 107 ВПЧ- и гистологически негативных женщин, и 152 ВПЧ-позитивных женщин с отрицательной гистологией.

Среди ВПЧ-позитивных женщин с онкогенной гистологией использование DMPA в течение последних двух лет или дольше обратно пропорционально ассоциировалось с CIN 2-3 или более высоких степеней и CIN 1, по сравнению с женщинами, никогда не использовавшими DMPA (отношение шансов 0,4 и 0,1

соответственно). У женщин, которые были гистологически негативны, отмечалось 4,7-кратное увеличение шансов приобретения онкогенной инфекции ВПЧ с недавним применением DMPA в течение 1 года или дольше.

Однако использование комбинированных оральных контрацептивов не ассоциировалось с CIN или с обнаружением онкогенных штаммов ВПЧ. «Долгосрочное применение DMPA может уменьшить выраженность кольпоскопических и гистологических особенностей CIN, так как женщины, сообщающие о таком использовании, имеют более высокую вероятность, чем другие, наличия цервикальной онкогенной ВПЧ-инфекции без CIN», – заключают авторы.

«Если будет подтверждено, что DMPA делает цервикальные повреждения менее видимыми, необходимо рассмотреть другие подходы, например, такие как тест Папаниколау при выполнении кольпоскопии у женщин, использующих этот противозачаточный метод», – пишут исследователи.

Источник: Medlinks.ru

У женщин с поликистозом яичников повышены уровни липопротеина А и мелких плотных ЛНП

Еnrigo Carmina (University of Palermo, Италия) с коллегами объяснили актуальность своего исследования тем, что поликистоз яичников – это распространенная эндокринопатия женщин, развивающаяся у 10% женщин репродуктивного возраста. Поликистоз яичников вызывает не только нарушения репродуктивной функции, но также ассоциирован с повышением риска развития АГ, инсулинорезистентности и ожирения. В исследование включили 42 женщины, средний возраст 28 лет с поликистозом яичников и 37 женщин контрольной группы без этого заболевания. У 25% женщин с поликистозом выявляли повышение уровней липопротеина А (>30 мг/дл). Также в группе женщин с поликистозом яичников уровни

мелких плотных ЛНП и триглицеридов оказались выше, уровни ЛВП достоверно ниже, чем в группе контроля. Уровни общего холестерина, ЛНП и апопротеина В достоверно не различались.

Авторы пришли к заключению, что определение уровней липопротеина А у женщин с поликистозом яичников может способствовать оценке сердечно-сосудистого риска и коррекции терапии. Терапия первой линии должна включать снижение массы тела и повышение уровня физической активности, в то время как гиполипидемические препараты, такие как статины, никотиновая кислота и фибраты показаны пациентам с тяжелой дислипидемией. *Int J Clin Pract* 2008; 63: 56-62.

Источник: *Cardiosite.ru*

Эффективная терапия ВЗОМТ

Во Франции провели исследование по изучению эффективности комбинации левофлоксацина с метронидазолом при неосложненных воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ) и пришли к выводу, что данное сочетание препаратов при приеме в течение 14 дней может быть рекомендовано к применению в амбулаторной практике при неосложненных ВЗОМТ.

Неосложненные воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются часто встречаемым патологическим состоянием и вызываются многочисленными болезнетворными организмами: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Mycoplasma genitalium*, анаэробы. В настоящее время при данном патологическом состоянии рекомендуют пероральный прием препаратов, чаще рекомендованы офлоксацин с метронидазолом. Во Франции провели исследование по изучению эффективности комбинации левофлоксацина с метронидазолом при ВЗОМТ. В результате обследования были выявлены 10 случаев бактериального вагиноза, в 35 случаях выявлены патогенные микроорганизмы (12 – *E. coli*; 5 – *anaerobes*; 5 – *C. trachomatis*; 5 – *M. hominis*; 3 – *U. urealyticum*; 5 – others). Использовалась схема левофлоксацин в дозе 500 мг 1 раз в день и метронидазол в дозе 500 мг два раза в день перорально в течение 14 дней. Эффективность лечения оценивали через 4-6 недель от окончания терапии. Всего оценили состояние 37 пациентов, из них 27 были клинически здоровы, у 10 произошло существенное улучшение клинических параметров. Патологические бактерии не были выявлены ни у одного пациента. Таким образом, данный курс прием левофлоксацина с метронидазолом может быть рекомендован к применению в амбулаторной практике при неосложненных ВЗОМТ.

Источник: *Здоровье девочки*

Рекомендации по ведению беременных женщин, заразившихся вирусом гриппа H1N1

В журнале «The Lancet» опубликованы рекомендации по ведению беременных женщин, заразившихся вирусом гриппа H1N1.

В рекомендациях, касающихся тактики ведения беременных женщин с признаками инфекции, вызванной вирусом гриппа, указано, что о влиянии вируса гриппа штамма H1N1 на состояние плода практически ничего не известно, поэтому при появлении симптомов гриппа беременной женщине следует как можно раньше начать прием противовирусных препаратов. Наиболее эффективное действие оказывают препараты при условии их применения в первые 48 часов от момента появления симптомов гриппа. Врачи считают, что применение противовирусных препаратов превысит возможные риски влияния вируса на плод. Также рекомендовано до беременности проведение плановой иммунизации, но отмечается, что малое число женщин согласны на сезонную вакцинацию.

Источник: *Здоровье девочки*

Цитокиновые полиморфизмы и инфекция *C. trachomatis*

Определенные цитокиновые полиморфизмы, кажется, влияют на серьезность воспаления и повреждения труб у женщин с *Chlamydia trachomatis*-ассоциированным бесплодием, сообщают финские исследователи в выпуске «*Journal of Infectious Diseases*».

Доктор Хелья-Мария Сурцел (National Institute for Health and Welfare, Oulu) и коллеги отмечают, что в то время как передающаяся половым путем инфекция *C. trachomatis* может разрешиться без долгосрочных осложнений, некоторые женщины заболевают персистирующей инфекцией, которая может привести к повреждению труб. Иммуный ответ также влияет на течение болезни.

Изучая возможность вовлечения цитокиновых полиморфизмов, авторы обследо-

вали 114 женщин с трубным фактором бесплодия и 176 контрольных пациенток. Команда обнаружила, что риск серьезного повреждения труб был повышен с IL-10-1082 AA генотипом (отношение шансов – 7,3) и с TNF-альфа-308 A аллелем (отношение шансов – 4,0). «Генетическая предрасположенность к высокой экспрессии IL-10 и низкой экспрессии TNF-альфа», – говорят исследователи, «ассоциировалась с сильным воспалительным ответом и фиброзом фаллопиевых труб».

«Эта находка, – заключают авторы, – позволяет предположить, что различия в данных генах объясняют индивидуальные вариации в манифестации болезни *C. trachomatis*».

Источник: *Medlinks.ru*

А.Л. ТИХОМИРОВ
д.м.н., профессор,
МГМСУ

Современные особенности проблемных ИППП

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) является наиболее распространенной инфекцией, занимая большой удельный вес среди всех ИППП. В мире ежегодно регистрируется около 92 млн больных урогенитальным хламидиозом. При этом в США ежегодно регистрируется 5 млн новых случаев, в Западной Европе – 10 млн, в России – свыше 1,5 млн.

Удельный вес хламидийной инфекции среди ИППП по некоторым данным составляет 30-50%. Так урогенитальный хламидиоз встречается в 2-4 раза чаще, чем гонорея, в 7,5 раз чаще, чем сифилис.

По данным CDC, частота регистрации УГХ в США в 2005 г. составила 332,5 на 100 тыс. населения. По некоторым оценкам, в Российской Федерации в год заболевает УГХ от 1,5 до 2 млн человек, при этом в большинстве наблюдений этиологический диагноз болезни не устанавливается. По данным ВОЗ, в 35-50% случаев хламидийная инфекция протекает под маской других заболеваний.

По статистике Всероссийского центра по хламидиозам, хламидий-

ная инфекция диагностируется как:

- негонококковый уретрит – в 20-70%;

- постгонококковый уретрит – в 40-80%;

- цистоуретрит – в 30-40%;

- цервицит – в 30-50%;

- болезнь Рейтера – в 30-50%;

- сальпингит – в 20-30%;

- конъюнктивит – в 5-14%.

У 60% инфицированных хламидиями женщин увеличивается риск заражения ВИЧ, при этом штаммы ВИЧ-инфекции, выделенные от таких больных, более вирулентны.

Хламидии обнаруживают в 47% случаев при эктопии шейки матки. Имеются предположения, что гиперпластические процессы в шейке матки, вызываемые хламидиями, могут способствовать развитию опухолей. Так у женщин с неоплазией шейки матки хламидии обнаруживали в 8%, при цервикальном раке – в 18% случаев, а в группе контроля (здоровые женщины) – лишь в 1% случаев.

При бесплодии хламидии обнаруживают в 50-57% случаев. При этом наблюдают не только функциональные нарушения репродуктивной деятельности, но и вовлечение в

процесс систем регуляции гомеостаза иммунокомпетентные клетки и др.

Частота хламидийного инфицирования при трубном бесплодии составляет 41-54%. После первого случая хламидиоза риск трубного бесплодия возрастает на 10%, а после третьего – на 50%.

В бесплодных браках 50-55% мужчин стерильны, из них у 64% стерильность обусловлена УГХ. Хламидии могут вызвать бесплодие в результате прямого воздействия на сперматозоиды вследствие плотного прилипания хламидии к мужским гаметам, что препятствует оплодотворению яйцеклетки. Изучение состава незрелых половых клеток эякулята у больных УГХ выявило нарушение мейотических процессов в клетках-предшественниках сперматозоидов.

Некоторыми авторами отмечено, что развитие вторичного бесплодия у женщин при восходящей хламидийной УГИ наблюдается в 6 раз чаще, чем при гонорее.

При эктопической беременности *S. trachomatis* обнаруживают в 9-30% случаев. За последние годы отмечено увеличение числа хламидиоза беременных (10-40%) и новорожденных. Инфицированные женщины в 40-60% случаев передают инфекцию новорожденным.

В возрасте 15-19 лет УГХ диагностируется у 46%, в 20-24 лет – у 30%.

Уровень заболеваемости достаточно высок не только среди взрослого населения и подростков, ведущих активную половую жизнь, но и среди детей младшего возраста,

Все большее количество данных подтверждает этиологическую роль микоплазм в развитии воспалительных процессов, как в нижнем отделе генитального тракта, так и причин ВЗОМТ (многие авторы в 1998-99 гг. не выделяли микоплазменную и уреоплазменную инфекции в структуре ВЗОМТ, однако, в современных публикациях 2003-2007 гг. есть данные о влиянии этих инфекций на эндометрий, миометрий с развитием эндометрита).

не живущих половой жизнью. Так при обследовании мальчиков до 12 лет, обратившихся в детский кабинет УГИ, у 67,4% была выявлена *C. trachomatis*. При этом клиническая картина УГХ соответствовала уретриту, а у 7,9% детей по УЗИ имелись следы перенесенного простатита.

Очень важно, что у 75% женщин отмечено асимптомное течение заболевания, а у подростков в 30-40% случаев имеет место скрытая хламидийная инфекция, которая протекает в течение 2-5 лет. Поэтому в некоторых странах приняты рекомендации по ежегодному скринингу на хламидиоз сексуально-активных подростков и женщин в возрасте 20-24 лет с целью предотвратить возможные последствия хламидийной инфекции.

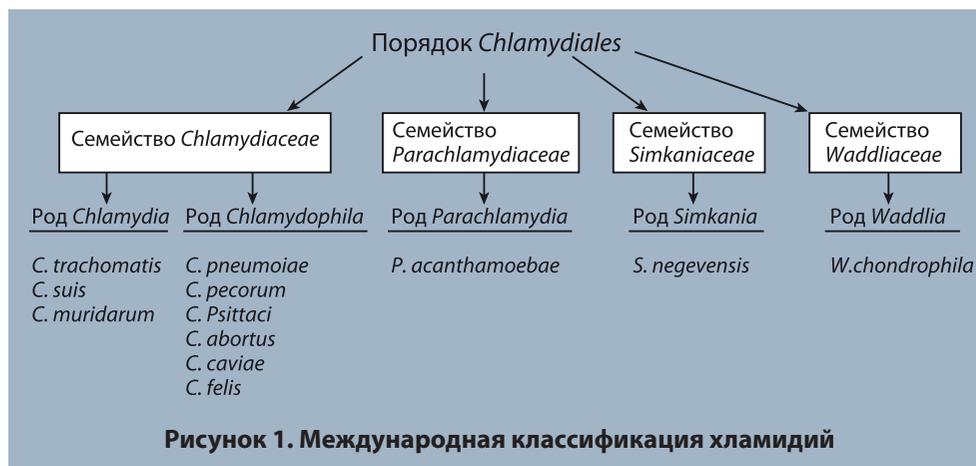
Проведенные нами исследования позволяют рекомендовать для сохранения репродуктивного здоровья поколения проведение скрининга на хламидиоз в более ранних возрастных группах сексуально-активных подростков. Так при скрининговом обследовании нами 150 подростков в возрасте от 13 до 18 лет обнаружено:

- наибольшая частота выявления *C. trachomatis* наблюдалась в возрасте 17 лет $\pm 0,22$;

- при этом моноинфекция *C. trachomatis* была отмечена в 14%. Сочетание с уреаплазмами, микоплазмами наблюдали в 54%, с бактериальным вагинозом – в 30%, с трихомонадами – в 2% случаев. Начало половой жизни регистрировалось в $14 \pm 1,08$ лет, а количество половых партнеров преимущественно от 3 до 5. На момент обследования фиксирование *C. trachomatis* второй раз в жизни – у 14,6%.

При обследовании 300 пациенток различных возрастных групп с воспалительными заболеваниями половых органов в условиях гинекологического отделения (стационар и амбулаторный прием), *C. trachomatis* была обнаружена в 19,3% случаев.

Учитывая все вышесказанное, для сохранения репродуктивного здоровья поколения возможно рекомендовать проведение скрининга на хламидиоз в более ранних возрастных группах сексуально-активных подростков.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

На IV Европейском конгрессе «Хламидия – 2000» (Хельсинки, 2000 г.) была принята новая международная классификация хламидий.

Определение генома уже известных видов хламидий способствовало пересмотру их номенклатуры.

Классификация хламидий и хламидия-подобных микроорганизмов основана на наличии >95% гомологии в нуклеотидной последовательности генов 16S и 23S рРНК для всех представителей рода и >90% – семейства. Ранее неклассифицированные микроорганизмы, имеющие сходный с хламидиями цикл развития, были выделены в четыре дополнительных семейства в составе порядка Chlamydiales – Chlamydiaceae, Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae.

Наиболее радикальные изменения произошли в систематике семейства Chlamydiaceae, в котором в настоящее время выделено два рода – *Chlamydia* и *Chlamydophila*. Они отличаются между собой и по ряду фенотипических признаков. Представители рода *Chlamydia*, к которому относится единственный патогенный для человека вид *Chlamydia trachomatis*, содержат сходные по ультраструктуре экстрахромосомные элементы и способны накапливать гликоген во включениях. Элементарные тельца (ЭТ) представителей этого рода, внедрившись в клетку хозяина, стремятся слиться в одно общее большое включение, биоло-

гический смысл которого состоит в обмене генетической информацией, что обуславливает большую генетическую вариабельность возбудителя.

Фундаментальные изменения, внесенные в классификацию представителей порядка Chlamydiales, должны быть учтены при диагностике хламидийной инфекции. Это связано с тем, что все виды, входящие в семейство Chlamydiaceae, обладают сходной структурой липополисахаридного антигена и распознаются моноклональными антителами, специфичными к трисахаридному фрагменту alphaKdo-(2-8)-alphaKdo-(2-4)-alphaKdo ЛПС. В связи с этим многие из них в ПИФ и серологических методах идентифицируются как *Chlamydia trachomatis*.

Chlamydia trachomatis имеют 2 биовара, 15 сероваров, вызывают трахому, урогенитальные заболевания, некоторые формы артрита, конъюнктивит и пневмонию новорожденных.

Возбудителем УГХ является *C. trachomatis* (серовары D, Da, E, F, G, H, I, Ia, J, K).

Возбудитель отличается уникальным циклом развития, затрудняющим воздействие на него специфических средств, возможностью к персистенции и образованию атипичной инфекции (одновременное присутствие всех стадий цикла размножения хламидий).

ЭТ хламидий имеют овальную форму при размерах 250-500 нм. Элементарные тельца – инфекционная

внеклеточная форма, обладающая антигенными свойствами. Цикл развития хламидий происходит только внутри связанных с мембраной клетки вакуолей цитоплазмы, где ЭТ последовательно преобразовываются в более крупные ретикулярные тельца (РТ). РТ обладают полиморфизмом (округлой, овальной, полулунной, коккобациллярной формы), не имеют постоянного размера, величина их – от 300 до 1000 нм. Не обладают инфекционными свойствами, не имеют нуклеотида, проницаемы для трипсина и разрушаются ультразвуком. Это, так называемая, вегетативная (незрелая) внутриклеточная форма, способна к росту и делению, и только на этой фазе – эффективно применение антибиотиков.

В некоторых исследованиях доказано, что одни антибактериальные средства могут действовать на стадии превращения ЭТ в РТ, другие – во время бинарного деления РТ.

ЭТ (СЕ) обычно локализуются в крупных внутриклеточных включениях, РТ (CR) – в образованиях, ограниченных мембраной.

Инкубационный период – 5-30 дней с момента заражения (в среднем 10-14 дней).

Первым этапом инфекционного процесса является адсорбция ЭТ хламидий на плазмалемме чувствительной клетки организма-хозяина (действие электростатических сил). Внедрение хламидий происходит путем эндоцитоза в течение 7-10 часов. При этом ЭТ, внедряясь в клетку, использует для роста и размножения клеточную АТФ и через 6-8 часов превращается в РТ. Ранее считали, что хламидии существуют только за счет макроэргических соединений и биологических суб-

стратов клетки хозяина. Однако в настоящее время доказано, что они способны синтезировать в небольших количествах собственную АТФ, отдельные аминокислоты, накапливать гликоген. В процессе роста и деления РТ образуют микроколонии – хламидийные включения (тельца Гальберштадтера-Провачека). В течение 18-24 часов развития они локализованы в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки хозяина.

В микроколониях может содержаться от 100 до 500 ЭТ хламидий. Процесс созревания (промежуточные тельца) и трансформации РТ путем деления в ЭТ занимает 36-42 часа.

Полный цикл репродукции (48-72 часа) завершается разрушением пораженной клетки.

Хламидии могут высвободиться из инфицированной клетки, сохраняя жизнеспособность клетки (при выходе ЭТ путем экзоцитоза), что приводит к бессимптомному течению заболевания.

Освободившиеся ЭТ проникают в новые клетки-мишени. При возникновении неблагоприятных биохимических условий продолжительность жизненного цикла может значительно увеличиваться.

В результате размножения *S. trachomatis* в инфицированных эпителиальных клетках развивается воспалительный процесс, выраженность которого зависит от состояния местного и общего специфического и неспецифического иммунитета организма.

После инвазии хламидий образуется комплемент, который приводит к стимуляции гранулоцитов. Эта воспалительная реакция со-

провождается локальной гибелью клетки и разрушением ткани, что дополняется высвобождением фосфолипазы А² и простагландинов. Это приводит к отеку и гиперемии слизистой оболочки, нарушению целостности эпителиального слоя с частичной десквамацией эпителия.

Превращение РТ в ЭТ требует не только энергии, но зависит от присутствия биологических субстратов, среди которых важнейшее место занимает аминокислота триптофан. В процессе воспаления лимфоциты выделяют разнообразные цитокины (в т. ч. интерферон γ), который индуцирует клеточный фермент индоламин-диоксигеназу (ИДО), разрушающий триптофан. Уменьшение триптофана приводит или к гибели хламидий, или к замедлению процессов репликации (клеточного деления), и в эпителиальной клетке начинают накапливаться неинфекционные, неделимые РТ. Цикл развития хламидий приостанавливается, но, несмотря на неблагоприятные условия, РТ сохраняют свою жизнеспособность (персистируют). Дальнейшее развитие и исход этого состояния зависят от продолжительности и уровня содержания триптофана. Уменьшение содержания интерферона γ и, соответственно, увеличение внутриклеточного пула триптофана приводят к редифференцировке персистирующих форм в инфекционные ЭТ, их выходу из клетки и продолжению инфекционного процесса.

Однако недавно показано, что генитальные хламидии имеют собственный фермент, который позволяет синтезировать триптофан, используя в качестве субстрата индол, в результате чего полного нарушения жизненного цикла может не наступить и образование инфекционных ЭТ будет продолжаться. Продуктом индола, в частности, может быть микрофлора влажной. Это важно иметь в виду при наличии ассоциированных влажных инфекций (хламидии – анаэробы).

При хламидийной инфекции не срабатывает важное звено неспецифической резистентности – фагоцитоз. Взаимодействие хламидий с лимфоцитами и макрофагами не

Азитромицин является первым представителем подкласса азалидов, несколько отличающихся по структуре от классических макролидов, полученным путем включения атома азота в 14-членное лактонное кольцо между 9 и 10-м атомами углерода. Данная структурная организация азитромицина обуславливает значительное повышение его кислотоустойчивости (в 300 раз по сравнению с классическим представителем макролидов – эритромицином).



ВОЗВРАЩЕНИЕ ГАРМОНИИ



Азицид
АЗИТРОМИЦИН



ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА для лечения инфекций, передающихся половым путем, вызванных хламидиями, уреаплазмами, микоплазмами ^{1,2}

Высокая эффективность

- Эффективность при однократном пероральном приеме в дозе 1 г составляет 97-100% ³

Хорошая переносимость

- Возможно применение для лечения хламидийной инфекции у беременных ^{1,2}
- Применяется у детей, пожилых и пациентов с патологией печени и почек

Удобный режим дозирования

- Применение 1 раз в сутки

Доступная цена

Реклама. Рег. номер: ЛС-002491

Литература: 1. А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова, Р.А. Чилова, А.И. Ищенко, В.В. Рафальский Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная терапия. Пособие для врачей. Москва, 2006. 2. Center for Disease Control and Prevention. MMWR; 2006. 3. В.И. Кисина Урогенитальный хламидиоз: оптимальная программа лечения. Concilium-medicum, том 08/ N1/2006.

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

ZENTIVA
МЫ ДЕЛАЕМ НЕОБХОДИМОЕ ДОСТУПНЫМ

всегда завершается лизисом (циркуляция возбудителя с кровью и лимфоцитом, персистенция, приводит к многоочаговости и преобладанию подострых и хронических форм). На стадии РТ хламидии недоступны для антител, лимфоцитов, макрофагов. Доступность этих факторов защиты возможна лишь на стадии ЭТ.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХЛАМИДИОЗА

- Социальные факторы:
 - алкоголизм, наркомания;
 - низкий уровень жизни;
 - увеличение числа разводов.
- Демографические факторы:
 - молодые люди в возрасте 15-30 лет (хламидийная инфекция среди молодых женщин встречается в 5 раз чаще, чем у мужчин этой возрастной группы);
 - снижение возраста полового созревания;
 - увеличение возраста вступления в брак.
- Экономические факторы:
 - международный туризм (в том числе секс-туры).
- Поведенческие факторы:
 - раннее начало половой жизни;
 - количество половых партнеров;
 - недавняя смена полового партнера;
 - нетрадиционные половые контакты.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

- Контактный – реализация половым и неполовым (контактным-бытовым) путями.

Передача хламидий при сексуальном контакте с инфицированным больным происходит в 32-40% случаев.

- Вертикальный – антенатальным, интранатальным путями.

Восходящая хламидийная инфекция, пути передачи:

- каналикулярный – через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы, на брюшину и органы брюшной полости;
- лимфогенный – по лимфатическим капиллярам;
- гематогенный – о чем свидетельствует наличие экстрагенитальных поражений (глотка, суставные сумки).

В распространении хламидий могут участвовать сперматозоиды, использование внутриматочных средств, различные гинекологические вмешательства.

КЛИНИКА

Классификация по МКБ-10:

- Хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта:
 - цервицит;
 - цистит;
 - уретрит;
 - вульвовагинит.
- Хламидийная инфекция органов малого таза и других мочеполовых органов:
 - эпидидимит;
 - воспалительные заболевания органов малого таза у женщин;
 - орхит.
- Хламидийная инфекция аноректальной области.
 - Хламидийный фарингит.
 - Хламидийная инфекция другой локализации.

Хламидиоз может протекать в виде острого, подострого, хронического заболевания, но на современном этапе преобладает бессимптомное течение. Так клинические симптомы отмечаются лишь в 1/3 случаев УХ:

- слизистые, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала и/или влагалища;

- боли в нижней части живота;
- посткоитальные и межменструальные кровянистые выделения;
- хронические тазовые боли;
- дизурия;
- диспареуния.

Помимо асимптомного течения УГХ в настоящее время отмечено увеличение частоты рецидивов УГХ. По данным различных авторов – от 2-50%.

Осложнения:

- ВЗОМТ;
- синдром Фитца-Хью Куртиса;
- бесплодие;
- внематочная беременность;
- привычное невынашивание беременности (13-25%);
- преждевременный разрыв плодного пузыря;
- преждевременные роды;
- послеродовый эндометрит;
- хориоамнионит, плацентит;
- внутриутробное инфицирование плода (8-12%), внутриутробная гибель плода;
- неудачи в попытках ЭКО.

ДИАГНОСТИКА УХ

В настоящее время не существует лабораторного метода, позволяющего избежать как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов.

Необходимо учитывать предел чувствительности и специфичности каждого метода. Важна комплексная лабораторная диагностика (для того, чтобы выявить возбудителя, определить стадию заболевания, обосновать необходимость назначения антибактериальных препаратов). Таким образом, золотой стандарт в настоящее время – комбинация методов с использованием сертифицированных диагностических реагентов и тест-систем.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Иммунофлюоресцентный метод – прямая, непрямая иммунофлюоресценция (ПИФ, НПИФ). ПИФ – определение антигена с использованием моноклональных антител (сокращение ложноположительных результатов) против липополисахаридов (ЛПС) или основных белков

Механизм действия азитромицина обусловлен связыванием с 50S-субъединицей рибосомы микробной клетки и нарушением синтеза белка. Подобно другим макролидам, азитромицин обладает в основном бактериостатическим эффектом, но благодаря способности создавать высокий уровень внутриклеточной концентрации на многие патогены, находящиеся внутри клеток, может действовать бактерицидно.

Таблица 1. Заболевания взрослых, связанные или вызванные *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma species* (Ken B. Waites, Brenda Katz, and Robert L. Schelonka)

Disease	<i>Ureaplasma</i> spp.	<i>M. hominis</i>	<i>M. genitalium</i> [®]
Male urethritis (уретрит у мужчин)	+	-	+
Prostatitis (простатит)	±	-	±
Epididymitis (эпидидимит)	±	-	-
Urinary calculi (мочевые камни)	+	-	-
Pyelonephritis (пиелонефрит)	±	+	-
Bacterial vaginosis (БВ)	±	±	-
Cervicitis (цервицит)	-	-	+
Pelvic inflammatory disease (ВЗОМТ)	-	+	+
Infertility (бесплодие)	±	-	±
Chorioamnionitis (хориоамнионит)	+	±	-
Spontaneous abortion (самопроизвольный аборт)	+	±	-
Prematurity/low birth weight (недоношенность, низкий вес при рождении)	+	-	-
Intrauterine growth retardation (неразвивающаяся беременность)	±	-	-
Extrapartum/postabortion fever (послеродовая/послеабортная лихорадка)	+	+	-
Extragenital disease (including arthritis) (экстрагенитальные заболевания, включая артриты)	+	+	+

- никаких ассоциаций или роли в развитии; + доказана роль; ± значительные ассоциации и/или точно не доказано.

наружной мембраны возбудителя. Выявляет жизнеспособные хламидии и их фрагменты. Чувствительность – 90-95%, специфичность – 98%. Регламентирован МЗ РФ.

Достоинство метода: быстрота, непосредственное определение возбудителя в небольшом объеме исследования, недостаток – ложноотрицательные результаты при гонорейно-хламидийном процессе, зависимость от человеческого фактора.

Культуральный метод – выделение жизнеспособного возбудителя на культуре клеток, обработанных различными антиметаболитами. Специфичность – до 100%, чувствительность – 80%. Референс-метод при оценке эффективности антибактериального лечения является стандартом, с которым сравнивают вновь разработанные методы диагностики.

Достоинство метода – достаточно обнаружения одной клетки с типичными цитоплазматическими включениями, определение чувствительности к антибиотикам. Недостаток – высокая стоимость, трудоемкость, возможность гибели хламидий при транспортировке.

Молекулярные методы:

– метод гибридизации нуклеиновых кислот (ДНК-зонды) – выделяют суммарную ДНК; чувствительность и специфичность – 80 и

100% соответственно; недостаток метода – высокая стоимость, риск переноса загрязнений между образцами и реагентами;

– методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР, ЛЦР), рибосомальная РНК амплификация (ТМА – «transcription-mediated-amplification»);

– ПЦР – многократно повторяющиеся циклы синтеза (амплификация) специфической области ДНК-мишени в присутствии ДНК-полимеразы; высокая и регулируемая специфичность, высокая чувствительность позволяют определять жизнеспособные и нежизнеспособные микроорганизмы.

На основании амплификационных методик разработаны мочевые тесты, довольно удобные для применения в амбулаторной практике.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится со специфическими урогенитальными инфекциями, обусловленными патогенными и условно-патогенными микроорганизмами на основании клинико-лабораторных критериев.

УРЕАМИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ

Хотя в мире ежегодно регистрируется около 92 млн больных урогенитальным хламидиозом, пред-

метом обсуждения на рабочем совещании специалистов различных отраслей медицины в Черногории в июне 2006 г. явилось рассмотрение роли микроорганизмов из рода микоплазм, приводящих к нарушению репродуктивной функции, как у женщин, так и у мужчин. Все большее количество данных подтверждает этиологическую роль микоплазм в развитии воспалительных процессов, как в нижнем отделе генитального тракта, так и причин ВЗОМТ (многие авторы в 1998-99 гг. не выделяли микоплазменную и уреаплазменную инфекции в структуре ВЗОМТ, однако, в современных публикациях 2003-2007 гг. есть данные о влиянии этих инфекций на эндометрий, миометрий с развитием эндометрита).

Существуют данные, доказывающие влияние уреаплазм на бесплодие, послеродовой эндометрит, хориоамнионит, самопроизвольные аборт, мертворождения, преждевременные роды, перинатальную заболеваемость и смертность, пневмонию, бактериемию, менингит, хроническую болезнь легких (бронхопальмональная дисплазия).

В случае с *M. genitalium*, отсутствие болезней и ассоциации могут отражать тот факт, что проведено недостаточно исследований с ис-

пользованием соответствующих методов диагностики, поскольку этот вид хуже диагностируется, нежели *M. hominis* и *Ureaplasma spp.*

В 2007 году выработан консенсус специалистов, занимающихся вопросами диагностики и терапии инфекций, ассоциированных с микоплазмами:

M. genitalium – патогенный микроорганизм, при выявлении – всегда этиотропное лечение. При выявлении *U. urealyticum* и *M. hominis* (условно патогенные микроорганизмы) лечение следует назначать, если нет других бактериальных/вирусных агентов:

- при наличии клинических и лабораторных признаков воспалительного процесса органов мочеполовой системы;

- при предстоящих оперативных или других инвазивных лечебно-диагностических манипуляциях в области мочеполовых органов;

- при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе (невывнашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.);

- при осложненном течении настоящей беременности, предполагающим возможное инфицирование плода.

Лечение следует назначать при наличии у пациентов клинических проявлений воспалительного процесса и в том случае, если *U. urealyticum* и *M. hominis* выявляются в количестве более 10⁴ КОЕ/мл.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время в лечении урогенитальной инфекции важное место занимают макролиды, которые в субингибиторных концентрациях оказывают воздействие на следующие факторы патогена, определяющие течение инфекции:

- адгезию на эпителиальных клетках;

- образование бактериальных токсинов;

- образование экзоэнзимов;

- подвижность бактерий;

- чувствительность к бактерицидному действию крови;

- состояние ультраструктуры бактериальных клеток.

Макролиды, являясь ингибиторами синтеза белка, связываются с 50S субъединицами бактериальной рибосомы, что приводит к нарушению процессов транслокации/транспептидации и преждевременному отщеплению растущей тРНК – полипептидной цепочки. Сборка белковой молекулы прекращается.

Существенное место в эффекте макролидов занимает их воздействие на процесс клеточного иммунитета и, в частности, фагоцитоз, задача которого помочь макроорганизму различными путями препятствовать развитию инфекционного процесса. Лейкоциты (нейтрофилы, моноциты, макрофаги) способны накапливать макролиды внутри лизосом из внеклеточной среды; доставлять их из интактных тканей или из сосудистого русла к очагу воспаления и выделять антибиотики из клеток в концентрациях, достигающих значений МПК или субингибирующих.

Итог взаимодействия клеточных механизмов защиты и макролидов зависит от множества реагирующих факторов. Та часть бактериальной популяции, которая сохранила жизнеспособность под воздействием антибиотика на уровне его МПК, может повреждаться за счет снижения способности к экспрессии рассмотренных выше факторов вирулентности (экзотоксины, экзоэнзимы,

подвижность клеток и др.), что ограничивает распространение инфекции из очага на здоровые ткани. Гуморальные факторы защиты (система комплемента, специфические антитела) также вносят свой вклад в ограничение распространения процесса. Фагоцитируемые клетками, содержащими антибиотик, бактерии в большей мере подвергаются повреждению за счет предварительного воздействия макролидов и комплементсвязывающих антител. Фагосомы с бактериями при проникновении в содержащие макролиды лизосомы образуют фаголизосомы, обеспечивающие разрушение бактерий. Фармакологическая особенность – способность преодолевать клеточные мембраны и накапливаться в клетках макроорганизма, в том числе и в иммунокомпетентных клетках. Способность преодолевать клеточные мембраны и накапливаться в клетках макроорганизма, в том числе и в иммунокомпетентных клетках. Способность к внутриклеточной кумуляции, создавая при этом высокие концентрации, определяет выраженную бактерицидную активность в отношении внутриклеточных возбудителей: хламидий, микоплазм, уреоплазм, легионелл, листерий, а так же стрептококков, стафилококков, аэробных грамотрицательных микроорганизмов типа гемофильной палочки, моракселлы, бордателлы.

Азитромицин является первым представителем подкласса азалидов, несколько отличающихся по структуре от классических макролидов, полученным путем включения атома азота в 14-членное лактонное кольцо между 9 и 10-м атомами углерода. Данная структурная организация азитромицина обуславливает значительное повышение его кислотоустойчивости (в 300 раз по сравнению с классическим представителем макролидов – эритромицином).

Представителем подкласса является препарат Азицид, действующее вещество азитромицин, выпускаемый компанией Zentiva (Чехия).

Механизм действия азитромицина обусловлен связыванием с 50S-субъединицей рибосомы микробной клетки и нарушением синтеза белка.

Высокие концентрации азитромицина, превышающие МПК для *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* и *U. urealyticum*, создаются также в секрете простаты. Уровень содержания азитромицина в цервикальном канале в первый день после приема 1 г однократно в 9,5 раза, через 7 дней – в 5,5 раза превышает его концентрацию в сыворотке крови. Отмечено накопление антибиотика и в других органах малого таза у женщин.

Подобно другим макролидам, азитромицин обладает в основном бактериостатическим эффектом, но благодаря способности создавать высокий уровень внутриклеточной концентрации на многие патогены, находящиеся внутри клеток, может действовать бактерицидно (4).

Важной фармакокинетической особенностью азитромицина является создание высоких и стабильных концентраций в тканях и органах репродуктивной системы даже при его однократном приеме. Так через 24 ч. после однократного приема азитромицина в дозе 1 г его уровень в ткани предстательной железы составляет 94 мг/л, через 48 ч. – 54 мг/л и даже через 3 нед. превышает минимальную подавляющую концентрацию (МПК) для *S. trachomatis* (6).

Высокие концентрации азитромицина, превышающие МПК для *N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis* и *U. urealyticum*, создаются также в секрете простаты (6). Уровень содержания азитромицина в цервикальном канале в первый день после приема 1 г однократно в 9,5 раза, через 7 дней – в 5,5 раза превышает его концентрацию в сыворотке крови. Отмечено накопление антибиотика и в других органах малого таза у женщин (7).

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Неосложненный УГХ – азитромицин 1 г внутрь однократно пациентке и половым партнерам.

*Осложненный УГХ – схема пульс-терапии азитромицином (1,0 г в 1-7-14-й дни). Предложенный курс дробной терапии по 1,0 г с интервалом в 1 неделю способен «перекрыть» от 6 до 8 жизненных циклов *S. trachomatis*. Такого эффекта невозможно добиться при использовании ни одного из известных в настоящее время макролидов или тетрациклинов, применяющихся в терапии хламидиоза (4).*

Уреамикоплазменная инфекция – азитромицин 500 мг 2 раза в сутки 7 дней.

К дополнительным достоинствам азитромицина следует отнести его хорошую переносимость и низкий уровень побочных эффектов (один из самых низких среди известных для макролидов), что определяет его выбор для лечения хламидийной инфекции у беременных, так как многие другие антибиотики могут оказывать эмбрио- или тератогенный эффект и фетотоксическое действие. В руководстве CDC (2006 г.) азитромицин впервые включен в перечень рекомендуемых препаратов для лечения хламидийной инфекции у беременных.

Рекомендуемые схемы при УГХ у беременных – азитромицин 1 г внутрь однократно или амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 сут.

Альтернативные схемы – эритромицин основание 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 сут., или эритромицин этилсукцинат 400 мг

внутри 4 раза в день в течение 14 сут., или эритромицин этилсукцинат 800 мг 4 раза в день в течение 7 сут.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Первый контроль – сразу после завершения лечения (исключая иммунологические методы диагностики возбудителей). У женщин контрольные исследования проводятся во время трех ближайших менструальных циклов. Также 3 месяца на клинико-лабораторном контроле находятся их половые партнеры.

Иммунологические методы диагностики проводят через 4 недели после окончания лечения, далее по показаниям.

Рекомендовать воздержание от половых контактов до завершения лечения и получения отрицательных результатов.

Через несколько месяцев после окончания терапии, во избежание случаев реинфекции, целесообразно повторное исследование лиц группы риска (подростки, молодые женщины).

При наличии полового контакта с больным хламидийной инфекцией в течение предшествующих 60 суток проводить обследование и лечение.

ПРОГНОЗ

При своевременном выявлении и адекватном лечении – благоприятный. 

Литература

- Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports August 4, 2006 / Vol. 55 / №. RR-11.
- Jeffrey F. Peipert, Genital Chlamydial Infections, NEJM, 2003, 15
- Lau C.-Y., Qureshi A.K. Azithromycin versus doxycycline for genital Chlamydial infections: A meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis 2002; 29: 497-502.
- Wiesenfeld H.C., Hillier S.L. et al. Genital Infections and endometritis. Obstet Gynecol, 2002, Sep; 100(3): 456-63.
- LeBel M., Gregoire M., Vallee F. et al. Prostate tissue concentrations following a single 1 gm dose of azithromycin. The 3rd International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins. Lisbon 1996; Abstr. 4-15.
- LeBel M., Bisson S., Allard S. et al. Prostatic fluid and ejaculate penetration of single 1 g dose azithromycin. The 2nd International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins. Venice, 1994; Abstr. 201.
- Worm A.-M., Osterling A. Azithromycin levels in cervical mucous and plasma after a single oral dose. The 2nd International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins. Venice, 1994; Abstr. 200.
- Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов. Методические рекомендации, М., 2005, 32 с.
- Аковбян В.А. Урогенитальная инфекция: 25 лет спустя. ГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН. М., 2005.
- Баткаев Э.А. Этиотропная терапия урогенитального хламидиоза // Клиническая дерматология и венерология. 2003. № 3, с. 13-19.
- Бочкарев Е.Г. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции. Институт аллергологии и клинической иммунологии. Клинические лекции. М. 2005, 10с.
- Кубанова А.А., Кисина В.И. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей. Том VIII. М., 2005, с. 542-565.
- Хантер Хансфилд. Заболевания, передающиеся половым путем. Цветной атлас-справочник, М., Бином, 2004, 293 с.
- Якубович А.И., Корепанов А.Р. Урогенитальный хламидиоз. Иркутск. 2007, 108 с.
- Honeybourne et al. J Antimicrob Chemother 2001; 48: 63-66.
- Morrisey et al. Int J Antimicrob Agents 2001; 17: 33-37.
- Карпов О.И. Кларитромицин замедленного высвобождения: фармакоэпидемиологическая парадигма. Клиническая лекция.
- Самсыгина Г.А. Макролиды и фагоцитоз// Антибиотики и химиотерапия. 1999. № 2, с. 33-36.
- Сазыкин Ю.О. Современные пути поиска новых антибактериальных агентов: предложения и дискуссии // Антибиотики и химиотерапия. 1998, № 12, с. 4-7.

Г.Т. СУХИХ,

академик РАМН, профессор

В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ,

д.м.н., профессор

С.И. РОГОВСКАЯ, д.м.н.

Т.Н. БЕБНЕВА, к.м.н.

Е.А. МЕЖЕВИТИНОВА, д.м.н.

А.М. САВИЧЕВА, д.м.н.

Н.П. ЕВСТЕГНЕЕВА, д.м.н.

Д.Д. ПЕТРУНИН

НЦАГиП им. В.И. Кулакова,
МоскваНИИ акушерства и
гинекологии им. Д.О. Отта,
Санкт-ПетербургУральский НИИ дерматове-
нерологии и иммунопатоло-
гии, Екатеринбург

РГМУ, Москва

Применение интерферона-α в форме суппозиториев для лечения ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени

Сочетание исключительно высокой распространенности и онкогенного потенциала делают вирус папилломы человека (ВПЧ) объектом пристального внимания со стороны врачей и ученых.

Рак шейки матки (РШМ) является одной из наиболее часто встречающихся форм онкологической патологии женской репродуктивной системы (1, 11). Он составляет 12% всех злокачественных новообразований у женщин, занимая второе место по распространенности после рака молочной железы (36). В 2000 г. во всем мире диагноз РШМ был поставлен 468 тыс. женщин, 233 тыс. женщин умерли от этой болезни (13, 14).

Многочисленные эпидемиологические и молекулярно-биологические исследования подтверждают связь между злокачественным перерождением клеток и наличием в них генетического материала ВПЧ (3, 40). 99,7% случаев РШМ вызвано различными типами ВПЧ как при плоскоэпителиальных карциномах, так и при аденокарциномах (25, 37). В настоящее время роль вирусов папилломы человека в канцерогенезе рака шейки матки считается доказанной, а сам РШМ относится к заболеваниям, передаваемым половым путем, что отражено в пресскрелизе ВОЗ в 1996 г. (39).

Методы генодиагностики позволили установить, что ВПЧ 16 типа и родственные ему типы – 31, 33, 35, 52 и 58 – обнаружены в 67-69%, а ВПЧ 18-39, 45, 59, 68 – в 27% опу-

холей. В остальных 6% случаев выявлены ВПЧ умеренного риска – 53, 55, 56, 62, 66 (25, 37).

Ситуацию усугубляет широкое распространение ВПЧ-инфекции. Так, имеются данные, что почти 8% здорового населения выделяют с мочой вирус папилломы человека 16 типа, а среди пациенток гинекологических клиник этот показатель достигает 49% (2). Только в США ежегодно выявляется от 1 млн до 5,5 млн новых случаев ВПЧ-инфекции (26).

Классификация, предложенная Национальным институтом по изучению рака США (Bethesda system, 1988 г., пересмотрена в 1991 г.), подразделяет ВПЧ-ассоциированные плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (SIL – squamous intraepithelial lesions) на две категории: низкой и высокой степени (LSIL и HSIL – low & high grade соответственно). Клеточные элементы, которые трудно поддаются классификации, обозначаются как атипические клетки плоского эпителия неопределенного значения (ASCUS – atypical squamous cells of undetermined significance). Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести объединяют цитологические изменения, указывающие на слабую дисплазию (CIN I) и ВПЧ-индуцированные морфологические изменения (койлоцитотическая атипия). SIL высокой степени тяжести включают умеренную дисплазию (CIN II), тяжелую дисплазию и карциному *in situ* (CIN III) (32).

Причиной недостаточной эффективности деструктивных методов ле-

чения ВПЧ-инфекции шейки матки, наиболее широко использующихся в клинической практике, является удаление только поверхностного слоя эпителия без санации клеток базального слоя, которые являются постоянным источником новых инфицированных эпителиальных клеток, проходящих затем последовательные стадии дифференцировки с персистирующим репликативно неактивным вирусом (9).

В этой связи приобретают особую актуальность терапевтические методы, направленные на коррекцию показателей местного и системного иммунитета, которые повышают вероятность элиминации вируса эффекторными механизмами иммунной системы организма-хозяина.

Известно, что ВПЧ оказывает выраженное модифицирующее влияние на различные показатели иммунного гомеостаза, резко снижающее вероятность его элиминации и способствующее длительной персистенции.

В частности, ВПЧ не обладает цитопатическими свойствами и не разрушает кератиноциты, в которых происходит его размножение, ограничивая тем самым выход вирусных антигенов и их презентацию антигенпрезентирующими клетками (АПК). Отсутствие фазы виремии и очень медленный синтез капсидных белков за счет особенностей генетического кода еще более тормозят развитие противовирусного иммунитета (15). Продукцируемые ВПЧ белки Е6 и Е7 вызывают ингибирование биологических эффектов интерферона за счет блокирования ряда индуцируемых интерфероном

генов и инактивации фактора регуляции интерферона IRF, который является фактором транскрипции генов, активируемых при действии на клетки интерферонов- α и - γ . Интерфероны- α и - γ , в свою очередь, подавляют продукцию данных белков ВПЧ, и итог этого противостояния определяется состоянием иммунной системы индивидуума (10, 34, 35). Помимо этого, белок Е6 связывается с интерлейкином-18, являющимся основным индуктором интерферона- γ , что приводит к блокаде реакций клеточного цитотоксического иммунитета (28). Изучение уровня эндогенных ИФН- α и - γ показало, что у больных с ПВИ отмечается угнетение их выработки до 40% и 50% соответственно (5). При этом ВПЧ-инфекция сопровождается снижением количества нормальных киллеров (NK) и HLA-DR-экспрессирующих клеток, с наибольшим угнетением у больных, инфицированных ВПЧ 16 типа (4).

Среди средств, применяемых для коррекции показателей иммунитета (в т.ч. супрессированных под влиянием ВПЧ), в отечественной и зарубежной практике наиболее широкое применение получили препараты интерферона- α .

Интерферон- α оказывает противовирусное, иммуномодулирующее и антипролиферативное действие. Противовирусный эффект опосредован активацией таких внутриклеточных ферментов, как протеинкиназа R, 2'-5'-олигоденилатсинтаза и белки Mx, которые оказывают прямое ингибирующее действие на репликацию вирусов. Иммуномодулирующее действие проявляется в первую очередь усилением клеточно-опосредованных реакций иммунной системы, что повышает эффективность иммунного ответа в отношении вирусов, внутриклеточных паразитов и клеток, претерпевших опухолевую трансформацию. Интерферон- α активирует CD8⁺ Т-киллеры, NK-клетки, усиливает дифференцировку В-лимфоцитов и продукцию ими антител, активирует моноцитарно-макрофагальную систему и фагоцитоз, а также повышает экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости I типа, что увеличивает вероятность

распознавания инфицированных клеток клетками иммунной системы (6, 7, 8, 17, 21).

Наиболее предпочтительной лекарственной формой интерферона- α для лечения заболеваний репродуктивной системы и, в частности, поражений шейки матки представляется форма суппозитория. Особенности фармакокинетики интерферонов при их назначении в форме суппозитория позволяют обеспечить максимальную концентрацию ИФН- α в органах и тканях малого таза, а также более длительное действие по сравнению с инъекционными формами. Активизация под воздействием интерферона при местном его применении лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации патологических очагов; кроме того, за счет влияния интерферона достигается восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Это приводит к усилению защитных факторов эпителия слизистой оболочки и повышает терапевтическую эффективность интерферона при лечении урогенитальной патологии (12, 17).

Наиболее современным среди препаратов данной группы является отечественный препарат Генферон в форме суппозитория, который с 2005 г. успешно используется в лечении урогенитальных заболеваний различной этиологии. Помимо интерферона человеческого рекомбинантного альфа-2b, данный препарат имеет в своем составе эпителизирующий и обезболивающий активные компоненты – таурин и анестезин (бензокаин), а также вспомогательные вещества, обеспечивающие потенцирование и пролонгирование терапевтического действия (16, 19).

Принимая во внимание широкий спектр терапевтических эффектов данного препарата (иммуномодулирующее, противовирусное, про-

тивоопухолевое, репаративное, противовоспалительное, мембранопротекторное, антиоксидантное и нормализующее метаболические процессы действие), он представляется перспективным для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии, ассоциированной с высокоонкогенными типами ВПЧ.

Цель исследования – изучение терапевтической эффективности препарата Генферон (ЗАО «БИОКАД», Россия) для лечения плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени, ассоциированных с вирусами папилломы человека (ВПЧ) высокоонкогенного риска.

Наиболее прогрессивную комбинацию активных компонентов среди препаратов интерферона в форме суппозитория имеет препарат Генферон. Сочетание интерферона- α , таурина и анестезина обеспечивает иммуномодулирующее, противовирусное, противостоупоуховое, репаративное, противовоспалительное, обезболивающее, мембрано- и гепатопротекторное, антиоксидантное, радиопротекторное и нормализующее метаболические процессы действие. Эффективность данного препарата при лечении ВПЧ-инфекции уже была продемонстрирована в нескольких ранее проведенных клинических исследованиях (18, 20).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: сравнительное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование.

В НЦАГиП Росмедтехнологий (Москва), НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН (Санкт-Петербург) и УрНИИДВиИ МЗ и СР РФ (Екатеринбург) проводилось скрининговое обследование амбулаторных пациенток, включающее Пап-тест. В случае выявления признаков интраэпителиального поражения шейки матки низкой степени (LSIL или ASCUS) (выявление койлоцитоза или цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN-I)),

женщину знакомили с сущностью и условиями проведения исследования. После подписания пациенткой формы информированного согласия проводилось взятие материала для выявления ВПЧ методом Digene в референс-лаборатории.

В случае выявления ВПЧ высокого онкогенного риска по данным Digene-теста, пациентка включалась в исследование. Если на момент включения в исследование со дня забора материала для проведения Пап-теста прошло более месяца, проводился повторный Пап-тест. У всех пациенток, включенных в исследование, проводились кольпоскопия, бактериоскопический анализ вагинального мазка, а также ПЦР-диагностика вируса простого герпеса I и II типов (ВПГ I и II), цитомегаловируса (ЦМВ) и *Chlamydia trachomatis* в соскобе эпителия цервикального канала.

По результатам проводимой рандомизации включенные в исследование пациентки распределялись в одну из двух групп – опытную (получавшую исследуемый препарат) или контрольную (получавшую плацебо). Исследуемый препарат и плацебо поставлялись в исследовательские центры в белых неотличимых друг от друга упаковках, маркированных числом, соответствующим зашифрованному номеру серии. Шифровка и расшифровка номеров серий исследуемого препарата и плацебо осуществлялась в ГИСК им. Л.А. Тарасевича. Рандомизация (распределение случайным образом) пациенток в группы, получающие Генферон или плацебо, осуществлялась так называемым конвертным методом. Спонсор (ЗАО «Биокад») поставлял в исследовательские центры запечатанные конверты, в которых содержались зашифрованные номера серий. После включения пациентки в исследование выбранный случайным образом конверт вскрывался, и ей назначался препарат с соответствующим кодом.

Условием включения пациентки в исследование было ее соответствие критериям включения и несоответствие критериям исключения. Критериями включения были следующие: возраст 18-50 лет, интраэпителиальное поражение шейки матки

низкой степени (LSIL или ASCUS), наличие ВПЧ высокоонкогенного риска, по данным Digene-теста, а также способность выполнять требования Протокола исследования и предоставление информированного согласия. К критериям исключения относились беременность и лактация, соматические заболевания в стадии декомпенсации, гиперчувствительность к любым компонентам исследуемого препарата, применение противовирусных или иммуномодулирующих препаратов в течение 3 предшествующих месяцев, HSIL или рак шейки матки, подтвержденная ВИЧ-инфекция, а также наличие психоневрологических заболеваний.

Методы лабораторной и инструментальной диагностики включали Digene-тест, Пап-тест, ПЦР-диагностику, бактериоскопию и кольпоскопию. Digene-тест – единственный метод, одобренный FDA для цервикального скрининга и зарегистрированный Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ. Для проведения ПЦР-диагностики были использованы тест-системы, зарегистрированные в МЗ и СР РФ и/или получившие сертификаты производства ГИСК им. Л.А. Тарасевича. Цитологическое исследование цервикального мазка на наличие признаков атипии с окрашиванием по Папаниколу (Пап-тест) является международным стандартом цитологической диагностики полученного из шейки матки материала. Забор мазка осуществлялся при помощи специальных щеток – эндобрашей и шпателей Эйра, полученный материал окрашивался по Папаниколу, после чего результаты оценивались в соответствии с цитологической классификацией Bethesda. Кольпоскопия проводилась при помощи кольпоскопа фирмы Leisegang, Германия, с использованием традиционных сосудистых тестов и увеличением $\times 7,5$, $\times 15$, $\times 30$.

Согласно Протоколу исследования, введение суппозиториев Генферон в дозировке 500 000 МЕ или внешне неотличимых от них суппозиториев плацебо, не содержащих ИФН- α и таурин, осуществлялось

интравагинально 2 р/сут в течение 10 дней с последующим назначением 1 р/сут через день в течение 3 месяцев.

На протяжении всего исследования женщины использовали барьерные методы контрацепции и вели дневник, в котором отмечались побочные эффекты терапии, их выраженность и продолжительность.

Через 3 месяца (визит 2) после первого введения суппозиториев проводились Пап-тест, кольпоскопия, Digene-тест на ВПЧ высокого онкогенного риска, бактериоскопический анализ содержимого влагалища, осуществлялась ПЦР-диагностика на другие инфекции в соскобе эпителия цервикального канала.

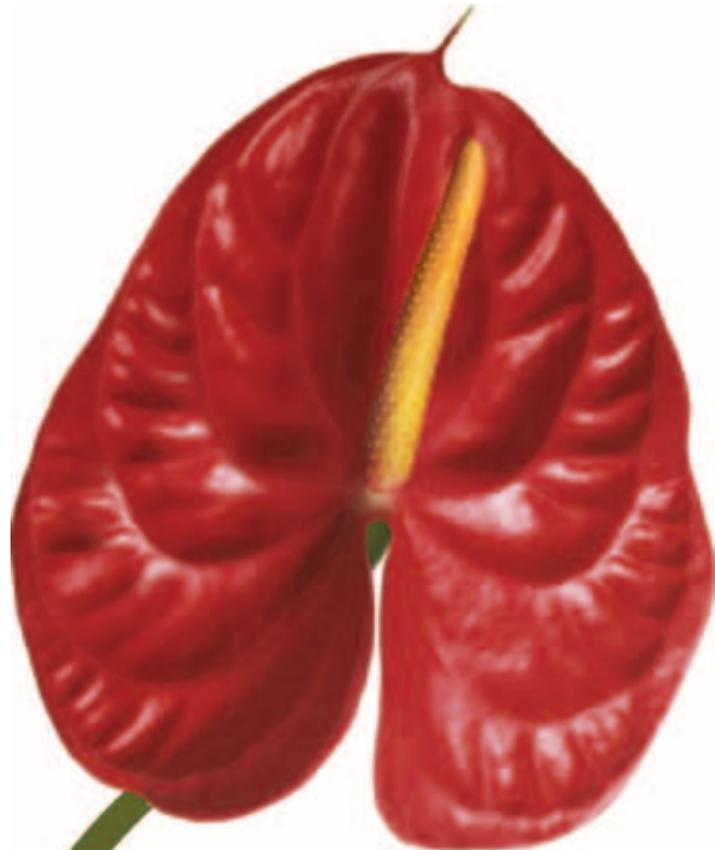
Через 6 месяцев (3 визит) женщинам, включенным в исследование, проводились Пап-тест, Digene-тест и кольпоскопия, проверялись дневники, где были записаны все препараты, которые пациентки принимали на протяжении исследования с момента подписания информированного согласия до заключительного визита. Оценивались локальные и системные эффекты, которые могли бы быть связаны с использованием препарата. Переносимость и безопасность препарата оценивались по частоте и выраженности нежелательных явлений.

Возможность досрочного выбывания из исследования была предусмотрена на любом этапе клинических испытаний – как по инициативе пациентки, так и по инициативе исследователя. Причины выбывания указывались в истории болезни и индивидуальной регистрационной карте (ИРК). В случае проведения хирургического лечения плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки, а также применения противовирусных препаратов в процессе исследования, пациентка исключалась из исследования.

ИРК пациенток заполнялись на основании опроса и осмотра, данных клинического обследования и лабораторных исследований.

По завершении исследования формировались два массива данных, которые подвергались анализу.





генферон®

*№ 1 в комплексной терапии
урогенитальных инфекций*

Уникальный состав: ➔ **Интерферон альфа-2**
иммуномодулирующее,
противовирусное,
антибактериальное действие

➔ **Таурин**
антиоксидантное,
репаративное действие

➔ **Анестезин***
устранение боли,
зуда, чувства жжения

* Содержится в дозировках 500 000 МЕ и 1 000 000 МЕ.



Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить по тел.: (495) 992-66-28

■ www.genferon.ru

 **Биокаг**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Таблица 1. Статистические сведения об исходных показателях в опытной и контрольной группах

Параметры	Опытная группа (n = 38)		Контрольная группа (n = 34)		Уровень достоверности
	Абс	%	Абс	%	
Патологические изменения при кольпоскопии	31	81,5	22	65	p < 0,05
Цитологически*					
LSIL	30	79	26	76,5	p > 0,05
ASCUS	8	21	7	20,5	p > 0,1
HSIL	0	0	0	0	–
норма	0	0	0	0	–

Примечание: * – ввиду выявления у одной пациентки опытной группы цервицита, затрудняющего интерпретацию результатов цитологического исследования, она была исключена из анализа по данному параметру.

Критериями эффективности применения препарата являлись регресс ВПЧ-ассоциированных изменений шейки матки по данным Пап-теста и кольпоскопии, а также достижение отрицательного результата Digene-теста на ВПЧ высокого онкогенного риска.

В зависимости от поставленных конкретных задач, типа и вида распределения данных использовались соответствующие статистические критерии. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики, использовались описательная статистика и непараметрический анализ данных (критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса). Для статистического анализа частотных показателей использовался метод углового преобразования Фишера (вычисление ФИ* критерия). Различия между сравниваемыми величинами признавались достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 78 женщин, принимавших участие в исследовании, завершили исследование 72, из них 38 получавших Генферон, и 34 получавших плацебо. 5 пациенток выбыли из исследования по собственной инициативе (не пришли на заключительный визит), одна была исключена ввиду выявленного на мониторинговом визите нарушения критериев включения.

Проведенная рандомизация позволила сформировать группы сравнения, достаточно однородные по исходным характеристикам. У 100% пациенток обеих групп имел место положительный результат Digene-теста, статистически

значимых различий по результатам Пап-теста не отмечалось. В группе, получавшей Генферон, была выявлена несколько большая частота встречаемости патологических изменений при кольпоскопии (81,5% и 65%, соответственно; $p < 0,05$), а также большая частота отклонений от нормальной картины при бактериоскопии (11 и 5 случаев, соответственно), что говорит о несколько худшей клинической картине у пациенток опытной группы. Результаты статистической обработки исходных данных по кольпоскопии и Пап-тесту приведены в таблице 1.

Результаты бактериоскопии и ПЦР. У пациенток, получавших Генферон, на день 0 было выявлено 11 случаев различных отклонений от нормальной картины (лейкоцитоз, бактериальный вагиноз, выявление дрожжевых грибов и т.д.). На 90-й день нормализация была отмечена у 9 пациенток, у 2 картина осталась без динамики, и еще у двух, у которых ранее была нормальная картина, был выявлен лейкоцитоз. ПЦР-диагностика выявила наличие у 3 пациенток вируса простого герпеса (ВПГ) и у одной – хламидий на день 0. На день 90 у трех пациенток возбудители были элиминированы, у одной сохранялся ВПГ.

В контрольной группе на день 0 было выявлено 5 случаев различных отклонений от нормальной картины (бактериальный вагиноз, лейкоцитоз и т.д.). На 90-й день нормализация была отмечена у 4 пациенток, у одной сохранялся бактериальный вагиноз, и еще у одной, у которой ранее была нормальная картина, были выявлены дрожжевые грибы. Проведение ПЦР в день 0 выявило у 1 пациентки, получавшей плаце-

бо, наличие ВПГ 1 типа и цитомегаловируса (ЦМВ), на 90-й день у этой пациентки был выявлен только ВПГ 1 типа. Кроме того, у 1 пациентки на 90-й день был выявлен ВПГ 1 типа, не обнаруженный в день 0.

Результаты кольпоскопии. Отклонения от нормы при кольпоскопии представляли собой патологические зоны трансформации эпителия шейки матки. Обнаруживались участки ацетобелого эпителия вне и в пределах зоны трансформации шейки матки, йоднегативная и йодпозитивная мозаика, пунктация, гиперкератоз, йоднегативные участки. У 7 пациенток были также кольпоскопически выявлены остроконечные кондиломы. Нормальная кольпоскопическая картина при скрининге наблюдалась у 7 из 38 пациенток опытной и у 12 из 34 пациенток контрольной группы.

В результате трехкратного проведения кольпоскопии у 16 пациенток из 31 (51,6%), имевших отклонения от нормы при кольпоскопии на скрининге и получавших Генферон, и у 10 пациенток из 22 (45,5%), получавших плацебо, выявлен регресс патологических изменений эпителия шейки матки ($p > 0,05$). Таким образом, статистически значимых различий между группами по данному критерию выявлено не было.

Результаты цитологического исследования. Пап-тест при скрининге выявил патологические изменения у всех участвовавших в исследовании пациенток. Основным цитологическим признаком цервикальной интраэпителиальной неоплазии считается наличие клеток с койлоцитозом, которые были обнаружены в мазках у подавляющего большинства пациенток, кроме того, часто наблюдались дискерацитоз, дискариоз, многоядерные клетки. В зависимости от локализации материала мазка и наличия эктопии с зоной трансформации, в мазки также попадали неизмененные клетки многослойного плоского эпителия, метапластические клетки, базальные/парабазальные клетки и клетки цилиндрического эпителия. Исходно картина, соответствующая LSIL, была установлена у 30 (79%) пациенток опытной и у 26 (76,5%) пациенток контроль-

ной группы, ASCUS – у 8 (21%) и 7 (20,5%) женщин, соответственно.

У 31 из 38 пациенток (81,5%), получавших Генферон, трехкратное проведение ПАП-теста выявило полный или частичный регресс ВПЧ-ассоциированных изменений шейки матки. У 22 пациенток результат ПАП-теста был нормальным к 180-му дню, а у 14 – уже к 90-му дню. На 180-й день полный или частичный регресс ВПЧ-ассоциированных изменений шейки матки наблюдался у 13 из 34 пациенток (38%), получавших плацебо, у двух пациенток была отмечена некоторая прогрессия. Таким образом, были установлены статистически высокодостоверные ($p < 0,001$) различия по данному критерию между группами, получавшими Генферон или плацебо.

Результаты Digene-теста. У 26 из 38 пациенток (68,5%), получавших Генферон, трехкратное проведение Digene-теста выявило достижение отрицательного результата (менее 0,8 ЕД). У 4 пациенток (19%) результат Digene-теста на 180-й день был сомнительным (от 0,8 до 1,0 ЕД), у 4 пациенток количество ВПЧ достоверно снизилось, и у 4 наблюдалось прогрессирование содержания ВПЧ. Таким образом, применение Генферона в 89,5% случаев приводило к элиминации ВПЧ или снижению его содержания. В группе пациенток, получавших плацебо, отрицательный результат Digene-теста был достигнут у 13 из 34 женщин (38%), у 4 пациенток наблюдалось прогрессирование содержания ВПЧ, а у 5 – его незначительный регресс. Статистические различия по данному критерию между опытной и контрольной группами также были высокодостоверны ($p < 0,01$).

Результаты Пап-теста и Digene-теста отражены графически на рисунке 1.

Данные статистической обработки результатов кольпоскопии, цитологического исследования и Digene-теста приводятся в таблице 2.

Нежелательные явления наблюдались у 6 (16%) пациенток, получавших Генферон, и у 2 (6%) пациенток, получавших плацебо. Нежелательные явления проявлялись в виде легкой головной боли или зуда по-

ловых органов в первые дни лечения, характеризовались как легкие, носили преходящий характер, не требовали медикаментозной коррекции и не привели к выбыванию пациенток из исследования. Лишь у одной пациентки, получавшей Генферон, возникли зуд и гиперемия вульвы, потребовавшие приостановки лечения на 3 дня, после чего оно было возобновлено; при этом повторного появления описанных симптомов не отмечалось. Таким образом, можно утверждать, что вагинальное применение препарата Генферон в дозе 500 000 МЕ на протяжении более чем 3 месяцев безопасно и хорошо переносится больными.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В настоящее время имеется значительное число данных проведенных в зарубежных странах клинических исследований эффективности применения интерферона- α для лечения ВПЧ-инфекции, в том числе и цервикальной интраэпителиальной неоплазии. При этом наблюдается достаточно четкая закономерность, когда местное применение (преимущественно в виде инъекционного введения интерферона в очаг поражения, а также аппликаций содержащего интерферон крема) позволяет добиться достаточно высокой эффективности (24, 27, 29, 30, 38), в то время как системное инъекционное введение оказывается безрезультатным (22, 23, 31, 33). Вероятно, системное применение интерферона не позволяет создать его концентрацию в очаге инфекции, необходимую для элиминации возбудителя, что достигается при местном применении. Кроме

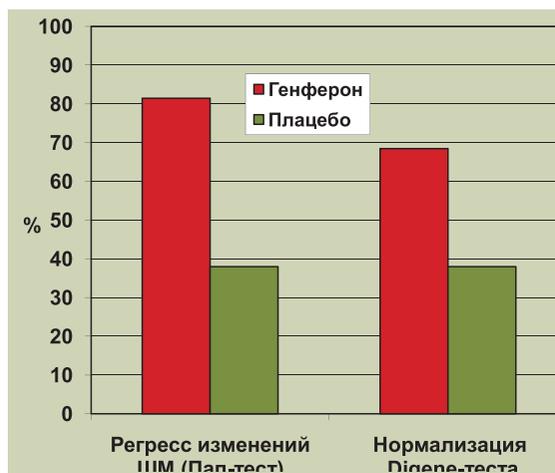


Рисунок 1. Результаты Пап-теста и Digene-теста в опытной и контрольной группах

того, системное введение интерферона часто сопровождается рядом побочных эффектов, в частности – гриппоподобным синдромом, что ставит под сомнение целесообразность системного применения ИФН при лечении ВПЧ-инфекции репродуктивной системы.

Среди лекарственных форм интерферона для местного применения наибольшего внимания заслуживают суппозитории, т.к. при их применении риск передозировки и связанных с этим нежелательных явлений гораздо ниже, чем при инъекционном введении. Кроме того, их применение обеспечивает максимальную концентрацию ИФН- α в органах и тканях малого таза и более длительное действие по сравнению с инъекционными формами. Еще одним безусловным преимуществом является удобство амбулаторного применения суппозиторий и отсутствие дискомфорта для пациента.

Таблица 2. Результаты исследования в опытной и контрольной группе

Параметры	Опытная группа (n = 38)		Контрольная группа (n = 34)		Уровень достоверности
	Абс	%	Абс	%	
Digene-тест отрицательный	13	68,5	26	38	$p < 0,01$
Кольпоскопически – возврат к норме	16	42	10	29	$p > 0,05$
Цитологически*					
LSIL	6	16	20	59	$p < 0,001$
ASCUS	9	24	2	6	$p < 0,02$
HSIL	0	0	0	0	–
норма	22	58	12	35	$p < 0,05$

Примечание: * – ввиду выявления у одной пациентки опытной группы цервицита, затрудняющего интерпретацию результатов цитологического исследования, она была исключена из анализа по данному параметру.

Наиболее прогрессивную комбинацию активных компонентов среди препаратов интерферона в форме суппозитория имеет препарат Генферон. Сочетание интерферона- α , таурина и анестезина обеспечивает иммуномодулирующее, противовирусное, противовоспалительное, обезболивающее, мембрано- и гепатопротекторное, антиоксидантное, радиопротекторное и нормализующее метаболические процессы действие. Эффективность данного препарата при лечении ВПЧ-инфекции уже была продемонстрирована в нескольких ранее проведенных клинических исследованиях (18, 20).

В данном исследовании продемонстрирована эффективность Генферона при лечении ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени. Были получены статистически достоверные результаты, свидетельствующие о значительно большей частоте

случаев элиминации ВПЧ по данным Digene-теста, и регресса ВПЧ-ассоциированных цитологических изменений шейки матки в группе, получавшей Генферон, по сравнению с плацебо. Есть основания полагать, что достигнутый показатель эффективности связан с оптимально подобранной дозировкой (500 000 ME) и схемой применения препарата – при назначении после основного 10-дневного курса в режиме 1 свеча через день в течение 3 месяцев достигались более стойкие положительные изменения показателей местного иммунитета, а также повышалась вероятность элиминации возбудителя. Кроме того, очевидно, что достигнутый результат был бы невозможен в отсутствие комбинированного действия активных веществ, входящих в состав препарата Генферон. Сочетание интерферона и таурина обуславливает более длительное действие интерферона, а также эпителизирующий эффект в отношении участков эрозии и

нормализующее влияние на дифференцировку эпителиоцитов. Эти факторы повышают эффективность терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени.

Необходимо отметить, что с учетом двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого дизайна исследования, полученные данные полностью валидны с точки зрения доказательной медицины.

ВЫВОДЫ

1. Генферон эффективен в терапии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени тяжести, ассоциированных с вирусами папилломы человека высокоонкогенного риска.

2. Было установлено, что исследуемый препарат безопасен и обладает хорошей переносимостью.

3. Целесообразно рекомендовать препарат Генферон к широкому применению в клинической практике по данному показанию. 

Литература

1. Автандилов Г.Г., Глухова Ю.К., Преображенская Т.М. Дифференциальная диагностика стадий канцерогенеза в шейке матки (по данным плоидометрического исследования) // Архив. Патол. 2004; Т. 66, №3: 23-27.
2. Воробьев А.А. ПЦР и ее применение для диагностики в дерматовенерологии. М., 2004. 71 с.
3. Гицко Г.М. Вирусные и клеточные гены, вовлеченные в HPV-ассоциированный канцерогенез шейки матки: Автореф. дисс. канд. биол. наук. М., 1999.
4. Дубенский В.В. Патогенетическое значение иммунологических нарушений в развитии осложненных урогенитальных инфекций и болезни Рейтера и их коррекция с помощью препаратов интерферона и цитокинов // Автореф. дисс. док. мед. наук. М., 1999. С. 37.
5. Дубенский В.В. Урогенитальная папилломавирусная инфекция / Под ред. В.И. Сергиенко. М., 2005. С. 111-141.
6. Ершов Ф.И., Григорян С.С., Готовцева Е.П. Система интерферона в норме и при патологии. М., 1996.
7. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
8. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. Фолиант, 2008.
9. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М., 2003.
10. Киселев В.И., Ашрафян Л.А., Бударина С.О., Киселев О.И. и соавт. Этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки: генетические и патогенетические механизмы, возможности терапии и профилактики // Consilium Medicum. 2004; Т. 06, №4.
11. Козаченко В.П. Современное состояние проблемы рака шейки матки // В сб. «Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы» / Под ред. В.Н. Прилепской, 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 133-138.
12. Корсунский В.Н., Брускин А.Б., Денисов Л.А., Иванов Р.А. Сравнительное изучение фармакокинетики различных лекарственных форм интерферона-альфа-2b // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии, 2007; №1.
13. Лихтенштейн А.В., Потапова Г.И. Генетические дефекты как маркеры опухолевого роста // Мол. биол. 2003; Т. 37, №2: 181-193.
14. Мазуренко Н.Н. Роль вирусов папилломы в канцерогенезе шейки матки // Современ. онкол. 2003; №1: 7-10.
15. Молочков В.А., Киселев В.И., Рудых И.В., Щербо С.Н. Папилломавирусная инфекция: клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей. М., 2004.
16. Петрунин Д.Д., Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А. Аналитический обзор препаратов интерферона- α , в форме суппозитория, зарегистрированных в РФ // Проблемы репродукции. 2005; №5.
17. Рафальский В.В. Клиническое применение препаратов интерферона. Смоленск, 1997.
18. Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А., Тихомиров А.А. Опыт применения Генферона и криодеструкции при лечении поражений аногенитальной области вирусом папилломы человека // Инфекционные болезни. 2005; №3.
19. Уджуху В.Ю., Петрунин Д.Д., Кубылинский А.А. Суппозитории Генферон – высокоэффективный компонент комплексной терапии урогенитальных инфекций // Проблемы репродукции. 2005; №4.
20. Шперлинг Н.В., Зуев А.В., Дикке Г.Б., Венгерловский А.И., Богданова Е.С. Применение препарата Генферон для терапии вирусных урогенитальных инфекций // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007; №2.
21. Ярилин А.А. Основы иммунологии. М.: Медицина, 1999.
22. Armstrong D.K., Maw R.D., Dinsmore W.W., Blaakaer J. et al. // Genitourinary Medicine. 1996; 72: 103-107.
23. Armstrong D.K., Maw R.D., Dinsmore W.W., Morrison G.D. et al. // Genitourinary Medicine. 1994; 70: 389-393.
24. Boot J.M., Blog F.B., Stolz E. // Genitourinary Medicine. 1989; 65: 50-53.
25. Brown D.R., Legge D., Qadadri B. // Sex Transm Dis. 2002. 29: 763-8.
26. Cates W. Jr., American Social Health Association Panel // Sex Transm Dis. 1999; 26 (Suppl. 4): S2-7.
27. Chakalova G., Ganchev G. // J BUON. 2004 Oct-Dec; 9(4): 399-402.
28. Cho Y.S., Kang J.W., Cho M.C. et al. // FEBS Letters 2001; 501: 139-45.
29. Davis B.E., Noble M.J. // J Urol. 1992 Mar 147(3): 627-9.
30. Douglas J.M., Eron L.J., Judson F.N., Rogers M. et al. // J-Infect-Dis. 1990 Jul 162(1): 52-9.
31. Eron L.J., Alder M.B., O'Rourke J.M., Rit-tweger K. et al. // Genitourinary Medicine 1993; 69: 91-93.
32. Gross G.E. & Barrasso R. Humman Papilloma Virus Infection. A Clinical Atlas. 1997.
33. Handley J.M., Horner T., Maw R.D., Lawther H. et al. // Genitourinary Medicine 1991; 67: 297-302.
34. Hebner C., Beglin M., Laimins L.A. // Virol. 2007 December 81(23): 12740-12747.
35. Nees M., Geoghegan J.M., Hyman T., Frank S. et al. // J Virol. 2001 May 75(9): 4283-4296.
36. Parkin D.M., Bray F.I., Devesa S.S. // Eur J Cancer 2001; 37 (suppl. 8): S4-S66.
37. Waggoner S. Cervical Cancer // Lancet. 2003; 361: 2217-25.
38. Welsander C.E., Homesley H.D., Smiles K.A., Peets E.A. // Am J Obstet Gynecol. 1990 Feb 162(2): 348-54.
39. WHO Press Release WHO, 1996; 47.
40. Zur Hausen H. // Nature Rev Cancer 2002; 2: 350.

XI РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНТИМИКРОБНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ»

6-7 октября 2009, Москва, Институт хирургии имени А. В. Вишневского

На конференции предполагается обсудить актуальные вопросы антибактериальной терапии и профилактики внебольничных и госпитальных инфекций, современные отечественные данные по антибиотикорезистентности возбудителей инфекций.

В Программе конференции 4 пленарных заседания и 4 симпозиума.

Во время конференции будет организована выставка компаний-производителей фармацевтических препаратов.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Место проведения:

Институт хирургии
им. А.В.Вишневского РАМН

Проезд:

Станция метро «Серпуховская»

Адрес:

Москва ул., Б. Серпуховская д. 27

СИМПОЗИУМЫ:

6 ОКТЯБРЯ 2009, ВТОРНИК

09:00 - 10:00 Регистрация

10:00 ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Симпозиум №1 Новые возможности лечения инфекций, вызванных грамположительными микроорганизмами

Председатели: профессор В.П.Яковлев,
профессор А.А.Демин

Симпозиум №2 Инфекции в хирургической клинике

Председатели: Чл.-корр. РАМН, профессор
Н.А.Ефименко, д.м.н. А.Б.Земляной

Симпозиум №3 Безопасное и эффективное лечение инфекций мочевыводящих путей

Председатели: профессор В.В.Рафальский,
профессор С.В.Яковлев

7 ОКТЯБРЯ 2009, СРЕДА

Симпозиум №4 Национальные рекомендации по нозокомиальной пневмонии

Председатели: чл.-корр. РАМН, проф.
Б.Р.Гельфанд, проф. Руднов В.А.

Симпозиум №5 Лига за разумное применение антибиотиков

Председатели: проф. Л.И.Дворецкий, проф.
А.И.Синопальников

Встреча с экспертами

Рациональная антибактериальная терапия внебольничных респираторных инфекций
Нетяжелые инфекции дыхательных путей
Тяжелая и осложненная пневмония

Симпозиум №6 Инфекции, вызванные проблемными грамотрицательными микроорганизмами

Председатели: проф. В.Б.Белобородов, проф.
С.Д.Митрохин, проф. С.В.Сидоренко.

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ (окончание приема тезисов 01 сентября 2009)

- Оргкомитет принимает тезисы по основным темам конференции, которые будут рассмотрены экспертным комитетом.
- Тезисы должны содержать собственные, а не обзорные данные.
- Тезисы следует представить в электронном виде в формате Microsoft Word
- Объем тезисов – не более 1500 знаков.
- Правила оформления тезисов представлены на сайте www.antimicrob.ru

По вопросам участия в конференции обращаться в организационный секретариат
Для почтовой переписки абонентский ящик: 117152 г. Москва а/я 46

РАССЕЛ С. КИРБИ

профессор

Кафедра охраны здоровья
матери и ребенка
Института Общественного
Здравоохранения
Алабамского университета,
Бирмингем, штат Алабама
J Fertil, 2006; 51(3): 125-129.

Перевод С.А. Антонов,
В.О. Зверев

Применение препаратов на основе микронутриентов в альтернативной терапии климактерического синдрома

По мере увеличения средней продолжительности жизни населения все большее количество женщин достигает возраста менопаузы, поэтому становится актуальной проблема улучшения качества жизни в этот переломный для организма период.

Известно, что менопауза сама по себе не является заболеванием в полном смысле этого слова и представляет собой естественный биологический процесс, тем не менее зачастую сопровождающийся рядом неприятных физиологических проявлений. В прошлом большинство женщин, испытывавших на себе дискомфорт менопаузальных процессов, полагали, что не существует приемлемого способа облегчить свое состояние. С появлением первых препаратов для ЗГТ в 1960-х гг., многим женщинам сначала назна-

чали эстрогены, а позже – эстрогены в комбинации с гестагенами для облегчения многочисленных нежелательных проявлений, характерных для этого периода жизни.

В последние годы целесообразность применения ЗГТ стала вызывать сомнения, наиболее остро эта тема была отражена в печатных публикациях (2, 3, 4) Американского научного общества изучения женского здоровья (American Women's Health Initiative Study (WHI)). Целью этой организации является проведение научных исследований, направленных на решение основных проблем женского организма в старшем возрасте. Незамедлительная реакция клиницистов и гинекологов на опубликованные результаты не стала неожиданностью. Эти публикации привели к отмене использования гормональной терапии у женщин во время и после менопаузы. Со временем прием-

лемость применения ЗГТ подверглась сомнению не только в США, но и в Великобритании (5, 6, 7). Поскольку дискуссии по поводу применения ЗГТ для коррекции симптомов менопаузы продолжают, многие женщины стали интересоваться альтернативными, негормональными способами терапии, что привело к потоку информации на тему улучшения состояния в период менопаузы, в т.ч. из области нетрадиционной медицины.

Среди существующих в настоящее время негормональных видов лечения во всем мире растет интерес к применению препаратов на основе микронутриентов для терапии менопаузы (8, 9). Множество производителей занялись разработкой и выпуском медикаментов, предназначенных для коррекции перименопаузальных симптомов, но, к сожалению, не существует достаточного количества исследований, подтверждающих эффективность и безопасность этих лекарственных средств (10). Данный мета-анализ описывает переносимость, безопасность и эффективность лекарственного средства производства английской компании «Витабиотикс» Менопейс® (Menopace®) – комплекса на основе микронутриентов, разработанного специально для женщин пери- и постменопаузального периода.

МЕТОДЫ

Менопейс® (Menopace®) (Vitabiotics Ltd., Лондон, Великобрита-

Менопейс® (Menopace®) (Vitabiotics Ltd., Лондон, Великобритания) содержит в своем составе 22 микронутриента, подобранных определенным образом по качественному и количественному составу с учетом их действия на организм женщины в период менопаузы. К таким микронутриентам относятся витамины группы В, цинк, магний, витамины А, С, D и Е, а также марганец, бор, хром и селен. Оценив суммарный обзор результатов исследований применения препарата, можно сделать вывод, что английский лекарственный препарат Менопейс® (Menopace®) при ежедневном приеме на протяжении 3 месяцев достоверно улучшает самочувствие женщин в перименопаузальном периоде.

ния) содержит в своем составе 22 микронутриента, подобранных определенным образом по качественному и количественному составу с учетом их действия на организм женщины в период менопаузы. К таким микронутриентам относятся витамины группы В, цинк, магний, витамины А, С, D и Е, а также марганец, бор, хром и селен. Были проанализированы результаты исследований эффективности Менопейс® (Менорасе®), как неконтролируемых, так и проспективных, с целью выяснить, какие из них могут быть включены в суммарный анализ. При изучении результатов исследований сравнивалась дозировка, рекомендуемая частота приема, длительность терапии, результаты анкетирования до и после лечения.

Было также рассмотрено несколько плацебо-контролируемых испытаний, включая два в Индии и одно в России. В этих исследованиях имеются выраженные различия в группах сравнения, продолжительности терапии и в других параметрах исследования, что приводит к невозможности использования данных результатов в суммарном обзоре.

В общей сложности в основу данного суммарного исследования легли результаты семи исследований с общим количеством исследуемых женщин, равным 766 (таблица 1).

Во всех исследованиях оценивалась эффективность Менопейс® (Менорасе®) в пери- и постменопаузальный периоды у женщин. Участницам исследования было предложено пройти первичное анкетирование перед курсом приема Менопейс® (Менорасе®). В одном из семи исследований участницы прошли 2-месячный курс терапии, а в других шести исследованиях женщины принимали Менопейс® (Менорасе®) 3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Великобритании и Индии было проведено семь исследований.

Таблица 1. Исследования, включенные в мета-анализ

Исследование	Страна	Количество наблюдаемых
University of Kent	Великобритания	200
Daily Mirror	Великобритания	200
Soonawala	Индия	25
Krishna	Индия	26
Narendra	Индия	15
Prima	Великобритания	200
Virkud	Индия	100
Bcero		766

Таблица 2. Положительная динамика степени выраженности перименопаузальных симптомов при ежедневном приеме Менопейс® в течение 3 месяцев (данные семи исследований)*

Симптом	Количество пациенток с этим симптомом до лечения	Количество пациенток, у которых наблюдалось улучшение после 3 месяцев терапии	Показатель выраженности положительной динамики, %
Приливы	262	230	87,8
Дневная потливость	214	172	80,4
Вагинальная сухость	150	117	78
Ночная потливость	247	190	76,9
Депрессия	176	134	76,1
Слабость	261	195	74,7
Сердцебиения	143	105	73,4
Тревоги	207	148	71,5
Рассеянность	197	133	67,5

* Включены результаты исследований University of Kent, Daily Mirror, Prima, Krishna, Soonwala, Virkud and Narendra.

Таблица 3. Сводные результаты наблюдений при ежедневном приеме Менопейс® в течение 3 месяцев с детализацией места проведения исследования (данные семи наблюдательных исследований)

Исследование	Общее количество пациенток, принимавших участие в исследовании	Количество пациенток, у которых наблюдалось достоверное улучшение состояния	Показатель выраженности положительной динамики, %
Daily Mirror	90	89	98,9
Kent	75	74	98,7
Soonwala	22	21	95,5
Prima	61	58	95,1
Krishna	26	23	88,5
Virkud	90	77	85,6
Narendra	15	11	73,3
Bcero	379	353	93,2

Несмотря на то, что в исследовании принимали участие женщины от 24 до 67 лет, наибольшее внимание уделялось пациенткам в возрасте от 40 и старше. В шести из семи исследований возраст испытуемых колебался от 44 до 53. Статистический анализ во всех исследованиях велся с учетом всех необходимых требований. У женщин, прекративших курс терапии раньше намеченного времени,

положительная динамика была достоверно менее выражена.

В таблице 2 сведены данные о результатах исследований с детализацией по симптоматике, а в таблице 3 представлены суммарные данные по итогам наблюдений с указанием места проведения исследования. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что преобладающее большинство участниц исследований отметили

исчезновение нежелательных перименопаузальных симптомов и существенное улучшение общего самочувствия.

Выявлено, что положительная динамика различается в зависимости от каждого симптома. Сообщений о побочных эффектах поступило незначительное количество.

Помимо вышеуказанных, были проведены дополнительные исследования Менорасе. Под руководством профессоров В.И. Краснопольского и С.А. Шаповаленко было проведено рандомизированное клиническое исследование в МОНИИАГ (Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии), в рамках которого в течение 6 месяцев оценивались результаты ЗГТ при коррекции нежелательных симптомов перименопаузы (выборка – 28 женщин) и итоги микронутриентной терапии лекарственным комплексом Менопейс® (Menopase®) также на протяжении 6 месяцев (выборка – 30 женщин). Параметры проведения данного исследования отличались от таковых, проводившихся в Англии и Индии, поэтому результаты клинического исследования (КИ) в МОНИИАГе не были включены в суммарный обзор. По результатам КИ, проведенного под руководством проф. В.И. Краснопольского, было выявлено снижение уровня проявлений критических симптомов с 50% до 10% как в группе, принимавшей Менопейс® (Menopase®), так и в группе, подвергавшейся ЗГТ. Также отдельно анализировалось КИ, проводившееся в Литве (V. Riauba, Entapharma). В рамках

литовского КИ под наблюдением находились 120 женщин (средний возраст 50,7 лет). Условия проведения этого КИ отличались от дизайна вышеупомянутых, что затруднило включение итогов в суммарный анализ. У всех пациенток было отмечено улучшение самочувствия и исчезновение перименопаузальных симптомов примерно на таком же уровне, как и в суммарном анализе.

Третье исследование, не вошедшее в мета-анализ, проводилось на базе системы здравоохранения Республики Индия. В этом КИ под наблюдением находилось две группы пациенток (каждая состояла из 30 женщин), первая группа ежедневно принимала по одной капсуле Менопейс® (Menopase®), а вторая – плацебо с таким же режимом приема. Была отмечена выраженная положительная динамика самочувствия у женщин в группе, принимавшей Менопейс® (Menopase®). К сожалению, в публикации, освещающей данное КИ, не указано, являлось ли это КИ рандомизированным и контролируемым.

Также проводилось множество других КИ (в России, Дании, Индии), результаты которых анализировались отдельно от суммарного обзора, вследствие отличий в дизайне. Следует отметить, что итогом этих КИ было также достоверное улучшение самочувствия у женщин перименопаузального возраста.

ОБСУЖДЕНИЕ

Общие результаты анализа, представленные в таблицах 2 и 3, указывают на важнейшую роль микронутриентной терапии при

корректировке перименопаузальных симптомов. Все КИ, освещенные в данной статье, по своей сути являлись наблюдательными и основывались на данных анкетирования. Несмотря на это, схожие результаты серии разнообразных КИ явно указывают на достоверность терапевтического эффекта Менопейс® (Menopase®) при коррекции перименопаузальных симптомов.

Большинство КИ в данном обзоре были неконтролируемыми, что компенсировалось рандомизированным выбором участников эксперимента, схожестью последовательно полученных результатов и таким фактом, как значительное отличие в положительную сторону результатов в исследуемых группах от результатов, полученных в плацебо-группах. Следует отметить, что уровень положительной динамики в самочувствии женщин четко прослеживается при сравнении с плацебо-эффектом (11).

Оценив суммарный обзор результатов (см. таблицу 2), можно сделать вывод, что английский лекарственный препарат Менопейс® (Menopase®) при ежедневном приеме на протяжении 3 месяцев достоверно улучшает самочувствие женщин в перименопаузальном периоде.

В последнее время ценность результатов, полученных от наблюдательных исследований, ставится под вопрос и принципы доказательной медицины находят все более широкое применение как в процессе обучения, так и в клинической практике (13). Ранее наблюдательные исследования были основой научно-медицинских исследований, но сегодня практикующие врачи, воспитанные на принципах доказательной медицины, считают, что научные выводы могут быть сделаны исключительно на основании КИ, проводившихся по всем существующим стандартам надлежащей клинической практики (GCP – Good Clinical Practice) (14). И действительно, существует та-

При назначении курса терапии Менопейс® (Menopase®), помимо корректировки перименопаузальных симптомов, скрытым выгодным аспектом является положительная динамика общего самочувствия женщины. Так как побочные эффекты встречаются крайне редко, Менопейс® (Menopase®) обладает неоспоримым преимуществом – это лекарственное средство можно рекомендовать как препарат для долгосрочной терапии.



Менорасе

Безопасная альтернатива гормонам при менопаузе

Сбалансированный комплекс из 22 важных компонентов, удовлетворяющих специфическим требованиям женского метаболизма и физиологии во время и после менопаузы и необходимых для естественного синтеза организмом гамма-линоленовой кислоты – предшественника простагландина Е, участвующего в регуляции гормонального баланса и ослабляющего симптомы менопаузы.

Регулярный прием всего 1 капсулы в день позволяет женщине существенно снизить проявления неприятных и нежелательных симптомов этого периода, не подвергая свое здоровью риску появления побочных эффектов и осложнений, присущих гормонотерапии (избыточный вес, онкозаболевания, усиленный рост волос на лице и пр.).

Оптимально подобранная формула препарата:

- уменьшает приливы и ночные поты;
- снижает приступы сердцебиения;
- повышает жизненный тонус;
- защищает от утомляемости и стрессов;
- уменьшает беспокойство, депрессию и раздражительность;
- улучшает абсорбцию кальция и помогает предотвратить остеопороз;
- поддерживает здоровый сон;
- сохраняет вагинальную секрецию для активной сексуальной жизни.



Представительство в России: ООО «Витабиотикс», тел./факс (495) 988-3927

Поскольку дискуссии по поводу применения ЗГТ для коррекции симптомов менопаузы продолжаются, многие женщины стали интересоваться альтернативными, негормональными способами терапии. Среди существующих в настоящее время негормональных видов лечения во всем мире растет интерес к применению препаратов на основе микронутриентов для терапии менопаузы (8, 9).

кое мнение среди практикующих врачей, что какие бы то ни было научные выводы следует делать, основываясь исключительно на рандомизированных контролируемых клинических исследованиях (РККИ) (RCCT – Randomized Controlled Clinical Trials). Такие КИ дают в качестве итога наиболее достоверные результаты, но все равно существуют ситуации, в которых РККИ неприменимы. Более того, старшее поколение клиницистов помнят целый ряд наблюдательных исследований, результаты которых оценивались так же высоко, как и результаты РККИ. Классическим примером такого наблюдательного исследования может послужить КИ, проведенное в Великобритании (Doll, Hill) (15), которое достоверно показало причинно-следственную связь между курением и раком легких. И, несмотря на то, что впоследствии не было проведено ни одного РККИ с целью подтвер-

дить этот вывод, вся медицинская общественность и система общественного здравоохранения признала факт существования прямой зависимости между курением и раком легких. Также примером может послужить наблюдательное исследование (Dr. Semmelweis, United Kingdom), показывающее, что причиной сепсиса у рожениц являлось проведение акушерских процедур (аутопсия, принятие родов) без использования стерильных перчаток (16).

Таким образом, во многих ситуациях, где РККИ не применимы, лечащие врачи стараются предложить своим пациентам наилучшую терапию из доступных. Учитывая вышеизложенные обстоятельства, можно смело рекомендовать практикующим врачам использовать в своей практике результаты наблюдательных исследований вообще и, тем более, в отсутствие результатов РККИ.

Несмотря на то, что в данном мета-анализе рассматривалась серия разрозненных КИ, анализ показал, что итоги этих наблюдательных исследований последовательны и схожи. Идеальным для подтверждения клинически значимого улучшения состояния является КИ длительностью не менее 12 месяцев. При назначении курса терапии Менопейс® (Менорасе®), помимо коррекции перименопаузальных симптомов, скрытым выгодным аспектом является положительная динамика общего самочувствия женщины. Так как побочные эффекты встречаются крайне редко, Менопейс® (Менорасе®) обладает неоспоримым преимуществом – это лекарственное средство можно рекомендовать как препарат для долгосрочной терапии. Лечащим врачам, выбирающим Менопейс® (Менорасе®) в качестве лекарственного средства для корректировки перименопаузального синдрома, следует внимательно обследовать своих пациенток и зафиксировать их состояние на момент начала курса терапии, затем во время лечения периодически отслеживать эффективность. В будущем планируется провести рандомизированное контролируемое клиническое исследование, подтверждающее тот факт, что терапия микронутриентами является достойной альтернативой ЗГТ. 

Литература

1. Speroff L., Fritz M.A. Clinical and. Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7th Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
2. Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L. et al: Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288: 321-333.
3. Grady D., Herrington D., Bittner V. et al. HERS Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). JAMA. 2002. 288: 49-57.
4. Million Women Study Collaborators: Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study // Lancet. 2003; 362: 419-427.
5. Naftolin F., Taylor H.S., Karas R. et al: The Women's Health Initiative could not have detected cardioprotective effects of starting hormone therapy during the menopausal transition // Fertil Steril. 2004; 81(6): 1498-1501.
6. Machens K., Schmidt-Gollwitzer K. Issues to debate on the Women's Health Initiative (WHI) study. Hormone replacement therapy: an epidemiological dilemma? Hum Reprod. 2003; 18(10): 1992-1999.
7. Speroff L. A clinician's review of the WHI – related literature // Int J Fertil Women's Med. 2004; 49: 252-267.
8. Warren M.P., Shortle B., Dominguez J.E: Use of alternative therapies in menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2002; 16: 411-448.
9. Wylie-Rossett J: Menopause, micronutrients, and hormone therapy // Am J Clin Nutr. 2005; 81: 1223S-1231S.
10. Huntley A.L., Ernst E: A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms // Menopause. 2003; 10: 465-476.
11. Irving K., Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. Prevention & Treatment 1, 1, 1998. (www.journals.apa.org/prevention/volumel/toc-jun26-98.html)
12. Schneider H.P.G. The quality of life in the postmenopausal woman. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 16: 395-409.
13. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S. et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
14. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition. Alexandria, VA: International Medical Publishing, 1996.
15. Doll R., Hill A.B. Smoking and carcinoma of the lung: Preliminary report // Br Med J. 1950; 2: 739-748.
16. Carter K.C. Semmelweis and his predecessors // Med Hist. 1981; 25(1): 57-72.



28–29 сентября 2009 года
IV Ежегодный конгресс
специалистов перинатальной медицины
**Современная перинатология:
организация, технологии
и качество**

Гостиница "Рэдиссон САС Славянская" (Москва, Площадь Европы, 2)

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Российская академия медицинских наук
- Российский государственный медицинский университет
- Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Федерация педиатров стран СНГ
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов

Оргкомитет

Председатель Оргкомитета

Володин Н.Н., Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, Председатель Исполкома Федерации педиатров стран СНГ, ректор Российского государственного медицинского университета Росздрава, академик РАМН

Заместители председателя

Дегтярев Д.Н., профессор кафедры неонатологии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета Росздрава, доктор медицинских наук;

Каганов Б.С., заместитель директора Научно-исследовательского института питания РАМН по научной и лечебной работе, Первый Вице-президент Федерации педиатров стран СНГ, член-корреспондент РАМН;

Стрижаков А.Н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета Московского государственного им.И.М.Сеченова Росздрава, академик-секретарь Отделения клинической медицины РАМН; академик РАМН

Сухих Г.Т., директор Государственного учреждения Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, академик РАМН

Научная программа

- Актуальные вопросы пренатальной профилактики заболеваний плода и новорожденного;
- Совершенствование протоколов профилактики, ранней диагностики и лечения врожденных и перинатальных инфекций у детей;
- Современные подходы к профилактике нозокомиальных инфекций у новорожденных детей;
- Актуальные вопросы скрининга новорожденных на наследственные заболевания и патологию обмена веществ;
- Современные подходы к профилактике тяжелых гипоксически-ишемических поражений головного мозга при асфиксии новорожденных;
- Ранняя диагностика, профилактика и лечение нарушений углеводного обмена новорожденных детей;
- Новые подходы к нейро-хирургическому лечению тяжелых перинатальных поражений головного мозга;
- Принципы организации хирургической помощи новорожденным в условиях крупного региона;
- Актуальные вопросы организации офтальмологической помощи новорожденным и детям раннего возраста;
- Актуальные вопросы ранней диагностики, профилактики и лечения ЛОР-патологии у новорожденных и детей раннего возраста;
- Основные направления совершенствования кардиохирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста;
- Современные методы нейровизуализации в практике врача неонатолога и педиатра;

Телефоны Оргкомитета для справок

Профессор Дегтярев Дмитрий Николаевич (научная программа Конгресса)

Телефон: (495) 612-7881, e-mail: glav_neolog@yahoo.com; rasp2004@mail.ru

Макарова Татьяна Владимировна (участие коммерческих компаний в выставке и научной программе)

Телефоны: (495) 517-7055, 414-9835, телефон/факс: (495) 414-8947, e-mail: mtv@mm-agency.ru

Дополнительная информация на сайте www.congress-raspm.ru

- Профилактика и лечение бронхо-легочной дисплазии у недоношенных детей;
- Основные направления по совершенствованию методов респираторной терапии недоношенных детей;
- Современные достижения и перспективы медико-социальной реабилитации новорожденных детей с различной перинатальной патологией;
- Принципы медико-социальной реабилитации у детей с синдромом Дауна;
- Актуальные проблемы вскармливания недоношенных детей;
- Нутритивная поддержка детей раннего возраста с неблагоприятными последствиями перинатальной патологии;
- Лечебное питание недоношенных детей;
- Использование методов оценки функциональной активности головного мозга в практике неонатолога;
- Новый порядок оказания лечебно-диагностической помощи новорожденным детям;
- Фармако-экономические подходы к профилактике и лечению перинатальных заболеваний;
- Методические подходы Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины к совершенствованию профессиональной переподготовки врачей в области перинатальной медицины;
- Методология организации тренингов по реанимации и интенсивной терапии детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

ВХОД НА ВСЕ ЗАСЕДАНИЯ КОНГРЕССА – СВОБОДНЫЙ.

Регистрационный взнос

Участники Конгресса, оплатившие регистрационный взнос, имеют право на получение именного бейджа участника и комплекта официальных материалов Конгресса (программа, сборник тезисов, каталог выставки, медицинская литература и др.), а также участие в торжественном ужине. Участники, оплатившие регистрационный взнос **до 14 августа 2009 г.**, имеют право бесплатно опубликовать тезисы. Регистрационный взнос в размере 1500 руб. (для членов Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, оплативших ежегодный членский взнос, регистрационный взнос составляет 1000 руб.), включая НДС, должен быть переведен на расчетный счет РАСПМ.

Реквизиты для оплаты регистрационного взноса см. на сайте www.congress-raspm.ru

Тезисы

К Конгрессу будет выпущен сборник тезисов. Тезисы принимаются **до 14 августа 2009 г.** Требования к оформлению и условия публикации тезисов см. на сайте www.congress-raspm.ru

Конкурс молодых ученых

В конкурсе могут принять участие аспиранты, врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет. Для участия в конкурсе необходимо **до 11 сентября 2009 г.** прислать по почте или e-mail (с пометкой «Конкурс молодых ученых. Конгресс РАСПМ») в конкурсную комиссию заявку на участие и резюме работы объемом не более 2 страниц текста (*оформление – на сайте www.congress-raspm.ru*), которое должно содержать информацию об авторе (фамилия, дата рождения, должность, организация, город, страна) и быть заверено подписью руководителя учреждения.

Выставка

Параллельно с работой конгресса пройдет выставка производителей средств для ухода за детьми, медицинской техники и оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов и витаминов, биологически активных добавок и др.

Эффективность применения препарата Дазолик (орнидазол) в терапии бактериального вагиноза

Ю.Н. КУЗНЕЦОВА

К.М.Н.,
Уральский НИИ
дерматовенерологии
и иммунопатологии,
Екатеринбург

Бактериальный вагиноз является одной из самых распространенных вульвовагинальных инфекций, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Многочисленными исследованиями установлено, что влагалищная экосистема очень сложная, многокомпонентная, гормонозависимая и легко ранимая. Многие факторы в жизни современной женщины способны нарушить этот баланс: применение антибиотиков, контрацептивов, случайные половые связи и другое.

Оценивая значимость этой проблемы в здоровье женщины, в 80-х годах прошлого века, что сравнительно недавно, бактериальный вагиноз был выделен в самостоятельную нозологическую форму, которая определяется как инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалища, и характеризуется массивным размножением строго анаэробных грамотрицательных бактерий. Частота этого типа нарушения биоценоза из года в год повышается. В 90-х годах прошлого века он диагностировался у 19-33,0% женщин, в начале XXI века выявлялся у 38-44,6% женщин, а в 2005 г. – почти у 70% «условно здоровых» женщин. Бактериальный вагиноз является полимикробным вагинальным синдромом, наиболее распространенными возбудителями, которого являются облигатно-анаэробные бактерии рода *Prevotella* (*Bacteroides*), *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, а также микроаэрофилы – *Gardnerella vaginalis*

и *Mycoplasma hominis*. Учитывая многокомпонентный этиологический фактор заболевания, задачей нашего исследования было доказать, что препарат Дазолик (орнидазол) является оптимальным для лечения бактериального вагиноза. Известно, что орнидазол не имеет резистентности патогенной и условно-патогенной микрофлоры, кроме того, не ингибирует лактобактерии. Также преимуществами в выборе препарата Дазолик (орнидазол) следует считать оптимальную комплаентность: переносимость орнидазола с алкоголем (не ингибирует альдегиддегидрогеназу). Кроме того, поскольку орнидазол не дает активных метаболитов, при его приеме наблюдалось меньше случаев проявления интоксикации (тошноты, ощущения металлического привкуса во рту).

Цель клинических испытаний – оценить клиническую эффективность и переносимость перорального приема препарата Дазолик в терапии бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

Критерии включения. Пациентки 18-45 лет с бактериальным вагинозом, диагноз должен быть подтвержден клинико-лабораторными признаками, предложенными Apffel R et al. В (1983 г.).

Критерии исключения:
– возраст моложе 18 и старше 45 лет;

– восходящий процесс генитальной патологии, соматическая отягощенность, в том числе эндокринная патология, ожирение, сердечная недостаточность, серьезная пече-

ночная или почечная патология;
– асоциальный статус пациента, который делает невозможным проведение клинико-серологического контроля;

– системная и/или местная терапия в течение 1 месяца до настоящего исследования;

– женщины в период беременности и кормления грудью;

– пациенты с ИППП (сифилис, гонорея и т.д.);

– больные с непереносимостью орнидазола в анамнезе.

Критерии оценки эффективности: динамика жалоб и клинических проявлений; **лабораторная эффективность:** нормализация мазков на микрофлору и отсутствие роста анаэробной микрофлоры в бактериологическом посеве.

Хороший эффект:

– полный регресс клинических симптомов;

– полная элиминация возбудителя.

Удовлетворительный эффект:
– полный регресс клинических симптомов;

– обнаружение патогенных микроорганизмов одним из методов после окончания терапии.

Плохой эффект:

– отсутствие регресса клинических симптомов;

– клинический рецидив;

– обнаружение патогенных микроорганизмов после окончания терапии.

Критерии оценки побочных реакций (переносимость) от проводимого лечения:

I (легкая) степень – наличие побочных реакций, не влияющих на

Дазолик

ОРНИДАЗОЛ



**Современный нитроимидазол,
с высокой клинической эффективностью
и улучшенной комплаентностью**



Преимуществом Дазолика в группе 5-нитроимидазола является:

- высокая эффективность** - резистентность патогенной инфекции не обнаружена;
- совместим с алкоголем** - не вызывает дисульфирамоподобных реакций;
- отличная комплаентность** - метаболиты инертны, не вызывают интоксикации, меньшее проявление металлического привкуса во рту;
- короткий курс применения** - сохраняет терапевтическое действие в течение 3 дней после последнего приема лекарства;
- двойной путь выведения** - не требуется корректировки дозировки у пожилых и людей, с печеночной и почечной недостаточностью;
- разрешен к применению у беременных со 2 триместра;**
- сохраняет нормальный биоценоз - лактобациллы.**

Дазолик назначается в гинекологии при:

- ✓ **бактериальном вагинозе вызванном анаэробной и пиогенной флорой;**
- ✓ **урогенитальных неспецифических инфекционных заболеваниях:**
уретрит, вульвовагинит, бартолонит, кольпит, цирвиит;
- ✓ **при трихомониазе;**
- ✓ **профилактика инфекций, вызванных анаэробными бактериями:**
при операциях на органах малого таза;
постановке ВМС, гистерографии, аборте.
диатермокоагуляции шейки матки.



За подробной информацией обратитесь в Представительство
компании Сан Фармасьютикл по адресу:
117420 Москва, ул. Профсоюзная 57, офис 722
т/ф.: (495) 334-28-77, 332-61-13; e-mail: sunpharm@ron.ru

Регистрационный номер: П № 015785/01



Таблица 1. Длительность заболевания

Длительность заболевания	Абс.	%
До 2 недель	12	54,5
2-4 недели	7	31,8
Более 4 недель	2	9,1
Более 6 месяцев	1	4,5

ежедневную активность пациента;

II (средняя) степень – наличие побочных явлений, вызывающих дискомфорт с некоторым влиянием на ежедневную активность;

III (тяжелая) степень – наличие побочных явлений, приводящих к потере работоспособности и невозможности выполнения обычных ежедневных занятий.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех пациенток была исследована микрофлора мочеполовых органов с определением количества и видов микроорганизмов и общий мазок до и через 7-10 дней после лечения.

Общеклинические исследования проведены у всех пациенток и включали общий анализ крови и общий анализ мочи.

Исследование проводилось на базе ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий». В исследование были включены 26 женщин в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $29,5 \pm 2,7$) с диагнозом бактериальный вагиноз. Жалобы на обильные сливкообразные выделения с неприятным запахом, которые усиливаются перед менструацией, предъявляли 19 пациенток, зуд наружных половых органов отмечали 3 женщины, дискомфорт в мочеиспускательном канале – 2 пациентки.

Длительность заболевания у большинства пациенток состави-

ла менее четырех недель. И лишь у одной пациентки симптомы сохранялись более 6 месяцев до обращения в специализированное учреждение.

При проведении объективного обследования гиперемия вульвы определялась лишь у одной пациентки, обильные или умеренные влагалищные выделения, которые находилось в заднем своде и/или равномерно распределялось по стенкам влагалища – у всех пациенток. У 19 женщин (86,3%) с длительностью заболевания менее одного месяца они были жидкой консистенции белого или сероватого оттенка. У трех пациенток (13,6%) отделяемое в заднем своде влагалища имело густую консистенцию, серую окраску и обладало свойством тянуться. У всех женщин отсутствовали признаки воспаления со стороны слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Распределение типичных лабораторных признаков бактериального вагиноза у пациенток представлено в таблице 2.

У большинства обследованных пациенток рН влагалищного отделяемого смещалось в щелочную сторону. Неприятный «рыбный» запах выделений, усиливающийся при смешивании с 10% раствором KOH, определялся у всех, кроме двух пациенток. Наличие «ключевых клеток» во влагалищных мазках также было выявлено у большинства пациенток (92,3%). Количество лейкоцитов варьировало в пределах от 8 до 40 в поле зрения, но у большинства пациенток (73,1%) не превышало 15. У всех пациенток (26 человек) возбудителем бактериального вагиноза являлась

Gardnerella vaginalis, в отношении которой активны 5-НИМЗ активны и орнидазол. При микроскопии вагинального мазка не обнаружены известные патогенные возбудители – *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*, поэтому все пациентки, находящиеся под нашим наблюдением получали монотерапию препаратом Дазолик по 500 мг два раза в день в течение пяти дней *per os*.

Исследование закончили все 26 женщин. На фоне проводимой терапии достигнута нормализация клинической картины и лабораторных показателей у большинства пациентов. Клинические симптомы исчезли на 3-4 день лечения у 23 пациенток, у 1 пациентки сохранялись жалобы на дискомфорт в мочеиспускательном канале, у двух пациенток – на выделения.

При проведении контроля излеченности через 7-10 дней после окончания терапии препаратом Дазолик все 26 пациенток отмечали улучшение состояния, жалобы на выделения сохранялись лишь у одной пациентки. В мазках на микрофлору у 3 женщин были обнаружены единичные «ключевые клетки», при бактериологическом исследовании рост *G.vaginalis* в титре менее 10^3 КОЕ/мл определялся также у 2 пациенток. Кроме того, у 12 пациенток (46,2 %) сохранялось недостаточное количество или отсутствие лактофлоры. У всех пациенток, получавших терапию препаратом Дазолик, произошло смещение рН влагалищного отделяемого в кислую сторону. Аминотест также был отрицательным у всех обследованных.

В проведенном клиническом исследовании, отмечена хорошая переносимость препарата Дазолик: побочных эффектов и осложнений отмечено не было ни у одной пациентки.

Таким образом, проведенные на базе ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» исследования показали, что Дазолик обладает высокой эффективностью при терапии женщин с бактериальным вагинозом и хорошо переносится пациентками. 

Таблица 2. Частота обнаружения типичных лабораторных признаков бактериального вагиноза

Лабораторные признаки	Частота обнаружения	
	Абс.	%
«Ключевые клетки»	24	92,3
Повышение рН влагалищного отделяемого > 4,5	23	88,5
Положительный аминотест	24	92,3
Снижение количества или отсутствие лактобактерий	19	73,1
Рост <i>G.vaginalis</i> > 10^4 КОЕ/мл	26	100

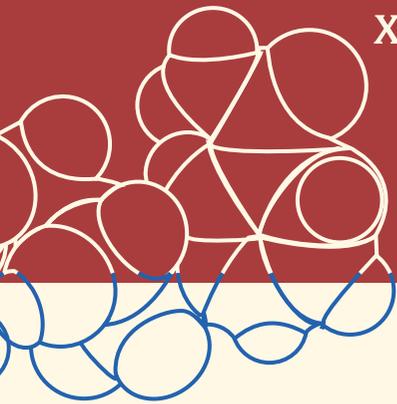
XI Всероссийский Конгресс диетологов и нутрициологов

Питание и здоровье

В рамках конгресса состоится III Всероссийская научно-практическая конференция детских диетологов

30 ноября-2 декабря 2009 года

ГОСТИНИЦА "РЭДИССОН САС СЛАВЯНСКАЯ" (МОСКВА, ПЛОЩАДЬ ЕВРОПЫ, 2)



Организаторы Конгресса

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Российская академия медицинских наук
- НИИ питания РАМН
- Национальная Ассоциация диетологов и нутрициологов

Научная программа Конгресса

- Организация диетологической помощи населению Российской Федерации
- Демографические аспекты диетологии и нутрициологии
- Оптимизация питания здорового человека
- Вопросы лечебного питания в клинической практике
- Актуальные вопросы детской диетологии
- Питание лиц, занимающихся спортом, и профессиональных спортсменов
- Инновационные технологии в пищевой индустрии
- Образовательные программы в области здорового и лечебного питания

К участию в работе Конгресса приглашены:

- Международный Союз наук о питании (International Union of Nutritional Sciences)
- Европейская Федерация ассоциаций диетологов (European Federation of the Associations of Dietitians)
- Европейская Ассоциация по изучению ожирения (European Association for Study of Obesity)
- Федеральный институт оценки риска, Германия (Federal Institute for Risk Assessment, Germany)
- Международный институт биологических наук (International Life Sciences Institute)
- Международный Альянс национальных ассоциаций производителей диетических/пищевых добавок (International Alliance of Dietary/Food Supplement Associations)
- Европейское общество по педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition)
- Европейская группа по изучению ожирения у детей (European Childhood Obesity Group)
- Европейская Академия Педиатрии (European Academy of Paediatrics)

ВХОД НА ВСЕ ЗАСЕДАНИЯ КОНГРЕССА – СВОБОДНЫЙ.

Регистрационный взнос

Безналичный расчет

Регистрационный взнос составляет 1950 руб. (НДС не облагается). Участники Конгресса, оплатившие регистрационный взнос, имеют право на получение именного бэйджа участника и комплекта официальных материалов Конгресса (программа, сборник тезисов, каталог выставки, медицинская литература и др.). Участники, оплатившие регистрационный взнос **до 15 сентября 2009 г.** имеют право бесплатно опубликовать тезисы.

Тезисы

Текст должен быть напечатан в редакторе MS Word, шрифтом Times New Roman 11, через один интервал и уместиться в рамку размером 130 x 175 мм. Название работы печатается в верхнем регистре без сокращений. С новой строки указываются фамилии авторов (инициалы ставятся после фамилии), с новой строки – полное официальное название учреждения и город. Файл должен иметь в названии фамилию первого автора и город, набранные без пробелов. Если от одного автора или группы авторов направляется более одной работы, то в конце названия файла ставится цифра 1, 2, 3 (например, ИвановМосква1).

Оплаченные тезисы должны быть высланы **не позднее 15 октября 2009 г.**

- через сайт www.congress-pitanie.ru (правила оформления размещены на сайте)
- по e-mail sokolova@ion.ru (с пометкой «Тезисы для XI Конгресса «Питание и здоровье»»)

Реквизиты для оплаты регистрационного взноса и тезисов – см. на сайте www.congress-pitanie.ru

Конкурс молодых ученых

В конкурсе могут принять участие аспиранты, врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет. Для участия в конкурсе необходимо **до 30 октября 2009 г.** прислать по почте или e-mail в конкурсную комиссию заявку на участие и резюме работы объемом не более 2 страниц текста (оформление – см. «Тезисы»), которое должно содержать информацию об авторе (фамилия, дата рождения, должность, организация, город, страна) и быть заверено подписью руководителя учреждения.

Оформление – см. на сайте www.congress-pitanie.ru

Выставка

Параллельно с работой Конгресса пройдет выставка производителей продуктов питания, витаминов, биологически активных и пищевых добавок, пищевого сырья, промышленного оборудования и др.

Дополнительная информация

Алексеева Ирина Александровна (научная программа): Тел.: +7 495 698-5342, e-mail: alexeeva@ion.ru

Соколова Анна Георгиевна (тезисы и конкурс молодых ученых): Тел.: +7 495 698-5226, факс: +7 495 698-5379, e-mail: sokolova@ion.ru

Щербинина Ирина Владимировна (регистрационный взнос): Тел.: +7 495 414-8947, факс.: +7 495 414-9835, e-mail: dietology@mm-agency.ru

Макарова Татьяна Владимировна (выставка): Тел.: +7 495 517-7055, факс.: +7 495 414-9835, e-mail: mtv@mm-agency.ru

Клебанова Ирина (бронирование гостиницы) Тел.: +7 495 956-4422, факс: +7 495 956-2244, e-mail: iklebanova@intelservice.ru

Современные аспекты диагностики и лечения синдрома задержки роста плода

Г.Л. ДОРНИН,
М.В. МАЗУРКЕВИЧ,
О.О. ДЕМИНА,
А.А. АРИСТОВ,

МГМСУ,
кафедра акушерства
и гинекологии
стоматологического
факультета

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является актуальной проблемой перинатологии. Эта патология оказывает влияние не только на внутриутробное состояние плода, но и на последующее развитие ребенка и становление всех функций его организма. Многочисленными исследованиями доказано, что имеется взаимосвязь между массоростовыми параметрами новорожденного и его дальнейшим физическим, психомоторным и неврологическим развитием не только в момент появления на свет, но и спустя много лет (1, 3, 4, 8, 11, 12).

По сведениям отечественных авторов СЗРП в акушерской практике встречается у 5-17,6% пациентов, причем частота СЗРП у недоношенных детей выше и составляет 15,7-22%, так как причины и патогенетические механизмы патологических состояний, приводящих к преждевременным родам и СЗРП часто совпадают (13, 15, 18, 21).

Чаще патогенетическим аспектом в развитии СЗРП является плацентарная недостаточность –

морфофункциональные изменения в фетоплацентарной системе, приводящие к нарушению плодово-плацентарной гемодинамики, транспорта кислорода и питательных веществ к плоду, изменению метаболизма и эндокринной регуляции. Учитывая тесную взаимосвязь биологических процессов, происходящих в плаценте и в организме плода, основой развития СЗРП в большинстве случаев является хроническая фетоплацентарная недостаточность (7, 9, 10, 14, 15, 19). Скрининговое исследование, проводимое в 30-34 недели беременности, позволяет обнаружить максимальное количество случаев СЗРП, обусловленных плацентарной недостаточностью. Эффективность скринингового обследования повышается при оценке нескольких обязательных компонентов: фетометрии, плацентографии и оценки околоплодных вод. Определение маточно-плодово-плацентарного кровотока с помощью доплерометрии и признаков страдания плода при КТГ дает возможность объективно оценить состояние

плода, степень тяжести его внутриутробного страдания, а также компенсаторные возможности в условиях хронической гипоксии (1, 2, 5, 6, 20).

Наличие анатомических особенностей строения и даже аномалий развития плаценты не должны отождествляться с понятием плацентарной недостаточности, но должны явиться поводом к проведению углубленного комплексного обследования плода. Диагноз СЗРП, поставленный только на основании результатов эхографического исследования, не является полным. Отставание фетометрических данных от гестационного срока при отсутствии пороков развития может быть обусловлено конституциональными особенностями плода и не требовать специального лечения и изменения акушерской тактики. Обязательным этапом в комплексном обследовании плода после установления эхографического диагноза СЗРП является функциональное исследование и оценка компенсаторных возможностей системы «мать-плацента-плод». Для комплексной оценки состояния фетоплацентарной системы при подозрении на СЗРП во всех случаях необходимо использовать доплерографию. Допплерографическое исследование в акушерстве целесообразно проводить не ранее 16-18 недель беременности. При сроке от 18-19 до 25-26 недель доплерометрия – метод выбора, т.к. биофизический профиль плода

Способствуя поглощению клеткой большего количества кислорода, Актовегин приводит к активации процессов аэробного окисления, что увеличивает энергетический потенциал тканей. Доказано, что эффекты Актовегина наиболее выражены при гипоксическом характере повреждения тканей. Вторичным эффектом препарата Актовегин является улучшение микроциркуляции и кровоснабжения ишемизированных тканей.

информативен с 26 недель, а кардиоотография еще не показательна.

Изменение нормальных показателей доплерометрии есть неспецифическое проявление многих патологических состояний плода, причем во многих случаях предшествующих появлению клинических симптомов, важно, что это относится и к основным патологическим состояниям при беременности – СЗРП, гипоксии плода, гестозу и др. (14, 16, 17, 19, 21).

Не все формы плацентарной недостаточности сопровождаются существенными изменениями маточно-плацентарного и плацентарно-плодового кровотока. С этим, по-видимому, связано большинство ложноотрицательных результатов. Гипердиагностика СЗРП ведет к увеличению числа пренатальных исследований, и к необоснованной лекарственной интервенции в фетоплацентарный комплекс, а также к активизации акушерской тактики и негативному воздействию на психику пациентки.

Поэтому следует подчеркнуть необходимость комплексного учета данных трех основных взаимодополняющих методов исследования: эхографии, кардиоотографии и доплерометрии.

Диагностическая значимость доплерометрии в маточной артерии и в артериях пуповины плода достоверна только при нарушении кровотока, при патологических кривых скоростей кровотока. Однако при нарушении кровотока различной степени и несоответствии размеров плода сроку беременности (при подозрении на симметричную форму гипотрофии) этот метод может использоваться для дифференциальной диагностики со здоровым маловесным плодом. Наличие нормального кровотока при небольшом по размерам плоде в большинстве случаев будет говорить о наличии здорового маловесного плода.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние терапии Актотегин при СЗРП на состояние фетоплацентарного комплекса у беременных по данным фетометрии и доплерометрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено комплексное динамическое обследование 22 (100%) беременных женщин в сроке беременности 30-32 недели с СЗРП на базе Клинического родильного дома № 26 г. Москвы. Возраст беременных колебался от 18 до 35 лет и составил в среднем 25,6 +/- 4,2 года.

Исследования фетоплацентарной системы проводили при помощи эхографии и доплерометрии в 30-32 недели. Для коррекции метаболических изменений проводилась терапия препаратом Актотегин по 1 табл. 3 раза в день в течение 2 недель, после чего проводили контрольное исследование.

Исследования выполнены с помощью ультразвукового диагностического прибора «ALOKA SSD-5500 ProSound» (Япония). Комплексное ультразвуковое исследование включало фетометрию, плацентографию, оценку количества и качества околоплодных вод. Оценивали соответствие результатов фетометрии нормативным для данного срока беременности. Структуру плаценты расценивали как соответствующую ее нормальному состоянию в случае, если степень ее зрелости (согласно классификации Stanhit P. и соавт., 1979) и толщина соответствовали сроку беременности, отсутствовали патологические включения в ее структуре, а расположение плаценты было нормальным. Определение изучаемых показателей проводили по известным методикам.

Для оценки маточно-плодово-плацентарного кровотока в артерии пуповины и маточных артериях проводилось доплерометрическое исследование. В

спектре артериальных сосудов определяли общепринятый угло-независимый показатель сосудистой резистентности: систоло-диастолическое отношение (СДО).

По возрасту и паритету беременные женщины были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При интерпретации данных ультразвукового исследования мы исходили из того, что полученная информация является отражением состояния фетоплацентарной системы и ее компенсаторно-приспособительных реакций на момент исследования. Фетометрические данные, структура плаценты и объем околоплодных вод определяются как маркеры стабильности фетоплацентарной системы, т.е. отражают степень стабильности, соответствия сроку беременности в процессе формирования и развития.

Стимулируя аэробное окисление, Актотегин улучшает перфузию глюкозы в плаценте, повышает доставку кислорода, нормализует показатели гемодинамики и обладает выраженным влиянием на белковый обмен плода.

Из всех обследуемых беременных женщин 22 (100%), у 18 (81,8%) пациенток имело место СЗРП асимметричной формы, а у 4 (18,2%) – симметричной формы. Причем у 19 (86,4%) отставание параметров фетометрии от нормативных для данного срока беременности составляет 2 недели, что соответствует I степени СЗРП, а у 3 (13,6%) – более 2 недель, что соответствует II степени СЗРП. Чаще выявляется СЗРП I степени – 16 (88,9%) случаев при асимметричной форме

СЗРП и 3 (75%) – при симметричной.

Из всех обследуемых беременных при комплексном обследовании эхо-признаки преждевременного созревания плаценты выявлены в 12 (54,5%) случаях. Многоводие и маловодие при этом наблюдалось практически в одинаковом количестве случаев – 3 (13,6%) и 4 (18,2%) соответственно.

При исследовании маточно-плодово-плацентарного кровотока мы получили следующие данные: в 6 (27%) случаях кровотока был не нарушен, нарушение маточно-плацентарного кровотока (IA степени) было выявлено в 5 (23%) случаях, нарушение плодово-плацентарного кровотока (IB степени) отмечалось в 8 (36%) случаях и нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока II степени – в 3 (14%) случаях.

Причем при симметричной форме СЗРП патологические показатели кровотока были выявлены во всех случаях: IA степени – 1 (25%), IB степени – 2 (50%), II степени – 1 (25%). Тогда как при асимметричной форме в трети случаев – 6 (33,3%) – значения кровотока регистрировались в пределах нормы, нарушение маточно-плацентарного кровотока (IA степени) – 4 (22,2%), нарушение плодово-плацентарного кровотока (IIB степени) – 6 (33,3%) и нарушение кровотока II степени – 2 (11,1%).

У 12 беременных определялись эхо-признаки преждевременного созревания плаценты, причем при симметричной степени СЗРП – во всех случаях: 4 (100%), а при асимметричной – 8 (44,4%). Нормальные показатели кровото-

ка в случаях с преждевременным созреванием плаценты регистрировались у 2 (16,7%) беременных. Нарушение кровотока при преждевременном созревании плаценты наблюдалось чаще и составило 10 (83,3%) случаев, причем преимущественно отмечалось повышение резистентности маточных артерий – 6 (50%), тогда как повышение резистентности в артерии пуповины отмечалось в 2 (16,7%) случаев изолированно и в 2 (16,7%) – совместно с повышением резистентности в маточной артерии, что характеризует нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока II степени.

При СЗРП в результате снижения компенсаторных возможностей фетоплацентарной системы достоверно чаще встречается нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока, тогда как нормальный кровоток регистрировался в трети случаев. Если учитывать сочетание преждевременного созревания плаценты и СЗРП, то случаев нарушения кровотока в 5 раза больше по сравнению с нормальными показателями – 10 (83,3%) и 2 (16,7%) соответственно/

Всем беременным назначалась терапия препаратом Актовегин по 1 табл. 3 раза в день в течение 2 недель, после чего было проведено контрольное обследование с целью оценки эффективности терапии и для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременных в соответствии с полученными результатами.

Терапия Актовегином была назначена в связи с тем, что этот препарат активизирует обмен

веществ в плаценте, улучшает микроциркуляторные процессы в плацентарной ткани, нормализует кровообращение в плацентарных сосудах, улучшает реологические и коагуляционные свойства крови в системе «мать-плацента-плод», вследствие чего улучшаются метаболические процессы и регулируется энергообеспечение тканей.

Активное вещество Актовегина представляет собой депротенинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот. Актовегин стимулирует клеточный метаболизм путем увеличения транспорта и накопления глюкозы и кислорода и усиления его внутриклеточной утилизации. Эти процессы приводят к ускорению метаболизма АТФ и повышению энергетических ресурсов клетки. Вторичным эффектом является улучшение микроциркуляции и кровоснабжения ишемизированных тканей. Поглощение клеткой большего количества кислорода приводит к активации процессов аэробного окисления, что увеличивает энергетический потенциал тканей. Доказано, что эффекты Актовегина наиболее выражены при гипоксическом характере повреждения тканей.

Стимулируя аэробное окисление, Актовегин улучшает перфузию глюкозы в плаценте, повышает доставку кислорода, нормализует показатели гемодинамики и обладает выраженным влиянием на белковый обмен плода.

Полученные результаты при контрольном исследовании через 2 недели приема препарата свидетельствовали о терапевтическом эффекте Актовегина при лечении СЗРП. После курса лечения соответствие результатов фетометрии нормативным для данного срока беременности отмечалось у 18 (82%) беременных, причем полностью адекватный рост плода определялся в 10 (48%) случаях, а незначительное отставание параметров фетоме-

Активное вещество Актовегина представляет собой депротенинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот. Актовегин стимулирует клеточный метаболизм путем увеличения транспорта и накопления глюкозы и кислорода и усиления его внутриклеточной утилизации. Эти процессы приводят к ускорению метаболизма АТФ и повышению энергетических ресурсов клетки.

трии в пределах одной недели – у 8 (36%) беременных. Отставание фетометрических параметров в клинически значимых значениях (более 2 недель) было отмечено в 4 (18%) случаях. Во всех случаях СЗРП при контрольном обследовании отмечена положительная динамика, но требовалось продолжение лечения более длительным курсом.

Анализ результатов доплерометрического исследования выявил значительное улучшение кровотока после курса проведенного лечения. В 15 (68%) случаях кровотока не был нарушен; нарушение маточно-плацентарного кровотока (IA степени) было выявлено в 6 (27%) случаях, нарушение плодово-плацентарного кровотока (IB степени) отмечалось в 1 (5%) случае. Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока II степени после лечения выявлено не было.

Таким образом, применение препарата Актовегин способствует уменьшению патологических изменений в плаценте и адекватному росту и развитию плода, а также улучшает общее состояние беременных.

Гемодинамические изменения в системе «мать-плацента-плод»

при СЗРП универсальны, однотипны и не зависят от природы ведущего этиологического фактора. Адекватная оксигенация плода возможна только при неизменном состоянии маточно-плодово-плацентарного кровотока. Применение Актовегина при осложненном течении беременности позволяет улучшить состояние матери и внутриматочное развитие плода, создается возможность для пролонгирования беременности и улучшения показателей перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных.

Целесообразно при сроке беременности 30-32 недели проводить скрининговое обследование беременных женщин с целью выявления адекватного роста плода по соответствию нормативным данным фетометрии гестационному сроку и функционального состояния плода. Фундаментальный принцип антенатальной оценки функционального состояния плода: точность диагностики с помощью различных методов тем выше, чем больше параметров биофизической активности плода принимается во внимание при его обследовании.

Комплексное обследование бе-

ременной при диагностике СЗРП:

- определить форму и степень тяжести СЗРП по данным фетометрии;
- оценить степень функциональных и структурных изменений в фетоплацентарной системе и ее адаптационно-приспособительные возможности, с помощью кардиотокографии и/или доплерометрии с учетом срока беременности;

Применение препарата Актовегин способствует уменьшению патологических изменений в плаценте и адекватному росту и развитию плода, а также улучшает общее состояние беременных.

- установить вероятные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития СЗРП.

На основании полученных данных можно достоверно оценить прогноз и соответственно определить дальнейшую тактику ведения беременности и родов. 

Литература

- Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. // П.: ИнтелТек, 2004, с. 424.
- Алгоритмы пренатальной диагностики. Учебное пособие. Под ред. М.В. Медведова // М.: Реальное Время, 2005, с. 32.
- Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья детей. // М.: МЕД Пресс-информ, 2005, с. 208.
- Боровкова Л.В., Воскресенская С.В., Удалова О.В. Медико-генетическое консультирование и пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний. // Н. Новгород: НГМА, 2007, с. 56.
- Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. // Мн.: Книжный Дом, 2004, с. 304.
- Демидов В.Н., Бычков П.А., Логвиненко А.В., Воеводин С.М. Ультразвуковая биометрия. // Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в перинатологии. Под редакцией Медведова М.В., Зыкина Б.И. – М., 1990, с. 83-92.
- Иванова О.Ю. Особенности состояния гемодинамики ФПК в группах с различной степенью перинатального риска. // Автореф. дисс. к.м.н., 2002.
- Козлова Л.В., Никифоровский Н.К., Ибатулин А.Г. и др. Плацентарная недостаточность, ее влияние на плод и новорожденного. // Учебно-методическое пособие. – Смоленск: СГМА, 2002, с. 40.
- Кузнецова Т.В., Вахарловский В.Г., Баранов В.С. Пренатальная диагностика в акушерстве: современное состояние, методы, перспективы. // Методическое пособие. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002, с. 64.
- Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. // М., 2004, с. 494.
- Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. // М., РАВУЗДПГ, 1998, с. 208.
- Охапкина А.В. Прогноз перинатальных исходов при беременности, осложненной задержкой роста плода. // Автореф. дисс. к.м.н., 2007.
- Петриковкий Б.М., Медведев М.В., Юдина Е.В. Врожденные пороки развития. Пренатальная диагностика и тактика. // М.: РАВУЗДПГ, Реальное Время. – 1999, с. 256.
- Серов В.Н., Заварзина О.О., Жаров Е.В. Плацентарная недостаточность: патогенез, диагностика и лечение. // М.: ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН». – 2007, с. 23.
- Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. // М.: Медицинское информационное агентство, 2005, с. 296.
- Сидорова И.С., Макаров И.О. Течение и ведение беременности по триместрам. // М.: ООО «МИА». – 2007, с. 304.
- Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. // М.: Медицина. – 1990, с.71-76.
- Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. // М.: ООО «МИА». – 2007, с. 224.
- Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Г. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение. // «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии». 2003, том 2, № 2.
- Ультразвуковая фетометрия: справочные таблицы и номограммы. Под ред. М.В. Медведова. // М.: РАВУЗДПГ. – Реальное Время. – 2002, с. 80.
- Sonography in obstetrics and gynecology. Principles and practice. 6-th edition. Edited by: A. Fleischer, F. Manning, Ph. Jeanty, R. Romero, 2004, 586 p.

С.П. СИНЧИХИН,
О.Б. МАМИЕВ,
С.Г. МАГАКЯН,
А.В. БУРОВ,
Е.В. ПАХЛОВА

Астраханская
государственная
медицинская академия,

Городская клиническая
больница № 3, Астрахань

Редкое клиническое наблюдение: сочетание беременности с гнойным воспалением придатков матки

В современной литературе имеются единичные работы, в которых указывается о наличии у беременной и родильницы гнойных патологических процессах в придатках матки. Приводят редкий случай одностороннего пиовара в третьем триместре беременности, протекавшего в начальном периоде заболевания под маской острого аппендицита. Зарубежными исследователями представлены сведения о развитии на 7-14 сутки пуэрперального периода острого сальпингоофорита, осложнившегося гнойным перитонитом. В связи с этим, считаем интересным представить следующее клиническое наблюдение.

В гинекологическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Астрахани была доставлена больная Б. (медицинская карта № 357), 27 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту, однократную рвоту, слабость, повышение температуры тела до 37,8°C, кровянистые выделения из половых путей. Вышеописанные симптомы заболевания наблюдались в течение суток. При отсутствии эффекта от самостоятельного приема Но-шпы и анальгина, а также ввиду усиления болевого синдрома больная обратилась за экстренной медицинской помощью. Из анамнеза известно, что два года назад желанная беременность завершилась путем операции кесарева сечения. Осложнений в послеродовом периоде не наблюдалось. Артифицированных абортов и самопроизвольных выкидышей не было. В течение последних двух лет к акушеру-гинекологу за медицинской помощью и проведением про-

филактического осмотра женщина не обращалась. Наличие какой-либо соматической патологии отрицала. Пациентка находилась в зарегистрированном браке, для контрацепции использовала прерванный *coitus*. Больная указывала на задержку очередной менструации на пять недель.

При поступлении пациентка осмотрена дежурными терапевтом и хирургом. Изменений в системах кровообращения, дыхания и пищеварения не выявлено. Острая хирургическая патология исключена.

Температура тела – 37,5°C. Объективное обследование показало, что передняя брюшная стенка участвовала в акте дыхания, но пальпация живота в нижних отделах была болезненной, где и определялись слабоположительные симптомы раздражения брюшины.

При проведении гинекологического исследования установлено, что слизистая влагалища и шейки матки на зеркалах цианотична, выделения из цервикального канала – кровянистые; бимануально: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев структурно изменен – пропускает исследующий палец, движения за шейку матки умеренно болезненное. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, при пальпации болезненная, периодически тонизируется. Придатки с обеих сторон определяются, несколько увеличены, умеренно болезненные при пальпации. Своды свободные. Выделения из влагалища, кровянистые, умеренные.

Учитывая клиническую картину начавшегося выкидыша, проведено выскабливание стенок полости матки. Маточное кровотечение остановлено. Наличие в соскобе элементов плодно-

го яйца подтверждало наличие маточной беременности. С диагностической целью выполнена пункция дугласова пространства – получено около 5 мл гнойного выпота. Учитывая полученные новые данные инструментального обследования, решено было выполнить лапароскопию совместной бригадой гинеколога и хирурга.

При лапароскопии обнаружено в малом тазу небольшое количество гноевидного выпота желтого цвета; тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, с гладкой ровной поверхностью, гиперемировано; яичники обычного строения; маточные трубы багрового цвета, отечны, фимбриальные отделы ярко гиперемированы, открыты, из их просвета стекает гной.

Осмотрены червеобразный отросток и другие органы брюшной полости – патологических изменений не обнаружено. С учетом всех клинко-инструментальных данных выставлен диагноз: «Острый гнойный двусторонний сальпингит. Пельвиоперитонит. Неполный самопроизвольный выкидыш. Выскабливание стенок полости матки. Лапароскопия». Учитывая отсутствие грубых анатомических и выраженных воспалительно-дегенеративных изменений в органах малого таза, а также принимая во внимание наличие современных эффективных фармакологических средств, и желая сохранить детородную функцию у молодой женщины, было принято решение санировать и дренировать брюшную полость, назначить высокоэффективные антибактериальные, иммуностимулирующие и нестероидные противовоспалительные препараты, провести дезинтокси-

ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
ДИСБАКТЕРИОЗ
ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ
МЕНИНГИТЫ
КАНДИДОЗ
ГРИПП И ОРВИ



суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



Производитель ООО «ФЕРОН»
123098 г.Москва, ул. Гамалеи, дом 18, корп. А
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН
тел/факс (495/499) 193-3060, 193-4332, 193-5558
e-mail: viferon@rol.ru www.viferon.su www.interferon.su

кационную терапию, использовать физиотерапию.

Санация брюшной полости проводилась во время лапароскопии раствором хлоргексидина.

В качестве антибактериального препарата первого выбора мы использовали однократно Сафоцид. Указанный препарат содержит в своем составе азитромицин (1 г), секнидазол (2 г) и флуконазол (150 мг). Азитромицин эффективно воздействует на внутриклеточные и аэробные возбудители заболеваний. Кроме этого, данное лекарственное средство способно в высоких концентрациях накапливаться в очаге воспаления. Секнидазол – высокоактивный антимикробный препарат в отношении облигатных анаэробных бактерий. Флуконазол предупреждает развитие кандидоза на фоне антибиотикотерапии.

В последующие дни после приема Сафоцида в качестве антибактериальной терапии пациентка получала Цефтриаксон по 1 г и Метрогил по 100 мл 2 раза в день внутривенно капельно, а также дезинтоксикационную терапию: физиологический раствор, 5% раствор глюкозы и раствор Рингера.

Для дополнительного устранения возможных патогенных микроорганизмов и снижения колонизации условно патогенной флорой слизистой оболочки влагалища у пациентки использовали вагинальные свечи Йодоксид, которые обладают широким антимикробным спектром действия.

С целью иммунокоррекции был назначен Виферон по 1 ректальной свече (500 000 МЕ) 2 раза в день. Основным действующим лекарственным веществом данного препарата является рекомбинантный интерферон, под действием которого в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Добавление в препарат Виферон витамина Е и С обеспечивает не только антиоксидантное действие, но и способствует усилению активности рекомбинант-

ного интерферона в 10-14 раз (Vidal, 2008).

С обезболивающей и противовоспалительной целью использовали Дикловит – ректальные свечи, содержащие лекарственное вещество диклофенак. Препарат назначался 1-2 раза в день. Известно, что диклофенак обладает выраженным анальгезирующим действием, а применение в виде ректальных свечей обеспечивает не только быстрое поступление лекарства в системный кровоток, но и предупреждает негативное влияние препарата на верхние отделы желудочно-кишечного тракта при приеме *per os*.

Для достижения максимальной концентрации лекарственных веществ в очаге воспаления мы использовали ионофорез. Суть указанного метода заключается в том, что больному внутривенно вводят антибиотик, а затем, после достижения максимальной концентрации его в крови, осуществляют гальванизацию при расположении пораженного органа в межэлектродном пространстве. В основе этого способа электрофореза лежит элиминирующая способность постоянного тока создавать в патологическом очаге высокую концентрацию лекарства (в тканях интерполярной зоны концентрация антибиотиков повышается в 1,5 раза). Кроме того, постоянный ток повышает проницаемость гистогематических барьеров и адсорбционную активность тканей в зоне воздействия. Физиотерапию начинали проводить через 20 мин. после начала внутривенного введения антибиотиков. Electroды располагались продольно в предполагаемой проекции органов малого таза.

Длительность процедуры составляла 25 минут.

На фоне проводимой терапии больная уже со вторых суток стала отмечать значительное улучшение самочувствия: прекратились боли в нижних отделах живота, не наблюдалась лихорадка.

Лабораторные показатели воспалительной реакции нормализовались на 7 сутки лечения. По результатам бактериологического исследования выделений из цервикального канала

и маточных труб, взятых до начала антибиотикотерапии, обнаруживалась только условно-патогенная флора.

Через 8 дней после интенсивно проводимой комплексной терапии пациентка была выписана из стационара. Ей рекомендовалось продолжить с реабилитационной целью физиотерапию (магнитотерапию) амбулаторно и прием эстрогенгестагенсодержащего препарата Регулон в режиме контрацепции.

Проведение гистеросальпингографии через 6 месяцев после стационарного лечения указывало на наличие проходимости маточных труб.

На наш взгляд теоретически предположить развитие двухстороннего гнойного сальпингита у беременной в представленном клиническом наблюдении можно следующим образом. Вероятно, маточная беременность у пациентки возникла на фоне уже имеющегося воспалительного процесса, который не привел к окклюзии маточных труб. Субклиническое течение заболевания возможно связано с тем, что этиологическими возбудителями поражения внутренних половых органов была условно-патогенная флора. Иммуносупрессивное состояние, наблюдающееся при беременности, способствовало прогрессированию воспалительно-патологического процесса. В свою очередь острое воспаление придатков матки привело к прерыванию беременности.

Таким образом, резюмируя (исходя из данных представленных в данном клиническом наблюдении), необходимо отметить, что в некоторых случаях возможно сочетание беременности и гнойно-воспалительных процессов придатков матки. Необходимо самым внимательным образом подходить к вопросам дифференциальной диагностики патологических процессов у беременных женщин. Правильный диагноз и рациональная лечебная тактика с применением современных фармакологических препаратов (Сафоцид, Виферон, Амоксиклав, Дикловит), физиотерапии способствует благоприятному исходу заболевания, сохранению органов репродуктивной системы и детородной функции женщины. 

Литература

1. Гаценко В.И., Андреева М.В., Петренко В.П., Бедарев С.В., Королева Г.П., Очнев Ю.А.,

Жаркин Н.А. Редкий случай пиовара в третьем триместре беременности // Журнал

практического врача акушера-гинеколога. – 2005, № 3-4. С. 27-30.

2. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Ed. By James R.Scott et al. Lippincott Wilkins. 2003. P. 1100.

Календарь мероприятий на II полугодие 2009 года

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

9 СЕНТЯБРЯ

Невынашивание беременности: современные подходы к диагностике и лечению

Руководитель: академик РАМН **Л.В. Адамян**,
главный специалист по акушерству и гинекологии ГМУ УД Президента РФ

23 СЕНТЯБРЯ

Гастроэнтерология

Руководители: профессор **О.Н. Минушкин**, главный гастроэнтеролог ГМУ УД Президента РФ,
заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

21 ОКТЯБРЯ

Офтальмология

Руководитель: профессор **С.Э. Аветисов**, главный специалист по офтальмологии ГМУ УД Президента РФ,
директор НИИ глазных болезней РАМН

11 НОЯБРЯ

Эндокринология

Руководитель: профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ

18 НОЯБРЯ

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

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

25 НОЯБРЯ

Дерматология

Руководитель: профессор **О.Л. Иванов**, главный дерматовенеролог ГМУ УД Президента РФ

2 ДЕКАБРЯ

Нарушение системы гемостаза в практике акушера-гинеколога

Руководитель: академик РАМН **Л.В. Адамян**,
главный специалист по акушерству и гинекологии ГМУ УД Президента РФ

9 ДЕКАБРЯ

Хирургия, анестезиология, реаниматология

Руководитель: профессор **Е.И. Брехов**, заместитель главного хирурга ГМУ УДП РФ,
заведующий кафедрой хирургии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

23 ДЕКАБРЯ

Кардиология (Школа ВНОК)

Руководители: профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ,
профессор **Д.А. Затейщиков**, кафедра кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

ОСЛОЖНЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ТЕРАПИЯ

29 мая 2009 г. в рамках II Международной конференции «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы» состоялся научный симпозиум «Осложненная беременность: терапия ради здоровья будущего малыша», организованный компанией «Солвей Фарма».



ПРИМЕНЕНИЕ ДЮФАСТОНА В ЛЕЧЕНИИ

Сегодня мы поговорим о препаратах прогестерона (гестагенах) и их применении в акушерской практике.

У гинекологов иногда возникает представление о том, что один прогестерон может быть безболезненно заменен другим. Однако

каждый лекарственный препарат, который содержит прогестерон, уникален и имеет свою точку приложения.

Все препараты прогестеронов получают из растительного сырья. Однако говорить о натуральности этих препаратов не совсем правильно. Полученный из растительного сырья диосгенин путем сложного химического синтеза превращается в прогестерон. Затем добавляется еще одно звено синтеза – длительное облучение прогестерона ультрафиолетом. В результате получают новый препарат – дидрогестерон (Дюфастон®), биологическая доступность которого увеличивается в 10-20 раз по сравнению с его предшественником – прогестероном.

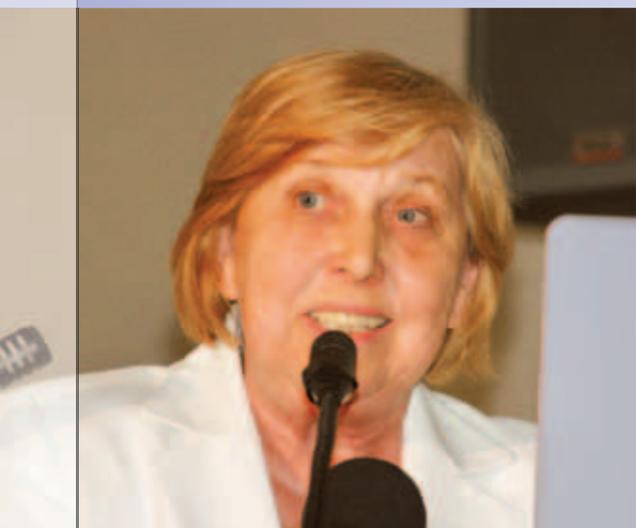
К сожалению, молекула прогестерона при пероральном применении активно метаболизируется в печени, прежде чем достигает органов-мишеней, что вызывает побочные эффекты.

Дюфастон® метаболизируется в печени минимально, причем при метаболизме образуется всего

один основной активный метаболит – дигидродидрогестерон. Этот метаболит обладает исключительно прогестагенными свойствами и у него отсутствуют нежелательные эффекты, присущие метаболитам других гестагенов. Дюфастон® высоко специфичен в отношении прогестероновых рецепторов (см. таблицу). При этом прогестерон имеет связывающую способность 50, дидрогестерон – 75. Кроме того, дидрогестерон не взаимодействует с глюкокортикоидными и минералокортикоидными рецепторами, что определяет его безопасность для матери и плода.

Дюфастон® существенно отличается от других прогестининов. Он обеспечивает секреторную трансформацию эндометрия, не обладает андрогенным и анаболическим эффектом, не оказывает отрицательного действия на углеводный обмен, не вызывает изменений в системе гемостаза, не блокирует овуляцию.

Несомненно важным является иммуномодулирующее действие прогестероновых препаратов,



В.М. Сидельникова, д.м.н., профессор
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова

РАДИ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО МАЛЫША

применяемых в акушерской практике. При патологическом течении ранних сроков беременности иммунный ответ матери в отношении плода реализуется через Th-лимфоциты первого типа, которые продуцируют огромное количество провоспалительных цитокинов, которые в свою очередь

гиперпролактинемия, гипотиреоз. В зависимости от типа нарушений должен быть разный подход к подготовке и ведению беременности. Примерно у 25% женщин с привычной потерей беременности наблюдаются сочетанные патологии. При обследовании по тестам функциональной диагностики у 85%

того, целесообразна профилактика плацентарной недостаточности. Очень часто недостаточность лютеиновой фазы обусловлена хроническим эндометритом с высоким уровнем NK-клеток, повышенным уровнем провоспалительных цитокинов, наличием сенсibilизации к прогестерону.

Таблица. Связывающая способность гестагенов по отношению к различным стероидным рецепторам (P) (Wolf A., 2002)

Гестагены	Р.прогестерона	Р.андрогенов	Р.эстрогенов	Р.глюкокортикоидов	Р.минералкортикоидов
Прогестерон	50	–	–	10	100
Дидрогестерон	75	–	–	–	–
Левоноргестрел	150	45	–	2	70
Норэтистерон	75	15	–	–	–

ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

обладают прямым эмбриотоксическим действием и ограничивают рост и развитие трофобласта. В результате на УЗИ видно образование ретрохориальных гематом на ранних этапах беременности с последующим формированием первичной плацентарной недостаточности. Мощным иммуномодулятором в такой ситуации является именно Дюфастон®, который увеличивает синтез PIBF (прогестерон-индуцированного блокирующего фактора) и модулирует иммунный ответ в матери в направлении сохранения беременности.

Привычное невынашивание беременности нередко обусловлено тромбофилическими нарушениями. В этом случае необходимо уточнить причину тромбофилии, восстановить гемодинамику применением вазоактивных препаратов.

Также необходимо уточнить источник гормональных нарушений. Это может быть гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза,

женщин при невынашивании беременности наблюдается недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ). Гормонально обусловленная НЛФ связана с гипоэстрогенией на этапе развития доминантного фолликула. Существует определенная тактика подготовки к беременности женщин при гормонально обусловленной НЛФ. В практике нашего отделения мы используем циклическую гормональную терапию (2-3 цикла) с последующей стимуляцией овуляции: Фемостон® 2/10 с 1-го дня цикла, с 16 по 26 день целесообразно добавить Дюфастон® 10 мг.

Когда проводится такая терапия, то необходима поддерживать этих женщин и во время беременности, потому что при стимуляции овуляции и хорошем фолликулогенезе будет избыток эстрогенов, и будет не хватать прогестерона, т.к. невозможно полностью нормализовать показатели, довести их до совершенно здорового состояния у этих женщин. В этом случае мы рекомендуем Дюфастон® 10 мг 2-3 раза до 16-20 недель беременности. Кроме

Важно отметить, что при хроническом эндометрите не меняется архитектура эндометрия, однако рецепторный баланс эндометрия и страдает рецепторный аппарат. В результате даже при нормальном уровне прогестерона адекватной ответной реакции эндометрия не будет. В этом случае необходимо восстановить рецептивность эндометрия (физиотерапия, игло-рефлексотерапия) и только потом назначать циклическую гормональную терапию. В случае хронического эндометрита назначают антибактериальную терапию, физиотерапию, а затем – гормональную терапию – Дюфастон® на вторую фазу менструального цикла, а затем до 16-20 недель беременности.

Итак, Дюфастон® способствует сохранению беременности, формированию нормального кровообращения в системе мать-плод и профилактике фетоплацентарной недостаточности. 



Н.В. Башмакова,
д.м.н., профессор главный акушер-гинеколог
Уральского федерального округа

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

беременности относят социально-биологические проблемы, экстрагенитальную патологию, осложненный акушерско-гинекологический анамнез, который должен быть тщательно проанализирован, и осложненное течение предыдущих беременностей.

Говоря об основных причинах невынашивания беременности, следует иметь в виду, что обычно акушеру-гинекологу приходится сталкиваться с целым комплексом причин. Итак, выделяют следующие причины невынашивания беременности: генетические, эндокринные, патологии матки, инфекционные, тромбофилические и иммунологические осложнения.

Эндокринная патология – это краеугольный камень невынашивания беременности. Особенно это связано с недостаточным уровнем прогестерона во второй фазе менструального цикла, что в результате приводит к запоздалой имплантации или ее отсутствию. В этом случае малые дозы Дюфастона (10 мг 2 раза в сутки) запускают механизмы, которые способствуют сохранению и нормальному прогрессированию беременности.

Иммунологические причины невынашивания беременности.

При АФС происходит активация реакции внутреннего звена гемостаза, что приводит к патологической активации внутрисосудистого свертывания крови и формированию микротромбоза в сосудах плацентарного русла, нарушается кровоснабжение матка-плацента-плод.

При наличии иммунологических факторов невынашивания беременности применяется плазмаферез (при появлении признаков эндотоксикоза). Кроме того, используются низкомолекулярные гепарины и иммуноцитотерапия лимфоцитами доноров.

Мы применяем иммуноцитотерапию и видим очень хороший эффект только в тех случаях, когда доказана гистосовместимость по системе HLA более, чем по двум антигенам.

Инфекционные причины невынашивания беременности.

На раннем сроке беременности мы лишены возможности воздействовать на инфекции, поэтому выявлять и лечить инфекционные заболевания необходимо до наступления беременности. Особенно опасными для беременных являются вирусы герпетической группы – ЦМВ и ВПГ. И если в отношении герпеса у нас есть современные эффективные препараты – ацикловер, за избрание которого ученые получили Нобелевскую премию, то в отношении цитомегаловирусной инфекции пока такого препарата нет.

К маточным причинам невынашивания беременности относят, в первую очередь, пороки развития матки, истмико-цервикальную недостаточность, опухоли матки, генитальный инфантилизм, нарушение механизма трансформации эндометрия функционального и органического генеза и др. Существует определенный алгоритм ведения беременности при аномалиях развития матки. В I триместре назначается поддерживающая гормональная терапия (Дюфастон®). Во II триместре: оценка риска ИЦН (26-18 недель); коррекция ИЦН (до 22 недель); оценка фетоплацентарного комплекса (20-24 недели). В III триместре – выбор оптимального метода и срока родоразрешения. Если эта схема ведения беременности применена, то перинатальные исходы у женщин с аномалиями матки по данным нашим данным – и по невынашиванию, и по преждевременным родам – улучшаются в три раза.

В Уральском НИИ Охраны материнства и младенчества было проведено исследование, целью которого было проследить здоровье новорожденных от женщин с преодоленным невынашиванием.

В нашей клинике одновременно лежат 110 беременных, из них 70% – с той или иной степенью угрозы прерывания беременности. Результаты преодоленного невынашивания представлены на рисунке 1. С 2002

По данным Р. Benstein, на выхаживание новорожденного с экстремально низкой массой тела (до 1000 г) затрачивается 150 тыс. долларов, но выживают только 44%. Стоимость выхаживания ребенка с массой 1100 г значительно снижается – она составляет 30 тыс. долларов, выживаемость таких детей сегодня не только в зарубежных, но и в российских клиниках, составляет 97%. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Эти цифры позволяют сделать вывод о том, что проблемы преодоления невынашивания беременности приобретают социальную значимость.

К факторам риска невынашивания

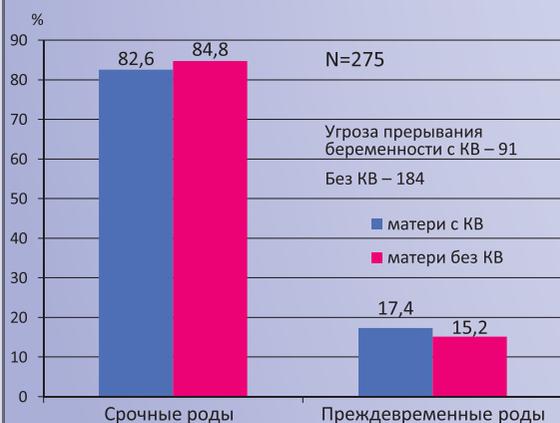


Рисунок 1. Результаты преодоленного невынашивания

ПРЕОДОЛЕННОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ

по 2004 г. в исследование было включено 275 женщин, среди них 91 пациентка – с угрозой прерывания беременности с кровянистыми выделениями (КВ), 184 – без кровянистых выделений.

Нами использовался дидрогестерон (Дюфастон®) по обычной схеме (рисунок 2). То есть, при выраженной угрозе, если она сопровождалась кровянистыми выделениями, это была ударная доза – в первые сутки 40 мг, затем переходили на поддерживающую дозировку (20 мг в сутки), как правило, до 16 недель. То есть, сам показатель выраженной угрозы диктует необходимость пролонгированного применения Дюфастона.

В результате, при одинаковом лечении, мы получили примерно одинаковые результаты преодоления невынашивания беременности как в группе женщин с КВ, так и без КВ (рисунок 1).

За этот период от матерей с кровянистыми выделениями родилось 82,6% доношенных детей, от матерей без кровянистых выделений – 84,8% (рисунок 3). То есть мы имеем примерно одинаковый показатель. То же самое можно сказать и о показателе недоношенных детей – 17,4% и 15,2% соответственно. Но если говорить о степени недоношенности, то от матерей с КВ, несмотря на то что у них терапия гормональной поддержки была более основательной, детей с массой менее 1,5 кг родилось больше, чем в группе без КВ (8,7% и 2,5% соответственно).

Следовательно, если кровянистые выделения в целом на соотношение доношенных и недоношенных детей не оказывают серьезного влияния, то на степень недоношенности их влияние гораздо ощутимее.

Следующий этап нашего исследования – заболеваемость новорожденных в неонатальный период и состояние здоровья детей раннего возраста (3 года).

В три года мы оценили состояние здоровья 102 детей. 95-98% трехлетних детей, рожденных от женщин с преодоленным невынаши-

ванием, соответствует в развитии своему возрасту. Мы боролись за здоровых детей – у женщин с кровянистыми выделениями их 95,6%, у женщин без кровянистых выделений – 98,7% в три года. Поэтому, когда возникает угроза прерывания беременности, я вас призываю лечить таких женщин. Все разговоры о том, что дидрогестерон напрямую связан с формированием пороков развития, научно необоснованны. Мы считаем, что комплексное лечение угрозы прерывания беременности с применением дидрогестерона (Дюфастона) позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока у 85% женщин. В группе женщин с максимальной манифестацией угрозы прерывания беременности удельный вес глубоконедоношенных детей достоверно выше. Ранняя неонатальная заболеваемость новорожденных от женщин с преодоленным невынашиванием составляет только 34%, это неплохой результат. Основной патологией является церебральная ишемия II степени и синдром задержки развития плода. Но к 3 годам жизни физическое развитие этих детей соответствует возрасту у 98%. Применение Дюфастона для лечения угрозы невынашивания беременности в ранние сроки по-

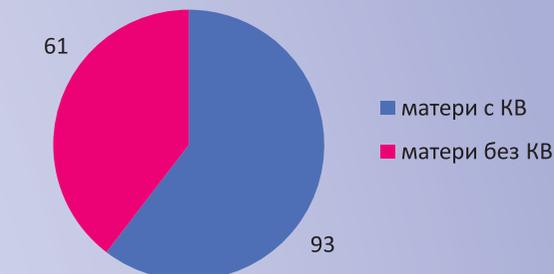
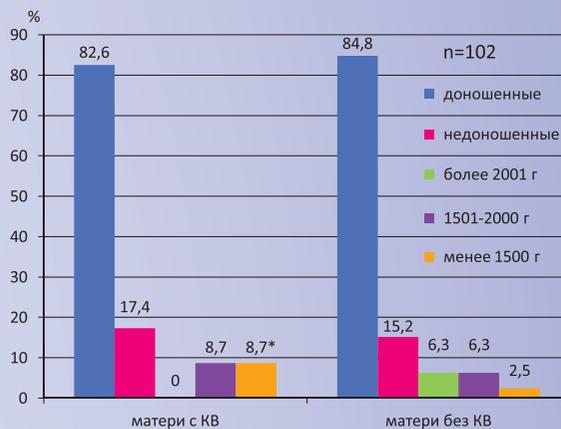


Рисунок 2. Применение дидрогестерона, %



* p<0.05

Рисунок 3. Характеристики новорожденных

зволяет сохранить желанную беременность. На состоянии здоровья детей в большей степени влияет тяжесть симптомов угрозы прерывания беременности. **ЭФ**



КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА



В.Е. Радзинский,
д.м.н., профессор, РУДН

В последнее десятилетие у женщин многих стран мира отмечен рост инфекций влагалища, которые прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. Такие социальные процессы, как урбанизация общества, ухудшение экологической обстановки, а также последствия бесконтрольного применения лекарств (в первую

очередь антибиотиков) оказывают отрицательное влияние на здоровье человека.

На общем фоне увеличения частоты хламидиоза, трихомониаза, гонореи и других сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ) наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора половых путей при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда заболеваний. Это побуждает более пристально исследовать состояние микробиоценоза влагалища как потенциального резервуара микробов-возбудителей, которые могут вызывать патологический процесс.

Сегодня весь цивилизованный мир ищет дешевые методы комплексной диагностики. Два года назад на закрытом симпозиуме Министров здравоохранения стран G-8 по проблемам борьбы с инфекционными заболеваниями была выделена огромная сумма, которой не было в истории цивилизации – 2 млрд долларов – на создание вакцины против пневмонии. Это ознаменовало собой начало конца эпохи антибиотиков. Потому что антибиотиков, которые были бы способны уничтожить стафилококки, к настоящему времени не создано. Люди погибают от пневмонии, потому что они лечили свои ларингиты, трахеиты и даже вирусные инфекции антибиотиками, выработались устойчивые формы стафилококка, против которых решено создать вакцину. Россия занимает II место в мире по бессмысленному использованию всевозможных антибиотиков и антисептиков.

На наших глазах, 10 лет назад, изменилось учение о лактобактериях – раньше считалось, что они вырабатывают молочную кислоту,

но оказалось, что это не так. Помимо их лактобактерий, которых действительно должно выделяться из влагалища здоровых женщин не меньше, чем 10^7-10^8 КОЕ/мл, могут быть *Candida* – до 50% у беременных и 25% у небеременных женщин, *Gardinerella* – до 60% (10^5 КОЕ/мл). А у женщины в превентивном мазке при бактериоскопическом исследовании в поле зрения 8-10 лейкоцитов. И несмотря на наличие стрептококка, стафилококка, не взирая ни на какой пейзаж – это сейчас вариант нормы. Каждый из этих инфектов может быть возбудителем воспалительного процесса.

Профессор М.А. Башмакова в свои 82 года сказала: «Полжизни я посвятила мико- и уроплазмам, а остаток отдаю тому, чтобы учить врачей не лечить их без показаний».

Мы проводили исследования на выявление урогенитальной инфекции в I триместре беременности у 440 женщин (рисунок 1). Уреамоплазма была выявлена у 29% женщин, 76% из них согласились на лечение антибиотиками. В данном случае врачи действовали по принципу: нашел микроб, убей его, подтверждая тезис о том, что частота назначения дезинфектантов без показаний у нас равна 90%. В результате повторного скрининга выяснилось, что у 96% пролеченных женщин сформировался патологический биоценоз. Вот к чему приводит ятрогения, агрессивная, ничем не обоснованная терапия. Все это, в конечном счете, приводит к осложнениям беременности и родов (рисунок 2). Почти в 2,5 чаще у леченых женщин происходит рассечение промежности, разрывы промежности и матки по сравнению с нелечеными. То же самое можно сказать и об осложнениях послеродового периода – субинволюции матки и послеродовом эндометрите, происхождение которых имеет прямое отношение к измененному нормальному биоценозу.

УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Обращаю ваше внимание: не только в России, но и в США страховые компании не оплачивают даже бактериоскопию беременных, если у женщины нет жалоб на патологические бели.

Ведущее место в вагинальном микробиоценозе – 95-98% (10^7 - 10^9 КОЕ/мл) – занимают лактобациллы, чаще всего микроаэрофильные, продуцирующие перекись водорода, реже – анаэробные (рисунок 3). Лактобациллы выполняют большую роль в поддержании нормального биоценоза влагалища за счет высокой конкуренции и антагонизма по отношению к патогенным и условно-патогенным бактериям. Защитные функции лактобактерий объясняются способностью продуцировать перекись водорода, лизоцим, что губительно влияет на патогенную флору. Кроме того, лактобациллы обладают свойством высокой адгезии к вагинальным эпителиоцитам, препятствующей колонизации патогенов и ограничивающей излишнюю пролиферацию условно-патогенных бактерий влагалища. Однако основным механизмом, обеспечивающим колонизационную резистентность вагинального биотопа, является способность лактобактерий к кислотообразованию. В результате деятельности лактофлоры из гликогена вагинального эпителия образуется молочная кислота, что и определяет кислую реакцию содержимого влагалища (рН 3,8-4,5).

Расщепление гликогена до молочной кислоты и перекиси водорода дает 100% защиту женщины от внешних инфектов. Вот так позаботилась природа.

Необходимо остановиться и на факторах роста количества дисбиотических и инфекционных заболеваний гениталий. Среди них – устойчивая тенденция роста ИППП, аборт, рост экстрагенитальных заболеваний, снижающих иммунорезистентность организма, рост гинекологических заболеваний

воспалительной этиологии, нерациональное использование противомикробных препаратов, необоснованное лечение несуществующих заболеваний (неправильная трактовка лабораторных исследований), самолечение различными безрецептурными препаратами с антимикробным действием.

Если говорить о клиническом значении урогенитальных микоплазм, то необходимо помнить, что антибактериальная терапия показана при наличии клинических симптомов и выделении возбудителей в количестве $> 10^4$ КОЕ/мл. Для этого существует довольно простой алгоритм диагностики биоценоза женщин с клиническими проявлениями дисбиоза. Все начинается с определения среды рН. Для этого возможно использовать лакмусовые тест-полоски. И если рН $> 4,5$ – это уже признак заболевания. Далее аминный тест: в пробирку с 10% КОН капнуть каплю выделений – при наличии резкого, «рыбьего» запаха уже можно диагностировать бактериальный вагиноз. Если этого нет, то идет нормальное микробиологическое исследование: бактериоскопия влагалищных мазков, количественное бактериологическое исследование. И только потом, если будет нужно, выявить вирусы при помощи ПЦР.

После этого ставится диагноз вагиноза или вагинита и назначается лечение по антибиотикограмме, но с обязательным восстановлением нормобиоценоза. Восстановление нормобиоценоза зависит от слишком большого количества факторов. Необходимо, чтобы был сохранен нормальный дизайн промежности, ликвидация запоров, поскольку молочнокислые палочки поступают из прямой кишки и задержка стула в прямой кишке препятствует их распространению по поверхности всего влагалища. Назначается диета, которая содержит лактобактерии. Кроме того, необходимо создание градиента эстрогены-прогесте-

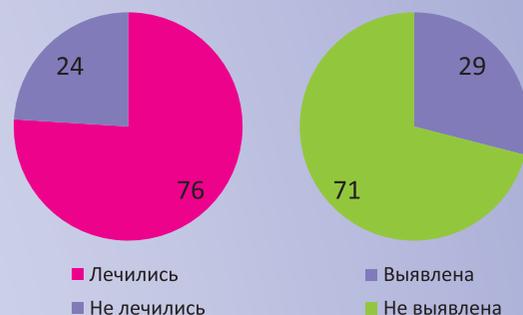


Рисунок 1. Выявление урогенитальной инфекции в первом триместре беременности у 440 женщин (%)

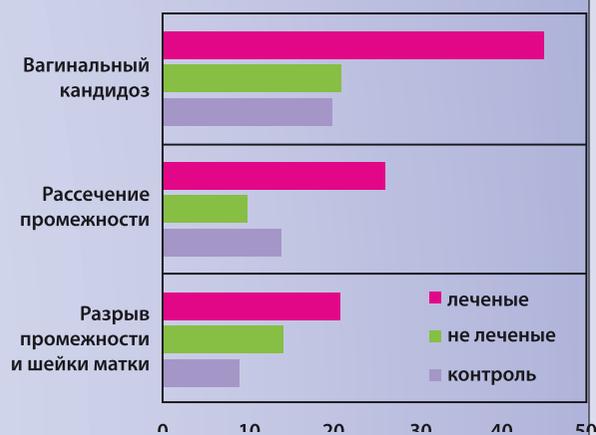


Рисунок 2. Осложнения беременности и родов (%)

рон. Проводится лечение НЛФ (Дюфастон®), анемии. Назначаются противомикробные препараты, антимикотики, зубиотики.

Итак, два основных постулата:

– дефицит гликогена – отсутствие питательной среды для лактобактерий;

– лечение – восстановление двухфазного менструального цикла.

Лечение бактериального вагиноза больших сомнений не вызывает. Однако доля наиболее эффективной терапии необходимо обязательно создать благоприятные условия для роста и развития нормальных лактобактерий, а именно закислить среду во влагалище. Сегодня это возможно сделать при применении препарата Вагинорм-С® (вагинальные таблетки, 250 мг). ➔

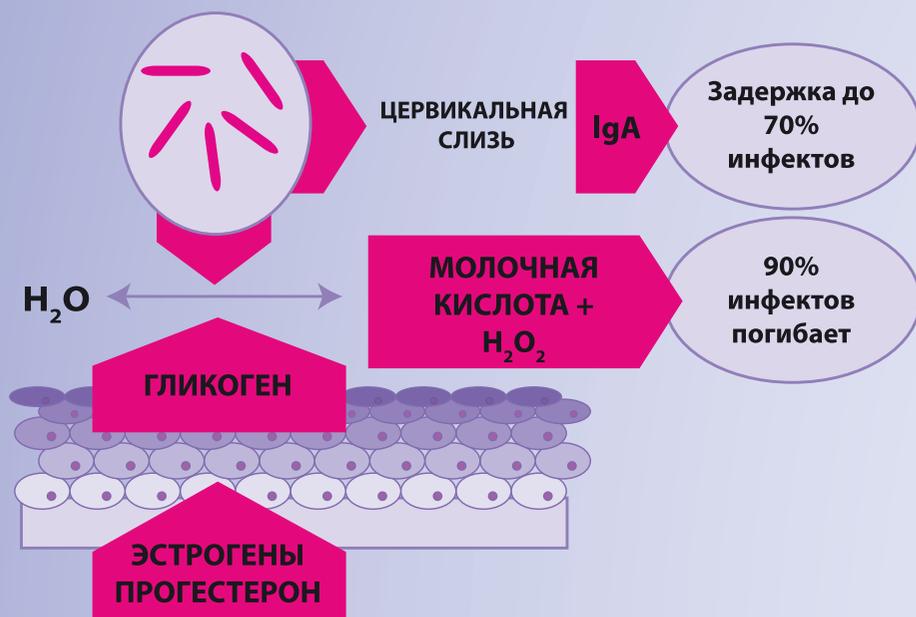


Рисунок 3. Протективное действие лактобацилл

Основным эффектом Вагинорма-С является непосредственная нормализация pH среды влагалища. В результате закисления среды происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий и в то же время восстановление нор-

мальной микрофлоры влагалища. Препарат может назначаться как в качестве самостоятельного средства лечения, так и при бактериальном вагинозе после курса местной антибактериальной терапии с целью нормализации микро-

флоры влагалища и профилактики рецидивов. В отличие от всех местных антибиотиков Вагинорм-С® абсолютно безопасен для беременных женщин и кормящих мам. Препарат может рекомендоваться беременным женщинам, начиная с первого триместра.

Итак, при коррекции биоценоза влагалища необходимо опираться на три постулата. Микробиологическое исследование проводится только по результатам клинического статуса, здоровых женщин подвергать всем видам микробиологической диагностики не следует. Кроме того, необходимо уничтожение только доказанного инфекта антибиотиком/антимикотиком с доказанной эффективностью или дезинфектантом, сохраняющим кислую среду влагалищного содержимого. И наконец, восстановление микроэкологии влагалища под надежным бактериологическим контролем (количественное определение лактобактерий). Выполняя эти требования, мы получим здоровую женщину. **EAD**



Новый путь лечения бактериального вагиноза

- Восстанавливает рост собственной микрофлоры влагалища
- Разрешен беременным женщинам и кормящим мамам



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ

29 мая 2009 г. в РУДН в рамках II Международной конференции «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы» состоялся сателлитный симпозиум компании Bayer HealthCare, на котором акушеры-гинекологи, руководители лечебно-профилактических учреждений, специалисты по организации акушерско-гинекологической службы смогли обсудить одну из самых важных проблем медицины ранних сроков беременности – современные аспекты коррекции микронутриентного статуса у беременных женщин. Завершая научную программу симпозиума, его председатель академик РАМН В.Н. Серов сказал:

«Общая рекомендация – это хорошая жизнь, а женщинам при планировании беременности, в период вынашивания ребенка и грудного вскармливания – это еще и витаминно-минеральный комплекс с клинически доказанной эффективностью – Элевит Пронаталь». По мнению аудитории симпозиума, доклады, прозвучавшие на нем, отвечали насущным профессиональным потребностям врачей и были весьма полезны для практической лечебной работы.



КОРРЕКЦИЯ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА

В настоящее время у практикующих врачей возникло впечатление, что развитие темы «Витамины и микронутриенты у беременных» несколько замедлилось. Такое ложное впечатление могло сложиться оттого, что в акушерстве и гинекологии медленно внедряются новые витаминно-минеральные комплексы (ВМК). А ведь это разумно, потому что развивающийся плод очень уязвим, и если непроверенную

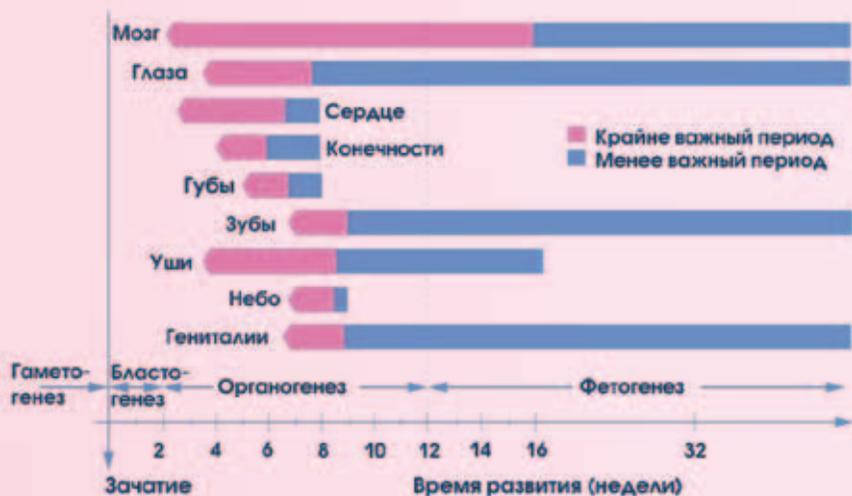


Рисунок 1. Критические фазы развития эмбриона

информацию внедрить в клиническую практику, придется пожинать негативные плоды такого упрощенного понимания витаминно- и минералотерапии. Женщинам, находящимся в состоянии беременности, ВМК назначаются с учетом категории лекарственных средств по степени риска для беременной и плода (USA, 1979), все они должны относиться к категории А (полное отсутствие риска для плода). Разные страны занимают различную позицию по вопросу обеспеченности микронутриентами. Например, в США отдают приоритет высокодо-

зой терапии. Дозозависимые эффекты у витаминов действительно существуют, и это в настоящее время одно из направлений развития витаминологии. Так, дозировка витамина С до 100 мг/сут. дает антицинготный эффект; до 500 мг/сут. (в зависимости от веса человека) – оказывает влияние на проблемы соединительнотканной дисплазии, артрозов и пр.; 1000 мг, но не выше – на фагоцитоз (мы сокращаем у взрослых на 1,4-1,8 дня длительность ОРЗ, у детей – на 3 дня). Другое направление витаминологии – спектр микронутриентов,



О.А. Громова, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии Ивановской государственной медицинской академии, РСЦ Международного института микрорэлементов ЮНЕСКО

МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

который постоянно расширяется. Сейчас мы хорошо знакомы с данными исследований об омега-3-ПНЖК и появление таких препаратов в акушерстве мы ожидаем на пороге персонализированной медицины.

Идея создания потриместрового комплекса витает в воздухе, потому что потребность в дозировании витаминов и микроэлементов, безусловно, разная по триместрам беременности и она не линейная

элементы больше чем мать в условиях даже незначительного токсического воздействия. Существуют микроэлементные пары – кальций и свинец и магний и свинец, т.е. магний и кальций являются антагонистами того, чтобы у ребенка больше откладывался свинец. Поэтому так важна обеспеченность матери сбалансированным питанием и по магнию, и по кальцию, тогда ребенок защищен и будет из внешней среды брать «хорошее» для строи-

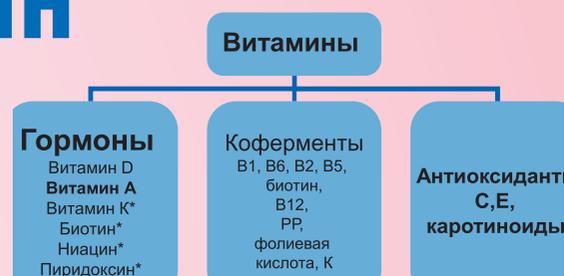


Рисунок 2. Функциональная классификация витаминов
(Спиричев ВБ, 2005, Bolander FF, 2007)

рическое знание. В историческом ракурсе оно, конечно же, многократно изменялось. Пример с селеном: очень интересно наблюдать тенденцию снижения безопасной дозировки – за последнее десятилетие безопасная дозировка была изменена с 800 мкг до 250 мкг.

В Европе на субстанции для ВМК для детей и беременных женщин добавляется третий сертификат качества, который крайне требователен к чистоте и устойчивости субстанции. Особо чистые витаминные субстанции (DSM, Швейцария) использует компания Bayer HealthCare в производстве своего ВМК Элевит Пронаталь. Так, в базе Кохрейна (Кохрейновская база данных систематизированных обзоров, которые регулярно публикуются в электронном виде и доступны в сети Интернет) всего 2 соли Mg для возможности применения в акушерстве и гинекологии – это цитрат Mg и лактат Mg. Доказательная медицина не располагает данными о применении в акушерстве других солей Mg.

В соответствии с функциональной классификацией витамины разделяют на три группы (рисунок 2). Наиболее многочисленная группа – уже упомянутые коферменты. Важно подчеркнуть, что сейчас очень модно применять термин *антиоксиданты* к самым разным витаминам. Например, у витамина В₆ есть антиоксидантная роль, но опосредованная, и он к антиоксидантам все-таки не относится, потому что суть антиоксиданта заключается



У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

по отдельным нутриентам (линейную зависимость в потребности по триместрам можно наблюдать по железу, кальцию).

Витамин А – очень серьезный фармакологический агент. Во избежание тератогенных эффектов (при концентрации 5000 МЕ) современные ВМК, такие как Элевит Пронаталь, содержат не более 3600 МЕ витамина Е.

Ранние сроки беременности – это «запуск» всех систем организма. В органогенезе как крайне важном периоде развития эмбриона многие из них могут пострадать (рисунок 1), потому что программа развития осуществляется при условии хорошего обеспечения – не избыточного и не минимального. При дефиците макро- и микронутриентов неизбежна гипотрофия плода, при избытке тоже бывают очень серьезные нарушения: и дисплазии, и формирование избыточной ткани, например, при избытке витамина А доказана ассоциативная связь с появлением шестого пальца и пр.

Обеспеченность витаминами и микроэлементами крайне обострена в ранние сроки беременности, развитие плода происходит в непосредственной взаимосвязи с организмом матери.

Плод в утробе матери развивается очень быстро и наберет токсичные

тества своего организма. Но если этого «хорошего» недостаточно, то свинец встраивается вместо Mg, но его функции не выполняет.

Макронутриенты – белки, жиры, углеводы, отдельные минералы, вода – это все инструменты оркестра, а дирижерами являются микронутриенты, поэтому очень важна обеспеченность ими. Их можно сравнить с рычагом Архимеда, который позволяет делать значительную работу при сравнительно небольших усилиях. Пример: нарушение обмена катехоламинов и дефицит Mg. Фермент, отвечающий за естественное разрушение катехоламинов (адреналин, норадреналин) имеет в своей структуре Mg, без которого его активность равна нулю. В клиническом проявлении избыток норадреналина утяжеляет симптомы стресса. Са и витамин D, железо и витамин С, Mg и витамин В₆ действуют по принципу потенцирования ферментов и других белков.

Беременная может получать не более 4 лекарственных средств – фармакологическая нагрузка в период беременности должна быть минимизирована. Состав и дозировки ВМК должны укладываться в рамки суточной потребности, которая удовлетворяется из питания и ВМК. Суточная потребность – это эмпи-

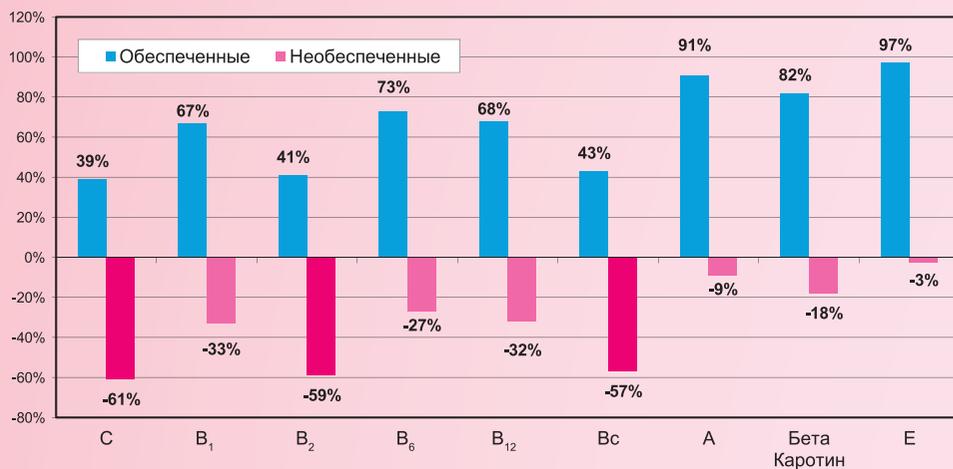


Рисунок 3. Обеспеченность витаминами беременных женщин в России*

именно в погашении оксидативного стресса и защите организма от повреждающего действия свободнорадикальных форм кислорода. Есть витамины, которые расположены в классификации в двух ячейках: и гормоны, и коферменты. Великобритания отличается крайней осторожностью по назначению витаминов беременным и в очень мягких дозировках. Эти дозировки берут на вооружение многие компании, и все ВМК подстраиваются под безопасные дозировки витаминов. Важно учитывать суточную потребность в витаминах, отслеживать состояние дефицита. Зимой, когда резко падает содержание витамина D, стартует онкология. Беременной, проживающей в условиях низкой инсоляции, должна быть назначена более высокая доза витамина D именно в зимнее время. То

есть нужно учитывать время, когда вы назначаете препарат пациентке. И, соответственно, будут создаваться ВМК, которые будут прицельно корректировать выявленный дефицит. Если этого дефицита у женщины нет, то и не следует его корректировать. Все вы знаете проблему с избыточной коррективкой того же йода. И некоторым женщинам мы не назначаем йод в высоких дозировках, оставляем диетическую коррекцию или применяем малые дозы йода, потому что существует проблема аутоиммунной патологии. При избыточной нагрузке железом, цинком мы имеем массу нейродегенеративных проблем. Это тяжелые металлы в дефинициях химии как науки. Избыток фолиевой кислоты приводит к функциональному недостатку эндогенных фолатов, которые не могут реализовать свои

эффекты, так как метаболические маршруты оккупированы избытком фолиевой кислоты.

Проведена интересная работа по эпидемиологическим данным, в которой выявлены какие типичные дефициты в России именно у беременных (рисунок 3): витамин С, витамин В₂ и фолиевая кислота. Мы должны учитывать эти дефициты и правильно корректировать. Поэтому так необходима прекоцепционная профилактика врожденной патологии, подготовка к беременности витаминно-минеральными комплексами в семейных парах (рисунки 4, 5).

Витамины и микроэлементы складываются, безусловно, в синергидные комплексы, которые призваны обогатить рацион питания беременных женщин, которые не получают оптимального, идеального питания. Мультикомпонентные микронутриентные комплексы (витамины + минералы) во время беременности профилактуют мальформации у плода, низкую массу тела у новорожденных, железодефицитную анемию у матерей. Беременные, принимавшие Элевит Пронаталь, вдвое реже жаловались на тошноту, рвоту и головокружение – Элевит Пронаталь доказано облегчает течение I триместра беременности (A.E. Czeizel, 1992).

Таким образом, следует рекомендовать единственный поливитаминный комплекс для беременных с клинически доказанной эффективностью – Элевит Пронаталь, чтобы подготовить организм женщины к нормальному течению беременности и способствовать правильному развитию плода, а также после родов для профилактики и лечения анемии.



Рисунок 4. Эффективность Элевит Пронаталь в профилактике врожденных пороков развития плода и новорожденного доказана клиническими исследованиями*

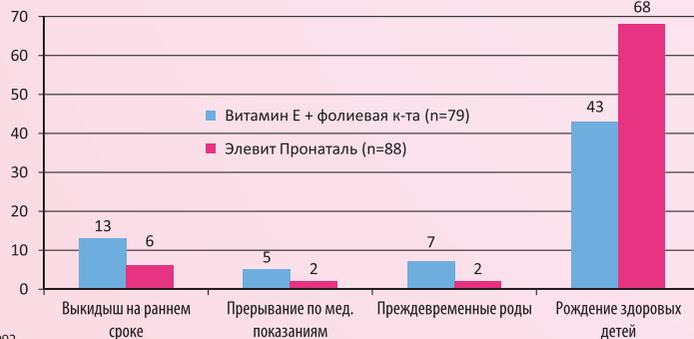


Рисунок 5. Периконцепционная профилактика врожденной патологии

Чтобы малыш родился здоровым...

Per. № П 015935.01 от 14.04.2006


ЭЛЕВИТ®
ПРОНАТАЛЬ



*Единственный поливитаминный комплекс для
беременных с клинически доказанной эффективностью*

-  предупреждает риск возникновения врожденных пороков развития
-  снижает частоту тошноты и головокружений при беременности
-  предупреждает развитие анемии

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2
Тел.: (495) 231 12 00, факс: (495) 23112 02



Bayer HealthCare



Е.В. Мозговая, д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии НИИ
акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург

Репродуктивная система – маркер, биологический индикатор влияния окружающей среды на человека. На неблагоприятные факторы организм женщин отвечает однотипно: невынашивание беременности, плацентарная недостаточность и гестоз – основные акушерские проблемы, объединенные мной в названии темы моего сообщения как осложненное течение беременности. В основе лежит эндотелиальная дисфункция (рисунок 1). Как можно проводить какую-либо профилактику возможных осложнений беременности? Профилактика может быть первичной – это возможность избежать возникновения болезни. С точки зрения осложнений беременности, к сожалению, это только контрацепция. А вот вторичная профилактика – патогенетическая – прерывание процесса перед появлением клинических симптомов, представляется возможной. Для того чтобы она была эффективной, нужно представлять себе патогенез патологического процесса, иметь предикторы развития, когда понятно, что уже пора проводить профилактику, и иметь патогенетические средства воздействия на процесс. Третичная профилактика – это, по сути, патогенетическая терапия уже развившегося осложнения. Что сегодня предпринимается для предотвращения эндотелиальной дисфункции? Комплекс профилактических мероприятий включает коррекцию микронутриентного дефицита, гиперцистеинемии, простагландин-тромбоксанового соотношения, гормональную поддержку плацентации,

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО

формирование нормального антиоксидантного резерва организма, иммуномодулирующую, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию с коррекцией сопутствующей соматической патологии. Но, естественно, если мы на каждый пункт будем выбирать отдельное медикаментозное средство, то тут ни о какой демедикации не может идти речи, это будет полипрагмазия, поэтому наш путь – искать те медикаментозные средства и те препараты, которые будут выполнять основные задачи этой программы. И, конечно, в первую очередь к этим веществам относятся современные поливитаминные минеральные комплексы, которые выполняют более половины задач профилактики. Суточная потребность даже здоровой беременной в витаминах и минералах весьма велика. А если мы говорим о профилактике развития эндотелиальной дисфункции, когда нам нужно их дополнительное количество, то, безусловно, здесь речь идет об абсолютной необходимости как витаминов, так и микроэлементов. По данным О.В. Грищенко, мы даже не знаем дефицита по отдельным нутриентам (таблица 1). Микроэлементы и все известные антиоксиданты должны входить обязательно в один комплекс, иначе мы

вреда нанесем больше, чем пользы. И вот как раз на примере ВМК Элевит Пронаталь, о котором мы уже сегодня говорили, и витамин С, и витамин А и все нужные микроэлементы находятся в нужном количестве. По данным НЦАГИП, действительно при приеме Элевит Пронаталь отмечено достоверное повышение основных микроэлементов и в том числе магния и кальция у беременных с гестозом (таблица 2). В нем содержится достаточное количество и витаминов группы В, и фолиевой кислоты. До сих пор у акушеров бытует мнение, что достаточно применения только витамина Е как представителя антиоксидантного статуса и фолиевой кислоты. В женских консультациях акушеры говорят: «В первом триместре беременности – только витамин Е и фолиевая кислота, поливитамины будете принимать потом». Это совершенно неоправданно. В исследовании Санкт-Петербургского медико-генетического центра оценивались течение и исходы беременностей у пациенток (n = 78), получавших Элевит Пронаталь за 1,5-3 мес. до зачатия и в течение всей беременности, и группы беременных (n = 68), получавших только фолиевую кислоту и витамин Е при беременности. У получавших Эле-

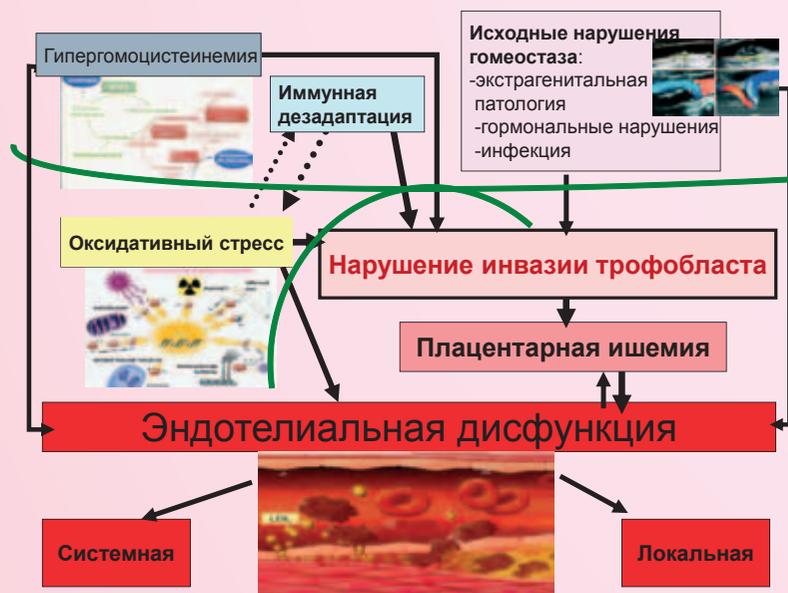


Рисунок 1. Эндотелиальная дисфункция

МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

вит Пронаталь не отмечали выраженных гестозов, анемии. Нормализация или снижение уровня гомоцистеина на 50% наблюдалось при приеме Элевита в течение 1,5-2 месяцев (n = 20). Количество рождений здоровых детей при использовании комплексного препарата Элевит Пронаталь по сравнению с применением отдельно витамина Е и фолиевой кислоты было почти в 2 раза больше (Васильева И.Ю., 2005). По моему, совершенно бесспорно преимущество сбалансированных комплексов.

Если говорить про макроэлементы, то для профилактики гестоза и других акушерских осложнений безусловно необходимы магний и кальций. Хочу заметить, как клиницист, у нас обычно один из первых предикторов гестоза – это избыточное повышение массы тела при беременности. Я думаю, что активность акушеров амбулаторного поликлинического звена чрезмерна в этом вопросе, когда избыточная прибавка массы тела в первом триместре и вообще в первой половине беременности воспринимается уже как токсикоз или гестоз. Бывают такие ситуации, когда приходят женщины на консультацию и жалуются, что их уже ругают за избыточную массу тела. Но, большая проблема сегодня – это как раз дефицит массы тела. Во-первых, это дань моде, и с этим очень тяжело бороться. И беременные стремятся быть стройными. Дефицит массы тела выходит на первое место как одна из основных причин плацентарной недостаточности. И если беременной пациентке природа идет навстречу, и она в I триместре начинает активно прибавлять массу тела, т.е. внутренние силы организма, ругать ее за это не надо, только похвалить.

Мы, конечно, не можем полностью, в 100% случаев, обезопасить себя от развития гестоза, но мы можем снизить его частоту и, самое главное, мы сможем уменьшить тяжесть гестоза, и это уже, по моему, большой шаг вперед. И пренебрегать профилактикой сегодня нельзя.

Патология, которой обычно очень мало уделяется внимания, поскольку

Таблица 1. Анализ потребностей и реального потребления основных витаминов во время беременности и лактации

Элементы	Потребность беременной в сутки	Реальное потребление	Дефицит потребления, % от нормы
Витамин А, МЕ	6600	1140	83%
Витамин Д, МЕ	400-560	256	36%
Витамин Е, мг	10-20	17	
Витамин С, мг	90-120	98	
Витамин В ₁ , мг	1,5-2,4	1,23	18%
Витамин В ₂ , мг	1,9-3,0	1,15	39%
Витамин В ₆	2,8	2,62	6%
Витамин В ₁₂ , мкг	5	2	60%
Никотинамид, мг	16-25	13	19%
Пантотеновая кислота, мг	10-15	4	60%
Фолиевая кислота, мкг	400-800	158	61%
Биотин, мкг	150-200	22	85%

Грищенко О.В., 2006

Таблица 2. Уровень микроэлементов у беременных с гестозом до и после лечения препаратом «Элевит Пронаталь»

Микроэлемент	Норма	Беременные с гестозом		
		До лечения	После лечения	p
Фосфор, мкмоль/л	0,81-1,55	1,22±0,14	1,39±0,29	<0,05
Медь, мг/л	0,7-1,4	1,8±0,55	2,06±0,59	
Цинк, мг/л	0,7-1,4	1,99±0,33	2,17±0,40	
Фолиевая кислота, нмоль/л	6,2-39	15,4±8,78	35,73±14,13	<0,05
Витамин А, мкг/дл	30-80	47,38±6,05	43,0±12,4	
Магний, мкмоль/л	0,66-1,07	0,66±0,06	0,99±0,049	<0,0001
Кальций, мкмоль/л	2,15-2,50	1,81±0,35	2,21±0,22	<0,05
Железо, мкмоль/л	9,0-30,4	14,3±2,33	27,26±5,32	<0,0001

Ходова С.И., Мурашко Л.Е. «Коррекция дефицита витаминов, минералов и микроэлементов во время беременности». ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва. Ж. «Consilium medicum», том 08/№6/2006

она не влияет на перинатальные показатели – это симфизиопатии (статистика 1998-2002 гг. по регионам России – 0,3-0,7%). Однако симфизиопатии (парестезии, судороги икроножных мышц, диастаз лонных костей, боли в области пояснично-крестцового сочленения и прочие симптомы) значительно снижают качество жизни женщин.

Известные причины симфизиопатий – повышение уровня прогестерона и релаксина, нарушения минерального обмена и витамина D. К последствиям симфизиопатий можно отнести аномалии родовой деятельности, ухудшение состояния зубов и волос у матери, проявления рахита, позднее появление первых зубов у ребенка. Если исходно мы имеем нарушение минерального обмена, то именно здесь появляются симфизиопатии с теми

клиническими проявлениями, которые вам хорошо известны. Все, кто работает в клинике, рано или поздно сталкиваются с такими пациентами. Внешние средовые факторы, которые ухудшают состояние минерального обмена, мы уже обсуждали, но самым главным предрасполагающим фактором симфизиопатий при беременности являются инфекционные заболевания мочевыводящих путей. В разы увеличивается экскреция кальция с мочой. Чем раньше начинается терапия современными препаратами кальция (III поколение), тем эффективнее результат. На примере Кальцемина – препарата, содержащего соли кальция (карбонат и цитрат), витамин D и микроэлементы, мы получили результаты, конечно, не идеальные, но по крайней мере заставляющие нас с оптимизмом смотреть в будущее. 

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ

Нет ничего дороже здоровья. Особенно это касается здоровья женщин, на плечах которых лежит ответственность за рождение и воспитание подрастающего поколения. Об этом шла речь на научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и онкогинекологии», посвященной современным технологиям по предупреждению онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, которая состоялась в Екатеринбурге 25 июня 2009 года в рамках образовательного проекта «Здоровье России».



В целом затрагиваемые вопросы касались диагностики и скрининга этих заболеваний. К сожалению, по словам заведующего отделением комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний Российского научного центра рентгенодиологии Минздравсоцразвития РФ, д.м.н., профессора Льва Андреевича Ашрафяна, несмотря на современное оборудование и качество оказания медицинской помощи, показатели по заболеваемости раком среди женщин в настоящее время остаются на уровне 80-х годов прошлого века, а в некоторых случаях дела обстоят еще хуже. Ежегодно от рака репродуктивных органов умирает 44 тысячи женщин, находящихся в социально-активном возрасте 30-55 лет. Хотя всех их можно было спасти с по-

мощью своевременной профилактики.

Однако, по словам Льва Андреевича, профилактикой в нашей стране по-прежнему никто не занимается. Вся нынешняя профилактика сводится исключительно к вакцинации детей от различных заболеваний и организации санаторно-курортного лечения. В то же время затраты на лечение онкобольных все возрастают. Так, за последние 30 лет затраты на лечение рака молочной железы возросли в 65 раз, рака шейки матки – в 30 раз, рака эндометрия – в 18 раз, рака яичников – в 58 раз. Затраты растут, а результат фактически остается тем же. Доля пациентов, приходящих к врачу на 3-4 стадиях рака составляет около 70%, а современная терапия на таких стадиях не способна обеспе-



Сергей Берзин, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии и медицинской радиологии Государственной Уральской медицинской академии, главный онколог Екатеринбурга.

«Молочные железы – это индикатор патологии «нижнего этажа». Нас потрясает, когда на прием приходят женщины с раком молочной железы, который виден уже через одежду. И только это явилось поводом для обращения к врачу! А во все предыдущие годы не нашлось времени посетить клинику».



Татьяна Обоскалова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Государственной Уральской медицинской академии.

«Наука доказала, что рак шейки матки возникает в связи с заражением организма вирусом папилломы человека (ВПЧ). Смертность от рака шейки матки на сегодня колоссальная. В России заболеваемость растет. И этот рак значительно помолодел. Зачастую он обнаруживается даже на различных сроках беременности женщины. В таких случаях возникают вопросы с родоразрешением у женщин, а некоторые погибают, так и не родив».

РОССИИ» В ЕКАТЕРИНБУРГЕ

чить надежное излечение. Пятилетняя выживаемость по результатам лечения не превышает 14-18%.

Причем многие пациентки приходят на прием не из-за каких-то проблем со здоровьем, а на плановый осмотр, и диагноз врача для них становится буквально громом среди ясного неба. Хотя выявление рака и на первой стадии – это уже запоздалая диагностика. Тем более что очень часто рак развивается одновременно в двух разных органах репродуктивной системы (например, в матке и в молочной железе), что значительно усложняет лечение. Популярная в таких случаях химиотерапия также не достаточно эффективна. Во время химиотерапии воздействие ведется только на соматические, но не на стволовые клетки, которые через 3-4 месяца снова начинают делиться, что через 6-12 месяцев приводит к рецидиву заболевания.

ПРОФОСМОТРЫ И ВАКЦИНАЦИЯ

Московского коллегу поддержал и главный онколог Екатеринбурга, д.м.н., профессор Сергей Александрович Берзин. По его словам, причиной высокого уровня летальности пациенток является первичная запущенность заболевания. В крайних случаях гибель наступает в течение первого года после обращения к врачу. И эта летальность в динамике не уменьшается, а, напротив, только нарастает. В этом смысле показательны советские годы, когда женщин в принудительном порядке направляли в смотровые кабинеты и обследовали. Тогда смертность больных раком репродуктивных органов снизилась с 52% до 38%. В годы перестройки, когда разрушилась, в том числе, система профосмотров, этот показатель вновь возрос до 70%.

Сергей Александрович считает, что нельзя опираться только на диагностику уже развитых состояний. Практика показывает, что существует достаточно большой про-

цент женщин, которые боятся идти обследоваться. Задача заключается в том, чтобы на диагностические осмотры попадали женщины, у которых еще нет страха и подозрений по поводу своего здоровья. Тем более что возможностей по профилактике опухолей женских репродуктивных органов гораздо больше, чем опухолей других локализаций.

В настоящее время набирает силу вакцинация против рака шейки матки девочек от 12 до 16 лет. Однако массовой эта кампания еще не стала и, по прогнозам Сергея Александровича, станет еще не скоро, а результатов вообще можно ждать не раньше, чем через 10-15 лет. Рак молочных желез и эндометрия также можно профилактировать, поскольку они гормонально обусловлены. Здесь в первую очередь в качестве профилактики необходимо проводить индивидуализированную гормональную терапию. И эта работа дает неплохие результаты. В частности, в Екатеринбурге стала снижаться заболеваемость раком молочной железы. Кроме того, удается также переносить заболеваемость в более поздние возрастные группы, в которых они протекают менее злокачественно. Конференция была организована группой компаний «МЕДФОРУМ» при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области. На нее съехались акушеры-гинекологи, маммологи и онкологи со всей Свердловской области. Такие конференции с целью повышения профессионального мастерства планируется регулярно проводить во всех регионах РФ. 

Татьяна Боярских,
журнал «Медицина и здоровье»,
Екатеринбург

Группа компаний «МЕДФОРУМ».
Оргкомитет образовательных
программ: (495) 234 07 34,
E-mail: forum@webmed.ru



Лев Ашрафян, д.м.н., профессор, заведующий отделением комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава РФ (Москва):

«Панацеи от рака на сегодняшний день нет и не будет еще лет 25. Ситуацию может изменить регулярный качественный и доступный для всех слоев населения скрининг. Очень важно интересы науки и государства перенести сегодня с вопросов поиска новых способов лечения на этап профилактики и ранней диагностики».



Сергей Демидов, д.м.н., профессор, заведующий отделением онкомаммологии ГКБ № 40.

«Не выдерживает никакой критики самодиагностика женщины, когда она пальпированием пытается выявить у себя опухоль в груди. Даже специалист не всегда может этим способом выявить опухолевое образование».

Людмила Гребенщикова:

О достижениях и проблемах в акушерстве и гинекологии региона в интервью корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Татьяне Тюриной рассказывает главный специалист-эксперт Департамента здравоохранения Тверской области по акушерству и гинекологии, врач высшей категории Людмила Юрьевна Гребенщикова.

Людмила Юрьевна, как в сфере акушерства и гинекологии региона реализуется Национальный проект «Здоровье» и его раздел «Родовой сертификат»?

Национальный проект «Здоровье» претворяется в области достаточно успешно. Общая сумма средств, полученных за оплату услуг медицинских учреждений из Федерального фонда социального страхования, при реализации родовых сертификатов в регионе за 2008 год составила 143 млн 966 тыс. руб. Рост заработной платы медицинских работников в 2008 г. к уровню 2007 г. составил около 29%.

Улучшается материально-техническая база всех родовспомогательных учреждений Тверской области, как амбулаторного звена, так и родильных отделений. Повысилась лекарственное обеспечение акушерской койки, появилась возможность приобретения современных лекарственных препаратов для лечения патологии беременности и осложнений в родах. Возникла материальная заинтересованность медиков в результатах своего труда, персонал мотивирован на улучшение качества оказания медицинской помощи, повышение своего профессионального уровня, внедрение современных методов лечения и медицинских технологий.

С введением родовых сертификатов женщины получили реальную возможность использовать свое

право выбора врача и медицинского учреждения, возникла здоровая конкуренция между родовспомогательными учреждениями.

В результате реализации мероприятий в рамках нацпроекта «Здоровье» улучшились показатели здоровья женщин и детей: если в 2007 г. количество родов составило 14086, то в 2008 г. – 14707; показатель перинатальной смертности в 2008 г. уменьшился по сравнению с 2007 г. с 10,4% до 9,9%, ранней неонатальной смертности – соответственно с 3,3% до 2,8%, неонатальной смертности – с 4,9% до 3,9%, младенческой смертности – с 10,1% до 7,8%, материнская смертность упала с 22,5 в 2006 г. до 6,7 в 2008 г. (на 100 тысяч детей, родившихся живыми). Показатель ранней постановки на учет по беременности и родам увеличился с 77,6% до 82%, возрос охват беременных женщин пренатальным скринингом.

Правда, есть и проблемы: в настоящее время мы не можем осуществить полную диспансеризацию детей первого года жизни, вследствие чего родовые сертификаты оплачиваются не в полном объеме и медицина региона теряет значительные финансовые средства. Эти трудности связаны с отсутствием узких специалистов в сельских районах области и с их недостатком в детских поликлиниках областного центра. Многие врачи и выпускники Тверской государственной медицинской академии уезжают работать в Мо-

сковскую область – там зарплаты выше. Хотя в течение последних двух лет отмечается положительная динамика по предоставлению на оплату в Фонд социального страхования талонов родовых сертификатов за полную диспансеризацию детей первого года жизни: в 2007 г. было предъявлено 63,5% талонов, а в 2008 г. – 78,5% талонов от количества детей первого года жизни.

Одно из наших предложений, озвученных в Минздравсоцразвития – предоставить на местах возможность использования денежных средств по родовым сертификатам на обучение медицинских кадров на курсах повышения квалификации. Также мы считаем необходимым в рамках Нацпроекта «Здоровье» предусмотреть дальнейшую поставку реактивов для продолжения неонатального скрининга.

Какие инициативы, направленные на улучшение демографической ситуации, выдвигает администрация Тверской области?

С 2007 г. в целях стимулирования рождаемости и улучшения материального благополучия семей, имеющих детей, в регионе выплачивается пособие при рождении третьего ребенка в размере 4000 руб. С 2006 г. в Тверской области организована бесплатная выдача витаминных препаратов, обогащенных микроэлементами, беременным женщинам в последнем триместре, а также кормящим матерям, имеющим отклонения

«Женщины Тверской области смогут чувствовать себя более защищенными»

в состоянии здоровья, в течение 3 месяцев после рождения ребенка. Во всех городах и районах области дети в возрасте до 1 года обеспечиваются бесплатными сухими адаптированными смесями, а дети в возрасте от 1 года до 3 лет по медицинским показаниям обеспечиваются специальными молочными продуктами.

Департамент здравоохранения Тверской области уделяет большое внимание развитию интенсивной и реанимационной помощи новорожденным. Из областного бюджета в 2007-2008 гг. на покупку современного оборудования выделено более 40 млн. руб. На эти средства оборудовано 6 реанимационных коек для новорожденных, дооснащены аппаратурой отделения патологии и выхаживания недоношенных детей, закуплено 3 реанимобиля для транспортировки новорожденных из районов области. За счет средств областного бюджета и родовых сертификатов приобретены аппараты для дыхания под положительным давлением (СРАР), что позволяет оказывать своевременную щадящую дыхательную поддержку новорожденных с респираторными нарушениями и уменьшить число переводов таких детей на аппаратную ИВЛ. Летальность новорожденных от респираторных нарушений снижается: если в 2006 г. она составляла 6,2%, то в 2008 г. – 3,2%.

Удовлетворена потребность в натуральном сурфактанте – Куросурфе, особенно необходимом для недоношенных детей. Все это позволило улучшить показатели ранней неонатальной и неонатальной смертности.

В роддомах два раза в год проводятся семинары-тренинги по отработке теоретических и практических навыков проведения

первичной реанимации новорожденных с асфиксией. Смертность новорожденных от асфиксии снизилась с 0,7% в 2006 г. до 0,3% в 2008 г.

Дополнительных знаний и умений персонала требует выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела. В 2007-2008 гг. были проведены конференции на эту тему. Смертность плодов с массой от 500 до 1000 г в последние годы уменьшилась в 2 раза. С целью приближения оказания высококачественной акушерско-гинекологической помощи жительницам районов созданы 7 межрайонных центров. Это позволило сконцентрировать в этих центрах беременных, рожениц и новорожденных групп высокого риска, по возможности оснастить их оборудованием для реанимации и интенсивной терапии,

привлечь квалифицированные кадры.

В целях улучшения диспансерного наблюдения беременных женщин из сельской местности из регионального бюджета выделяется адресная материальная помощь для оплаты проезда беременных на консультацию в ЦРБ и в областной центр в размере 560 руб.

Все родовспомогательные учреждения области работают по технологиям ВОЗ, которые предполагают раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери с ребенком, пропаганду, поддержку и поощрение грудного вскармливания.

В регионе внедряются современные методы диагностики врожденных пороков развития плода, проводится обследование беременных женщин на сывороточные



Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева в г. Твери

маркеры болезни Дауна. За счет средств федерального бюджета получено лабораторное оборудование и реактивы для массового обследования новорожденных на муковосцидоз, аденогенитальный синдром и галактоземию. Открытие стационарного отделения для ВИЧ-инфицированных беременных на базе ГУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи имени В.П. Аваева» (бывшего областного кожно-венерологического диспансера) позволило полностью охватить профилактическим лечением эту категорию, что даст возможность снизить вероятность вертикального пути передачи вируса иммунодефицита до среднеевропейского показателя – 2%.

Людмила Юрьевна, какие достижения в области акушерства и гинекологии выделяют Тверскую область в ряду других регионов?

Это, в частности, работа Центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи «Твой Мир.ru», открывшегося в центре им. В.П. Аваева. Его деятельность строилась по образцу работы большой молодежной клиники «Ювента» в Санкт-Петербурге. В центре работают гинеколог, андролог, дерматовенеролог и два психолога – все молодые специалисты в возрасте до 30 лет. Это основной принцип: молодым людям легче поведать о том, что и другу-то не расскажешь, а тем более, родителям, молодому врачу. Иногда незначительные, на взгляд взрослых, проблемы, могут вырасти в огромный комплекс: у парня, допустим, угри на лице, а ему жить не хочется; у какой-то девушки прекратились месячные на почве недоедания и развития анорексии и т.д. Чем раньше молодые люди обращаются в клинику, тем лучше, так как зачастую в корне всех проблем лежат отклонения в здоровье: так, у 38% мальчиков медики находят врожденную патологию репродуктивной системы, а у 40% девушек – хронические заболевания. Молодые люди до 24 лет могут

здесь бесплатно обследоваться на заболевания, передающиеся половым путем. Показатели работы специалистов клиники «Твой мир.ru» очень высокие: за 2007-2008 гг. – около 22 тыс. посещений. Специалисты клиники проводят большую профилактическую работу по сохранению репродуктивного здоровья молодежи, в частности, тренинги и консультации по контрацепции и профилактике социально значимых заболеваний. Эта работа проводится в неформальном режиме, предполагающем доверительный стиль общения. Во время тренингов на темы здоровья пациенты свободно общаются между собой и с врачом.

Самый ценный показатель работы молодежной клиники «Твой мир.ru» – мнение ее пациентов. Так, одна из участниц тренинга написала в книге отзывов центра: «Теперь я нашла место, где мне подставят плечо». При центре создано молодежное объединение (волонтерская команда), в задачи которой входит первичная профилактика ИППП, ВИЧ/СПИДа по принципу «равный – равному». В перспективе планируется создание сети кабинетов по охране репродуктивного здоровья молодежи в районах области.

В последние годы правительство старается уделять большое внимание демографической проблеме. Как обстоят дела с политикой планирования семьи в Тверском регионе?

В каждой женской консультации области работают кабинеты по планированию семьи, где женщины могут получить ответы на любые интересующие их вопросы. При роддоме № 2 в Твери с 1992 г. работает Центр планирования семьи, в котором специалисты дают консультации по контрацепции и профилактике ИППП. Государственная программа по планированию семьи финансировалась до 1998 г. Тогда противозачаточные препараты раздавались бесплатно, а сейчас нет такой возможности. Выручает областной бюджет, за счет средств которого была закуплена

партия препаратов для молодежной клиники «Твой мир.ru» при ГУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева».

В 2009 г. возобновится финансирование государственной программы по планированию семьи, в женских консультациях должны открыться кабинеты социальной реабилитации, где будут вести прием психологи, нацеленные на работу с женщинами, находящимися в трудной жизненной ситуации – забеременевшими вне брака, молодыми девушками и подростками.

Большое влияние на демографическую ситуацию оказывает статистика абортот. Россия долгое время была на первом месте в мире по числу абортот. И хотя абсолютное число абортот в стране в последние годы уменьшается, все же статистика еще очень высока. В Тверской области ситуацию с абортот можно назвать неблагоприятной: если абсолютное число абортот на 1000 женщин фертильного возраста в России составляет 33,5, то в Тверской области – 42.

Как свидетельствуют опросы, на первом месте среди факторов прерывания беременности стоят социально-экономические: отсутствие жилья, работы, на втором – социально-когнитивные: нежелание иметь ребенка, учеба, беременность вне брака, отсутствие образования; медицинские же факторы в общем ряду причин находятся на последнем месте и их доля составляет всего 6%. Естественно, без соответствующей социальной политики одной медицине эту проблему не решить. Нас тревожит, что примерно на одном уровне в последние годы в регионе держится число абортот среди подростков 14-17 лет: в 2006 г. это число составило 448, в 2007 – 441, в 2008 – 442. Это, как правило, подростки из неполных семей и из социальных учреждений – интернатов и детских домов. Но наибольшая доля абортот – 50% общего количества – приходится на возрастную группу 20-29 лет, женщин самого репродуктивного возраста. Абортот грозят воспали-

тельными заболеваниями женской половой сферы и бесплодием. Число бесплодных пар в регионе, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, растет. По квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь мы направляем женщин с определенными показателями – непроходимостью или отсутствием маточных труб – в Санкт-Петербург и Москву. В перспективе планируется открытие ЭКО-центра в Твери, но пока не решен вопрос с финансированием.

По инициативе Минздравсоцразвития наш департамент готовит программу по профилактике абортот и нарушений репродуктивного здоровья. Программа будет осуществляться, в частности, в школах, где педагоги и медработники должны говорить со старшеклассниками о здоровом образе жизни, профилактике ИППП, вреде курения, алкоголизма и наркомании; в женских консультациях и в Центре планирования семьи будут проводиться обучение и тренинги для врачей. В рамках программы планируется издание тематической информационной литературы.

В связи с большим распространением онкологических заболеваний женской репродуктивной системы весьма актуальна их профилактика. Что делается в регионе в этом направлении?

Заболеваемость злокачественными новообразованиями у женщин за последние 4 года имеет тенденцию к росту, в частности, за счет рака молочной железы и рака шейки матки. Доля опухолей репродуктивной системы в 2008 г. в общем ряду онкологических заболеваний у женщин Тверского региона составила 37,5%. Из них 19,2% – рак молочной железы, 8,2% – рак шейки матки, а 10,1% – рак эндометрия, наружных половых органов и др. Беспокоит то, что удельный вес заболеваний раком молочной железы и раком шейки матки в области, выявленных на ранних стадиях, недостаточно высок (к примеру, по раку молочной железы: в 2005 г. – 50,4%, в 2008 г. –



Открытое реанимационное место для новорожденных Детской областной клинической больницы

56,1%). Причем удельный вес онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин на ранних стадиях выше в городе Твери, нежели в районах области, что связано с большей доступностью медицинских услуг. Так, если по раку шейки матки в 2008 г. в целом по области эта величина составила 57,3%, то в областном центре – 71,2%.

С целью раннего выявления предопухолевых заболеваний и онкологических заболеваний на ранних стадиях среди женщин в области проводится большая профилактическая работа, в первую очередь, маммологический скрининг. В рамках федеральной программы диспансеризации работающего населения по инициативе губернатора для Тверского областного онкодиспансера был приобретен передвижной маммограф, с которым врачи выезжают в районы области для обследования диспансерных групп. По существующим медицинским стандартам, женщинам до 40 лет проводится УЗИ молочной железы, а после 40 лет – маммография. В Минздравсоцразвития готовится приказ, согласно которому врачи-маммологи будут вести прием в каждой женской кон-

сультации, пока же в регионе на бесплатной основе маммологи работают только в Перинатальном центре и Тверском областном онкодиспансере.

В Тверской области работает специальная программа по профилактике рака молочной железы, которая осуществляется совместно с американо-израильским обществом «Женское здоровье». В организацию входят тверские врачи-волонтеры, представители Департаментов образования и соцзащиты и женщины, перенесшие операции по поводу онкологии молочной железы. Программа работает по трем направлениям: ранняя диагностика, санитарно-просветительская работа среди женщин наиболее уязвимого возраста – после 40 лет и медицинская и психологическая реабилитация женщин, перенесших это заболевание. В рамках этой работы проводятся круглые столы совместно с онкологами, акушерами-гинекологами и врачами общей практики, а также выездные конференции. В области проводится массовое цитологическое обследование женщин, обратившихся в женские консультации и смотровые кабинеты поликлиник. Ранние стадии



рака шейки матки и предопухолевые заболевания с помощью ультразвукового обследования органов малого таза выявить нельзя, необходимо сделать цитологический анализ. Самое главное, чтобы женщины поняли, что им необходимо регулярно, хотя бы раз в год, проходить обследование у гинеколога.

В Тверском областном онкологическом диспансере внедряются современные методы диагностики онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, обеспечивающие их раннее выявление и снижающие смертность среди женского населения. Закуплено оборудование и реактивы для обследования на вирус папилломы человека, именно тех его подтипов, которые ответственны за развитие рака шейки матки. Настораживает, что число больных, страдающих тяжелой дисплазией шейки матки и нулевой стадией рака шейки матки, возрастает. Три года назад число случаев нулевой стадии рака шейки матки не превышало 70, а в 2008 г. выросло до 126. Поэтому большую актуальность приобретает проблема вакцинации против вируса папилломы человека, вызывающего рак шейки матки в 99,8% случаях инфицирования. Вирус папилломы человека передается половым путем, риск инфицирования повышается среди групп риска, в частности, у девушек, практикующих беспорядочные половые связи. Самый благоприятный возраст для прививок у девочек – 12-13 лет.

При Департаменте здравоохранения Тверской области создана специальная комиссия по мониторингу и организации вакцинации против вируса папилломы человека, которая вынесла решение вакцинировать, в первую очередь, девочек из социальных учреждений – детских домов и школ-интернатов.

Ряд государств ввели прививки против вируса папилломы человека в календарь прививок, но у нас пока нет такой возможности. Прививки против вируса папилломы человека очень дорогие (стоимость курса из трех уколов составляет 14-15 тыс. руб.).

На вакцинацию против вируса папилломы человека областной бюджет выделил в течение двух последних лет 4 млн руб., на эти средства мы сможем привить не больше 300 девочек. Прививки против вируса папилломы человека (в том числе и на платной основе) уже делаются в молодежной клинике «Твой мир.ru» в ГУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева».

Тверская область вошла в число регионов, в которых осуществляется федеральная программа по строительству перинатальных центров. На каком этапе находится реализация этой программы?

Строительство областного Перинатального центра, о котором мечтали все женщины и акушеры-гинекологи Тверской области, ведется интенсивно. Скорость возведения объекта, по сравнению с другими регионами, уникальна. Мы начали с нуля осенью 2008 г., а в декабре 2009 г. намечается ввод объекта. Здание центра уже возведено, предстоят отделочные работы.

При возведении объекта мы стараемся не отходить от типового проекта центра, предложенного нам в Минздравсоцразвития. Проект разработан высококвалифицированными специалистами, знающими перспективы родовспоможения. Центр будет оснащен импортным и отечественным оборудованием в соотношении 50/50%.

В Перинатальном центре будущие роженицы региона смогут получить врачебные консультации и пройти всестороннее лабораторное обследование, и что для них немаловажно, в одном месте. Теперь беременным женщинам не надо будет ездить по городу и искать, где пройти то или иное обследование.

Центр рассчитан на 130 коек, в том числе 15 коек гинекологического отделения, 30 коек отделения новорожденных, 85 коек акушерского отделения (в том числе с патологией). В центре будет оборудовано 10 индивидуальных родильных залов и 3

операционные, палаты совместного пребывания «Мать и дитя», реанимационное отделение на 12 коек для новорожденных и 6 реанимационных коек для рожениц и родильниц (всего в области их число будет доведено до 26). Ввод Перинатального центра позволит госпитализировать новорожденных в реанимационное отделение в первые часы жизни и улучшить показатели неонатальной и младенческой смертности. Сейчас совместно со специалистами Минздравсоцразвития мы разрабатываем показания для госпитализации в Перинатальный центр.

Первоначально планировалось, что стоимость строительства Перинатального центра составит 1 млрд 700 млн руб.; из них федеральный центр должен был выделить 700 млн руб., а миллиард – областной бюджет. Однако общее подорожание на стройматериалы внесло свои коррективы: стоимость строительства Перинатального центра со всеми коммуникациями в настоящее время выросла примерно до 2,7 млрд руб. В этом году на возведение объекта региональный бюджет выделил 900 млн руб.

Пока все обязательства по финансированию Минздравсоцразвития выполняет, но мы обратились с просьбой, в силу того, что строительство идет столь высокими темпами, передвинуть финансирование, запланированное в 2010 году, на 2009 год, когда намечена сдача объекта.

Какова стратегия развития акушерства и гинекологии в регионе?

Направления стратегии развития этого медицинского направления следующие: реструктуризация роддомов в районах области, ввод в действие областного Перинатального центра, снижение показателей материнской и младенческой смертности, числа абортотв, улучшение качества оказания медицинской помощи, – все то, что поможет улучшить демографическую ситуацию и позволит женщинам региона чувствовать себя более здоровыми и защищенными. 



III Всероссийская научно-практическая конференция

"Высокие медицинские технологии"

27-28 октября 2009 г.

Здание Мэрии Москвы, ул. Новый Арбат, 36

Основные направления конференции:

- Обеспечение населения высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощью;
- Научные достижения в сфере оказания хирургических видов высокотехнологичной медицинской помощи: абдоминальная хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, урология, онкология, нейрохирургия, травматология, ортопедия.
- Научные достижения в сфере оказания терапевтических видов высокотехнологичной медицинской помощи: рентгенорадиология, урология, оториноларингология.
- Научные достижения в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.
- Научные достижения в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи в экстракорпоральной терапии.

Технический организатор:
тел./факс: (495) 617-36-43/44/79

Интернет-поддержка:



Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии

24-27 ноября 2009 г. пройдет II Всероссийский конгресс «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии».

Организаторами проекта выступают: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ФГУ «Научный Центр акушерства гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова», Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины, Российский Государственный Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Федерация анестезиологов и реаниматологов России, Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо».

Сегодня, когда в стране отмечается положительная тенденция в увеличении рождаемости, снижение материнской и младенческой смертности остается одной из основных задач демографической политики РФ. В этой связи трудно переоценить роль работы анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов и неонатологов. Именно поэтому конгресс, основной задачей которого является ознакомление специалистов с передовыми технологиями в области анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии в акушерстве и неонатологии, внесен в план мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

В этом году **основной акцент** мероприятия в области акушерства будет сделан на диагностике, профилактике и интенсивной терапии состояний, обуславливающих развитие синдрома системной воспалительной реакции: массивных кровопотерях и геморрагическом шоке, гнойно-септических осложнениях, сепсисе и септическом шоке, преэклампсии / эклампсии. В области неонатологии прозвучат доклады, посвященные диагностике и коррекции гемодинамических нарушений у доношенных и недоношенных новорожденных, патологии сердечно-сосудистой системы, инфузионно-трансфузионной и медикаментозной терапии. Также в рамках конгресса пройдет совещание Главных неонатологов страны и многочисленные мастер-классы, обходы в отделениях, клинические разборы и тренинги.

Специализированная выставочная экспозиция представит самые последние достижения производителей медицинского оборудования для неонатологии, реанимации, клинической трансфузиологии, препаратов для анестезии и выхаживания недоношенных детей, а также – детского и клинического питания.

Конгресс пройдет в ФГУ «Научный Центр Акушерства Гинекологии и Перинатологии им. академика В.И. Кулакова», по адресу: г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

Контактная информация по вопросам научной программы:

- *неонатология* +7 (495) 438-2388, 438-2277;
- *анестезиология-реанимация* +7 (495) 438-3310, 438-7777;
- *трансфузиология* +7 (495) 438-1406, 438-7135.

Более подробную информацию о мероприятии можно также узнать на сайтах: www.ncagip.ru; www.mediexpo.ru. 

Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии

II Всероссийский Конгресс



**24–27 ноября
2009 года**

Москва

ул. Ак. Опарина, 4.

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

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины
Российский Государственный Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова
Федерация анестезиологов и реаниматологов России
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

**и Специализированная
выставочная экспозиция**

 **МЕДИ Экспо**    

Тел./факс: +7 (495) 721–88–66

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



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

В ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» завершился 22 Международный конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний».

Конгресс ежегодно является ведущей площадкой демонстрации инновационных хирургических и клеточных технологий, применяемых в гинекологии, местом обсуждения актуальных вопросов данного и смежных разделов медицины, а также диалога специалистов со всей России, стран СНГ с ведущими отечественными и зарубежными учеными, гинекологами-эндоскопистами с мировым именем.

В этом году мероприятие посетили свыше 600 специалистов из 69 регионов России. Обширная научная программа была представлена докладами, семинарами, школами молодого специалиста и сеансами телемедицины со специалистами из российских регионов. Конгресс был разделен на три тематических блока, посвященных актуальным проблемам гинекологии, доброкачественным опухолям и гиперпластическим заболеваниям органов репродуктивной системы, онкогинекологии. Последний день мероприятия был представлен широким спектром дискуссионных вопросов.

Научная программа этого года была ознaменована впервые прошедшими интерактивными трансляциями из операционных. Операции проводились с использованием электро- и радиоволновой хирургии, лазеров, робототехники и других современных технологий. Среди паци-

ентов были женщины с широким спектром гинекологических патологий.

Свои доклады на конгрессе представили известные иностранные эксперты, среди которых: *А. Ватмьез* (Франция), *Д. Барлоу* (Великобритания), *Я. Денрест* (Бельгия), *Ж. Аму* (Франция), *Т. Лайонс* (США), *М. Мальцони* (Италия), *Д. Кверле* (Франция), *Ф. Кониннкс* (Бельгия).



Мероприятие открылось приветственным словом директора ФГУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» *Г.Т. Сухих*, который справедливо отметил, что когда на протяжении 22 лет мероприятие проходит с традиционным успехом – это «не случайное явление». Геннадий Тихонович подчеркнул колоссальный вклад, который внесли выдающийся академик В.И. Кулаков, заместитель директора Научного центра *Л.В. Адамян* и иностранные коллеги, помощь которых «позволила организовать демонстрацию первых, по тому времени революционных, преимущественно хирургических оперативных вмешательств, позволяющих сохранить репродуктивную функцию пациента».

Особый акцент *Г.Т. Сухих* сделал на роли конгресса в деле взаимного обучения специалистов: «Каждая наша встреча должна закладывать фундамент в виде

абсолютного желания через год встретиться вновь, понимая, что каждый из дней будет связан с профессиональными и интеллектуальными вкладами».

В рамках открытия конгресса впервые состоялась церемония награждения дипломами Почетного профессора Центра, первыми лауреатами которой стали: руководитель Центра планирования семьи и репродукции, академик РАМН *Г.М. Савельева*, профессора *А. Ватмьез* и *Ф. Кониннкс*, а также доктор *Т. Лайонс*.

В своем докладе, посвященном современному состоянию службы родовспоможения, заместитель директора профильного Департамента Минздравсоцразвития РФ, профессор *О.С. Филиппов* подчеркнул тот факт, что, несмотря на внедрение новых технологий, гинекологические заболевания имеют тенденцию к росту, растет частота бесплодия и онкологических заболеваний. «По сути дела, летальный исход – проблема ранней диагностики. В 2008 г. впервые было выявлено более 50 тыс. случаев рака молочной железы, из них только 11,5 тыс. случаев – на профессиональных осмотрах. И это при тех резервах, что есть сейчас в сфере ранней диагностики и том оборудовании, что было закуплено в рамках национального проекта». Среди основных задач по реорганизации службы родовспоможения Олег Семенович выделил «перенос части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, внедрение стационарозамещающих организационных технологий» и «пересмотр штатного расписания в сторону снижения нагрузки на акушеров-гинекологов».

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Выступление *Г.Т. Сухих* было посвящено современным возможностям репродуктивной хирургии. «Хирургия становится дорогой, оснащенной и похожей на некие шаттлы по своим емкостям и затратам», – отметил директор Центра. Акцентируя внимание слушателей на последних достижениях репродуктивной хирургии, включающей в себя реконструкцию органов таза, достижения в лечении недержания мочи и опущения стенок матки, достижения в общей гинекологии и щадящей репродуктивной хирургии, Геннадий Тихонович особо подчеркнул ответственность врачей при принятии решения о проведении оперативного вмешательства и понимания, когда его можно исключить.

Л.В. Адамян в своем докладе рассказала о путях повышения эффективности лечения акушерских и гинекологических заболеваний и обозначила цели, стоящие перед службой родовспоможения. Одной из основных среди них является снижение материнской смертности минимум в 2 раза. Рассматривая причины смертности, Лейла Владимировна заключила, что, несмотря на те знания, которыми обладают специалисты, оказание правильной медицинской помощи во многих случаях отсутствует. Решением этой проблемы, по мнению Л.В. Адамян, должны стать выстроенная система повышения квалификации специалистов, профессиональные стандарты и протоколы, единые для акушеров-гинекологов всей страны. «Мы должны быть ближе к специалистам всех регионов», – сказала в заключение Главный внештатный специалист Минздравсоцразви-

тия РФ по акушерству и гинекологии.

Проблема подготовки акушеров-гинекологов стала лейтмотивом выступления *Н.М. Подзолковой*. Профессор отметила, что подготовка врача акушера-гинеколога – очень трудоемкий процесс и с ликвидацией субординатуры все, что касается подготовки, было передвинуто на послевузовское образование. В своем докладе Наталья Михайловна привела крайне важную статистику: численность акушеров-гинекологов приближается к 40 тысячам, но не все специалисты имеют сертификат. При этом акушерами-гинекологами выполняется каждая пятая операция в стране. «Наличие необходимой аппаратуры не означает работу на ней и наличия квалифицированных специалистов. Необходимо пересмотреть законы, регламентирующие подготовку кадров, и разработать и внедрить новые программы по контролю знаний». Профессор также подчеркнула ведущую роль кафедр, которые должны быть сертифицированы

и лицензированы, а также готовность преподавателей поделиться опытом с молодыми специалистами. «Наша сила в единении кафедр и научных учреждений, науки и практики, и тех врачей, которые имеют представление, что если рухнет та маленькая единица (кафедры) – рухнет система в целом».

В рамках конгресса прошло Собрание главных специалистов акушеров-гинекологов, которое посетили представители 50 регионов России. На заседании обсуждались актуальные проблемы акушерско-гинекологической службы страны, отдельное внимание было уделено возможностям оказания высокотехнологичной медицинской помощи и порядку ее получения гражданами.

Выставочная экспозиция, проходившая параллельно форуму представила вниманию участников самое последнее хирургическое оборудование, лекарственные препараты и вспомогательные материалы, используемые в акушерстве и гинекологии. 



ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1. Компания «Медфорум-ПР»:** организация PR-мероприятий, акций, специализированных премий, шоу, лончей препаратов, корпоративных праздников. Event-менеджмент в сфере медицины, фармации, космецевтики.
- 2. Компания «Медфорум-ЕХРО»:** организация выставок, международных конференций, симпозиумов, научных школ в России и странах СНГ для врачей различных специальностей, провизоров и фармацевтов.

3. Туристическое агентство, деловой туризм – организация программ делового туризма с посещением международных выставок в страны ЕС, Азии, Африки. Проведение акций, конкурсов с производителями, дистрибьюторами, аптечными сетями.

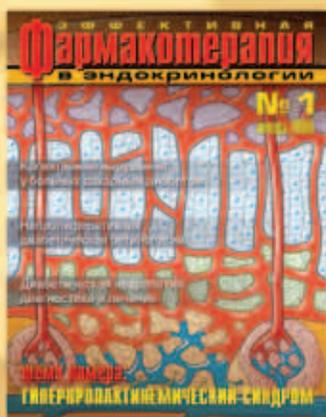
4. Центр корпоративного обучения и консалтинга: проведение бизнес-тренингов, мастер-классов для сотрудников аптек, косметических центров, фармацевтических компаний в Москве, Санкт-Петербурге, регионах России. Учебные центры в Краснодаре, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде.

5. Партнерские программы по проведению аналитических, социологических и маркетинговых исследований фармацевтического, косметологического и медицинского рынков. Партнерские программы по созданию программ лояльности с участием аптечных сетей в регионах России.



6. Издательский дом «Медфорум» выпускает 3 категории журналов:

- серия **«Эффективная фармакотерапия»** – для врачей узких специальностей – акушеров и гинекологов, кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов, урологов, онкологов, эндокринологов;
- журнал **«Вестник семейной медицины»** – издание Всероссийской ассоциации врачей общей практики для врачей первичного звена здравоохранения;
- ежемесячный журнал **«Аптечный бизнес»** для аптек и аптечных сетей с ежемесячным электронным приложением на CD «ФАРМИНФОРМ».





11-12 ФЕВРАЛЯ 2010 ГОДА

Четвертая Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием



Рациональная фармакотерапия в урологии-2010

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

Организаторы конференции

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

Организатор выставочной экспозиции



В программе конференции

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

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

Медикаментозная терапия урологических заболеваний

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Генеральный информационный спонсор



Информационные спонсоры



**ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

ООО «Медфорум»

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

Образец заполнения платежного поручения

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

СЧЕТ № ЭФГ-2/09 от 10 августа 2009 г.

Заказчик:

Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» II полугодие 2009 года (комплект № 5 - 6, 2009 г.)	шт	1	740-00	740-00
Итого:					740-00
Без налога (НДС).					-
Всего к оплате:					740-00

Всего наименований 1, на сумму 740.00

Семьсот сорок рублей 00 копеек

Руководитель предприятия

(Синичкин А.А.)

Главный бухгалтер

(Пяташ И.А.)



Каждый день в России
рак шейки матки
уносит **17** жизней¹.

ЧТО ВЫ СДЕЛАЕТЕ, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ И СВОЮ ДОЧЬ?

Подумайте, застрахованы ли Вы и
Ваша дочь от рака шейки матки?

Эта болезнь вызывается особыми
типами вируса папилломы человека
(ВПЧ).² 8 из 10 женщин инфицируются
этим вирусом в течение жизни³, и
чаще - в молодом возрасте.²

Уже есть вакцина, которая
помогает предотвращать
заболевания, связанные с ВПЧ.²
Защитите своё будущее
уже сегодня!

**Обратитесь к Вашему
врачу или звоните по
тел.: 8-800-555-8888**

1. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность). Москва, 2008 г.
2. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. Москва, 2007 г.
3. Brown DR, Shew ML, Qadadri B. et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. J.Infect Dis 2005; 191: 182-92.

Для большей информации
по этому вопросу посетите сайт
www.hpv-vaccine.ru

Всё, что возможно!



Ассоциация
педиатров-инфекционистов



Союз
педиатров
России

ЛЮБАЯ ВАКЦИНА ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИНЯТИЕМ РЕШЕНИЯ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.



ФОЛАЦИН - НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И ПЛОДА



Показания к применению:

Профилактика развития у плода врожденных пороков:

- Дефектов нервной трубки
- Гидроцефалии
- Мозговых грыж
- Волчьей пасти
- Заячьей губы

Схема назначения:

1 таблетка (5мг) в сутки в течение 30 дней.